

une violence extérieure, on doit soupçonner qu'une des valvules s'est rompue ou déchirée. Les insuffisances ont, comme le rétrécissement des orifices, une durée variable, presque illimitée. Corrigan n'a jamais vu succomber les malades avant deux ou trois ans de souffrances. Dans un cas, j'ai vu la mort survenir trois mois après le début des premiers accidents : le cœur était énorme, l'insuffisance avait été consécutive à une perforation d'une des valvules sigmoïdes. Beaucoup de malades atteints d'insuffisance meurent subitement, par syncope. C'est ainsi d'ailleurs que finissent beaucoup d'individus atteints de maladies de cœur fort diverses ; cependant l'insuffisance est peut-être, de toutes, celle qui prédispose le plus à la mort subite : c'est ce qu'ont démontré surtout Aran et le docteur Mauriac dans son excellente thèse soutenue à la faculté de Paris en 1860.

Pronostic. — Les insuffisances valvulaires sont donc des lésions très-graves, non susceptibles de guérison. Elles constituent un état plus fâcheux encore que le simple rétrécissement des orifices.

Causes. — L'insuffisance reconnaît la plupart des causes que nous avons énumérées précédemment à propos du rétrécissement des orifices cardiaques, mais quelquefois la lésion arrive subitement et d'une manière toute traumatique. Henderson, Guyot, Quain, Aran, ont cité des cas d'insuffisance qui ont apparus subitement après un effort ou un coup violent.

Traitement. — Les règles de traitement indiquées pour les coarctations de l'orifice sont aussi applicables aux cas d'insuffisance. Peut-être doit-on, dans cette dernière, être plus sobre de saignées, afin de ne pas affaiblir le ressort du cœur ; mais nous croyons que Corrigan en a trop redouté l'emploi. Nous conseillons, avec l'habile professeur d'Édimbourg, de ne point administrer la digitale ou de ne la donner du moins que lorsque les battements sont très-précipités, car en ralentissant trop les contractions du cœur, on permet à une plus grande quantité de sang de refluer dans l'organe, ce qui a nécessairement pour effet d'augmenter la dilatation des cavités.

DES RÉTRÉCISSEMENTS ET DES OBLITÉRATIONS DES ARTÈRES

Causes. — Il n'est peut-être aucune des artères principales du corps qui n'ait été trouvée rétrécie ou oblitérée. Le rétrécissement peut être congénital ou bien accidentel. Le premier occupe ordinairement une étendue considérable et même un vaisseau dans toute sa longueur ; il semble résulter d'un arrêt de développement sans aucune altération appréciable dans la structure des parois. Il nous paraît aussi qu'on doit regarder comme ayant une origine congénitale une forme assez rare de rétrécissement consistant dans une coarctation très-circonscrite, semblable à celle que produirait une ligature, mais sans altération des parois artérielles. Dans l'immense majorité des cas pourtant, les rétrécissements des artères, et à plus forte raison leur oblitération complète, sont des lésions accidentelles, consécutives à l'artérite ou à diverses altérations survenues dans les parois. Rappelons aussi seulement que les artères, comme tous les organes creux à parois flexibles, peuvent être rétrécies ou oblitérées par la pression exercée par une tumeur extérieure.

L'artérite produit plus souvent l'oblitération complète du vaisseau qu'un rétrécissement simple ; elle agit en déterminant l'exhalation d'une matière albumineuse concrète, et la coagulation du sang. Que cette coagulation se fasse à la face interne, ce que Virchow conteste, qu'elle soit interstitielle ou périphé-

rique, elle a pour conséquence le rétrécissement du vaisseau, et par suite la production facile d'un caillot. Le simple rétrécissement résulte ordinairement d'un épaissement de plusieurs des tuniques artérielles ou de quelque transformation, et notamment de la transformation cartilagineuse qu'elles ont subie, ou bien enfin de productions accidentelles qui se sont formées dans leur épaisseur ou à leur face interne : tels sont les dépôts athéromateux, calcaires, crétacés, et les ossifications. Ces diverses productions, les dernières surtout, donnent à la face interne du vaisseau un aspect inégal, et gênent plus ou moins le cours du sang, dont la marche est également retardée par la diminution ou par la perte d'élasticité et de rétractilité du vaisseau. Ces circonstances tendent donc déjà à produire la coagulation du sang ; celle-ci s'opère surtout sur les lamelles calcaires qui sont en contact avec ce fluide après la destruction de la membrane interne. La masse de fibrine ainsi précipitée sur ce noyau augmente peu à peu, et le vaisseau finit par être complètement oblitéré. On a vu aussi la rupture de la membrane interne s'opérant dans des mouvements brusques d'extension (ce qui d'ailleurs ne peut avoir lieu que lorsque les parois sont malades), produire encore l'oblitération du vaisseau, car la membrane rompue, en se renversant à l'intérieur, forme une digue sur laquelle le sang se coagule d'autant plus facilement, que souvent il survient dans ce point une petite exhalation plastique consécutive à l'inflammation traumatique. Cette dernière cause d'oblitération artérielle, signalée par G. W. Turner, est fort rare ; quoi qu'il en soit, les caillots qui sont ainsi nés sur place sont ceux auxquels on a donné le nom de caillots *autochthones* ou caillots par *thrombose*. Il en est d'autres qui, formés au loin, surtout dans les cavités gauches du cœur, sont détachés, puis entraînés aussitôt par la colonne sanguine dans la cavité d'un vaisseau ; ils l'oblitérent comme le ferait un tampon : c'est suivant ce mécanisme que se produisent beaucoup d'oblitérations des artères des membres et du cerveau. Cette cause d'oblitération, signalée depuis longtemps, a été surtout bien étudiée par M. Virchow. Il a donné à ces caillots migrants le nom d'*embolies* (de ἐμβολισμός, pousser dans).

En résumé, le plus grand nombre des oblitérations artérielles étant consécutives à quelque altération de texture des parois vasculaires, on s'explique pourquoi on les rencontre plus fréquemment chez les vieillards que chez les sujets encore jeunes, et pourquoi aussi elles sont plus communes dans les membres pelviens que dans les membres thoraciques.

Changements survenant dans les artères après leur oblitération. — Les artères oblitérées sont remplies de caillots noirs, fibrineux, plus ou moins adhérents à la membrane interne ; ils deviennent d'autant plus fermes et plus denses, et ils se décolorent d'autant plus qu'ils sont plus anciens. En vieillissant, leurs molécules se rapprochent ; les parois vasculaires les suivent dans leur retrait : au bout d'un temps plus ou moins long, le caillot et l'artère sont confondus, et le vaisseau, dans les points oblitérés, est converti en un cordon dur, fibreux ou cartilagineux, qui peut occuper une étendue considérable de l'artère. Dans ces cas, la vie des parties dans lesquelles l'artère se distribue n'a pu persister que par la dilatation des anastomoses, et peut-être aussi par le développement de nouvelles artères qui ont amené le sang dans les ramifications périphériques de l'artère oblitérée.

Accidents produits par l'oblitération des artères. — Les effets de l'oblitération des artères varient beaucoup suivant l'étendue et la cause de cette oblitération.

Si celle-ci affecte l'artère principale d'un membre, la gangrène est presque inévitable dans les points situés au-dessous. Chez d'autres, on a vu survenir des douleurs névralgiques, un affaiblissement musculaire qui ne se révèle parfois qu'après un exercice plus ou moins prolongé; plus souvent encore c'est une paralysie complète, permanente; enfin la nutrition languit, et l'on voit les parties molles s'amaigrir et s'atrophier progressivement. Des effets analogues se remarquent du côté des viscères: c'est ainsi que quelques gangrènes pulmonaires ont pour point de départ l'oblitération des artères bronchiques. M. Cruveilhier a montré, en 1850, à la Société anatomique une gangrène limitée à la base du ventricule droit du cœur, qui avait pour cause évidente une oblitération dans une grande étendue de l'artère coronaire postérieure. On sait enfin que l'oblitération d'une des principales branches des artères cérébrales peut occasionner la gangrène (Bérard), et plus souvent encore le ramollissement blanc pulpeux de la portion du cerveau à laquelle elles se distribuent (Rostan, Lancereaux). La gangrène est un accident rare, et même la nutrition n'éprouve presque aucune atteinte toutes les fois que l'oblitération n'affecte qu'une très-petite étendue d'une artère, surtout lorsqu'elle s'est formée progressivement, de manière à donner aux collatérales le temps de se développer.

Après avoir exposé d'une manière générale la pathogénie des rétrécissements et des oblitérations des artères et les principaux accidents qui en sont les effets, il nous reste à étudier cette altération en particulier dans quelques portions de l'arbre artériel, notamment dans l'aorte, dans les artères des membres et dans l'artère pulmonaire.

RÉTRÉCISSEMENTS ET OBLITÉRATIONS DE L'AORTE

Les premières observations de rétrécissements et d'oblitérations de l'aorte ne datent guère que du milieu du XVII^e siècle. Depuis cette époque, on en a publié un assez grand nombre d'exemples; la plupart de ces faits ont été analysés par M. Barth, dans un travail que cet habile médecin a inséré dans la *Presse médicale*, et qui malheureusement est resté inachevé. C'est à lui que nous emprunterons la plupart des détails qui vont suivre.

Étiologie. Anatomie pathologique. — Comme l'artère pulmonaire, mais plus fréquemment qu'elle, l'aorte a quelquefois, dans toute sa longueur, et par suite d'un arrêt de développement, un calibre peu considérable; nous l'avons vue plusieurs fois permettre à peine l'introduction de l'indicateur. Ce vice de conformation ne peut être diagnostiqué; nous n'en traiterons point ici, mais nous le signalerons seulement comme devant tôt ou tard favoriser le développement d'une maladie chronique du cœur (hypertrophie avec ou sans dilatation); du moins tous les faits, au nombre de cinq ou six, observés par nous jusqu'à ce jour, confirment cette opinion. Plusieurs des individus qui présentaient cette disposition avaient été sujets toute leur vie à des palpitations et à de la dyspnée. Les cas de rétrécissement et d'oblitération de l'aorte, dont nous devons nous occuper spécialement ici, sont presque toujours limités à une petite étendue du vaisseau. On trouve dans les auteurs environ vingt-huit observations de ce genre: dans treize cas l'artère était plus ou moins rétrécie, et chez quinze sujets elle était complètement oblitérée. L'obstruction présente différents degrés; elle peut être telle qu'elle permette à peine l'introduction d'une plume de corbeau ou d'un stilet.

Le rétrécissement et l'oblitération de l'aorte peuvent être produits par toutes

les causes organiques que nous avons précédemment énumérées. Toutefois, autant qu'il est permis de tirer des conclusions rigoureuses de faits incomplètement décrits, il paraîtrait que, contrairement à ce qu'on voit dans les autres artères, et surtout dans celles des membres, les rétrécissements et l'oblitération de l'aorte s'opèrent dans près de la moitié des cas (huit fois sur dix-sept) par un resserrement simple du vaisseau sans altération notable des parois. Ailleurs, au contraire, les membranes sont épaissies (trois fois), et il existe le plus ordinairement (six fois) des productions osseuses, crétacées, athéromateuses, dans l'épaisseur. L'oblitération et le rétrécissement sont aussi fréquemment déterminés (six fois) par la formation de caillots fibrineux qui s'organisent, les uns par suite d'une aortite ou par une cause inconnue, et, le plus souvent, par un arrêt de la circulation déterminé par la formation de concrétions crétacées; d'autres fois, enfin, l'oblitération est produite par des caillots qui, primitivement organisés dans une tumeur anévrysmale, font de plus en plus saillie dans le vaisseau jusqu'à ce qu'ils l'aient complètement obturé. Il nous a paru enfin que presque jamais l'obstruction de l'aorte n'était produite par une compression extérieure; nous n'en connaissons encore que deux exemples: dans un de ces cas, le rétrécissement était produit par la compression d'un poumon hépatisé (Dalmas), dans l'autre par plusieurs ganglions bronchiques tuberculeux.

Les rétrécissements et oblitérations peuvent siéger sur tous les points du vaisseau; on les a rencontrés trois fois près de l'origine de l'aorte; deux fois à son arc; treize fois au-dessous de la courbure près du canal artériel; une fois à son passage à travers le diaphragme; dans six cas, à sa terminaison; et, dans un dernier, en divers points de son trajet. Il arrive quelquefois qu'au-dessus et au-dessous du point rétréci ou oblitéré, l'aorte a son calibre naturel; mais il est plus commun de la trouver plus ou moins dilatée, et quelquefois anévrysmatique, immédiatement au-dessus du point coarcté, et d'un diamètre moins considérable au dessous.

Dans la plupart des cas (sept ou huit fois sur dix), on trouve les artères collatérales plus grosses et s'anastomosant plus largement avec les branches nées plus inférieurement de l'aorte. C'est, en effet, dans les larges anastomoses des cervicales transverse et profonde, de l'intercostale supérieure et de la mammaire interne avec les intercostales inférieures et l'épigastrique; dans celles des traverses du cou, des scapulaires, des mammaires internes, des intercostales supérieures et thoraciques avec les diaphragmatiques, les épigastriques et les intercostales inférieures, que se rétablit la circulation inférieure. Dans quelques cas, pourtant, les artères collatérales ont conservé leur calibre; M. Barth les a même vues un peu moins développées que de coutume. Enfin, si l'on examine comparativement le volume des artères dans les parties supérieures et dans les parties inférieures du corps, on les trouvera souvent dilatées dans les premières, et d'un volume moindre dans les secondes, ce qui s'explique par la plus grande quantité de sang qui passe par les artères situées au-dessus de l'obstacle. Cette même circonstance rend compte pourquoi on a trouvé quelquefois (peut-être deux ou trois fois sur six) les membres thoraciques relativement plus forts, mieux musclés, mieux nourris que les membres abdominaux, qui sont parfois plus grêles, atrophés, œdématisés et plus faibles que de coutume; chez d'autres, ils ont leur volume et leur force accoutumés, différence qui ne peuvent pas toujours s'expliquer par l'état des anastomoses; car on a vu l'atrophie des membres coïncider avec le développement insolite des vaisseaux collatéraux, tandis que d'autres fois les mêmes parties ne pré-

sentent aucun trouble dans la nutrition, bien que les vaisseaux collatéraux eussent plutôt un calibre au-dessous de l'état normal. L'atrophie des membres inférieurs n'a d'ailleurs guère été observée que lorsque la coarctation siège au voisinage du canal artériel, parce qu'alors la circulation des parties inférieures est seulement entretenue par les vaisseaux qui rampent dans les parois du tronc; tandis que quand l'obstacle siège près de la bifurcation, il s'établit une double circulation collatérale, l'une par les artères des parois, l'autre par les artères viscérales, c'est-à-dire par les anastomoses des mésentériques avec les branches profondes de l'hypogastrique, des sacrées latérales, des hémorrhoidales, des obturatrices, des ischiatiques et des honteuses internes. Ces dernières communiquent largement avec les ramifications des membres pelviens (Barth).

Parmi les lésions concomitantes qui peuvent accompagner les rétrécissements et les oblitérations de l'aorte, il n'en est pas de plus fréquentes que les altérations du cœur : cet organe, en effet, est presque toujours atteint d'hypertrophie ou d'amincissement; les ventricules sont plus ou moins dilatés, ce qui s'explique par l'énergie avec laquelle le cœur droit se contracte pour vaincre l'obstacle qui s'oppose au cours du sang, et par la stase de ce liquide dans les cavités de l'organe.

Les coarctations et les oblitérations de l'aorte, à part celles qui sont produites par des caillots fibrineux, sont des lésions toujours plus anciennes, et dont il est le plus souvent impossible de fixer le début. Il est probable qu'un grand nombre remontent à une époque plus ou moins voisine de la naissance : telles sont notamment les coarctations et oblitérations aortiques produites par un simple retrait des parois, sans altérations dans la structure de celles-ci, et qui siègent le plus communément au voisinage du canal artériel.

Symptomatologie. — Les rétrécissements et oblitérations de l'aorte sont des lésions qu'on ne reconnaît guère pendant la vie. Toutefois un pareil diagnostic n'est pas absolument impossible : M. Piorry paraît l'avoir, en effet, établi dans un cas avec beaucoup de précision. On devrait soupçonner un rétrécissement de l'aorte : 1° à l'existence d'une douleur locale siégeant dans un point correspondant à la coarctation ou à l'oblitération du vaisseau, symptôme qui a été noté dans la moitié des cas; 2° à un bruit de souffle ou de râpe *permanent* au niveau du point rétréci; 3° à l'exagération des battements et au volume plus considérable des artères des parties supérieures nées au-dessus de l'obstacle, tandis que l'aorte ventrale et les artères des membres pelviens, moins développées que de coutume, sont le siège de battements beaucoup plus faibles; les malades accusent dans ces membres des *fourmillements* et des *élançements*, ou autres sensations analogues, qui paraissent devoir être d'autant plus marquées que la coarctation est plus considérable; elles sont portées à leur maximum dans les cas où l'oblitération est complète. Notons même qu'avec cette dernière lésion on observe quelquefois une faiblesse et une atrophie des extrémités inférieures. Mais il est rare de trouver ces signes réunis ou assez caractérisés pour que le médecin puisse hasarder un diagnostic; presque tous les malades présentent d'ailleurs quelques accidents d'affection organique du cœur ou d'anévrisme aortique. Ils succombent, en général, à ces maladies ou à quelque autre affection intercurrente.

L'oblitération de l'aorte peut néanmoins, à elle seule, entraîner la mort : en effet, si elle se produit rapidement, et si la circulation collatérale s'établit incomplètement, on peut voir survenir la paralysie et probablement la gangrène des extrémités inférieures. Lorsqu'on a lié l'aorte ventrale chez les animaux,

les muscles sont frappés de paralysie après un quart d'heure, et deux heures se sont à peine écoulées que ces organes ont perdu leur irritabilité; enfin, d'après M. Brown-Séguard, ils présenteraient, au bout de six heures, une rigidité très-analogue à la rigidité cadavérique. Si l'on enlève la ligature, tous ces accidents disparaîtraient successivement, en suivant un ordre inverse à leur manifestation.

Les oblitérations et la plupart des rétrécissements sont des lésions incurables, mais qui peuvent permettre à l'individu de prolonger assez loin sa carrière : ainsi M. Barth a cité un cas où le sujet, parvenu à une extrême vieillesse, s'éteignit sans présenter aucun symptôme remarquable.

Le traitement ne peut être que palliatif, et sera dirigé surtout contre les complications et les lésions consécutives, telles que les maladies du cœur.

RÉTRÉCISSEMENTS ET OBLITÉRATIONS DES ARTÈRES DES MEMBRES

Les rétrécissements et les oblitérations des artères des membres ne sont presque jamais congénitaux. Ils peuvent être produits par toutes les causes organiques que nous avons précédemment énumérées. Presque toujours ils sont déterminés par la coagulation du sang, qui elle-même est consécutive à l'inflammation du vaisseau, aux diverses altérations organiques des parois qui gênent plus ou moins le cours du liquide, ou à la propulsion d'un caillot venu d'un point plus ou moins éloigné. Cette dernière cause, quoi qu'on en ait dit, n'est pas la plus commune. Il est bien plus fréquent de voir l'oblitération se faire uniquement lorsque des concrétions athéromateuses ou crétacées, en gênant le cours du sang, favorisent la concretion du sang dans ce point rétréci de l'artère. C'est ce qui explique pourquoi les oblitérations des artères des membres, quoique pouvant survenir à tout âge, sont néanmoins plus communes chez les vieillards, plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, et pourquoi elles affectent beaucoup plus souvent les artères des membres pelviens.

Symptomatologie. — Le rétrécissement et même l'oblitération peuvent exister sans qu'il en résulte aucun trouble, si l'altération, lente dans sa marche a permis aux collatérales de se développer suffisamment pour rétablir la circulation dans les parties inférieures. Si le vaisseau est superficiel, on reconnaîtra qu'il est rétréci ou oblitéré à la faiblesse ou à l'absence des battements, qui sont au contraire énergiques au-dessus de l'obstacle. L'artère forme en outre un cordon dur, parfois noueux, qui diminue ou disparaît lentement, lorsque, par suite de l'absorption du caillot et d'une partie des parois elles-mêmes, le vaisseau est converti en une lame mince ou en un petit cordon cellulo-fibreux.

L'oblitération plus ou moins complète de l'artère principale d'un membre a été cause parfois de douleurs névralgiques; ailleurs il y a eu de l'anesthésie avec paralysie plus ou moins complète et permanente des muscles, qui perdent tôt ou tard une grande partie de leur irritabilité. Il peut se faire encore que l'impuissance, au lieu d'être continue, ne soit qu'intermittente, qu'elle ne se révèle soudainement que lorsque les malades se livrent à l'exercice : c'est un fait des plus rares observé une fois seulement chez l'homme par M. Charcot (1), mais qui se produit fréquemment chez le cheval. Plusieurs vétérinaires distingués ont parlé en effet d'une boiterie dans un ou plusieurs membres, qui

(1) *Gazette médicale*, année 1859, p. 282.

atteint l'animal tout d'un coup pendant le travail de la course, qui cesse après quelques moments de repos pour revenir dès qu'on le force de nouveau à courir (1). Comment une oblitération de l'artère principale d'un membre peut-elle produire une claudication intermittente? Il est rationnel d'admettre que si la lésion vasculaire laisse encore aux nerfs et aux muscles des membres une nutrition suffisante lorsqu'ils sont au repos, ces organes ne reçoivent plus une excitation convenable lorsqu'ils sont forcés de fonctionner d'une manière plus énergique.

L'accident le plus ordinaire de l'oblitération des artères d'un membre est la gangrène des parties dans lesquelles le sang ne pénètre plus ou n'arrive qu'en quantité insuffisante. Cette lésion vasculaire est la cause à peu près constante de la gangrène dite *spontanée*, ainsi nommée parce qu'elle paraît se développer sans cause, ou *sénile*, parce qu'on l'a crue pendant longtemps presque exclusive à la vieillesse. C'est à elle aussi qu'il faut rapporter cette espèce de gangrène décrite par Jeanroy comme spéciale aux individus de la classe riche qui usent d'une nourriture succulente. Mais il est démontré par la pratique des hôpitaux que l'accident est au moins aussi commun chez le pauvre.

Nonobstant l'opinion contraire émise par Pott et par Delpech, nous ne croyons pas nécessaire, pour que la mortification ait lieu, que le vaisseau soit devenu tout à fait imperméable; car il existe dans la science des faits authentiques, vus par Van Swieten et par Morgagni, par S. Cooper et Hodgson, par Marjolin, par MM. Bricheau, Cruveilhier, François, etc., qui prouvent qu'il suffit d'un simple rétrécissement occasionné par l'hypertrophie ou par des productions athéromateuses et crétacées des parois, pour que la gangrène soit produite. Le développement de celle-ci est précédé et accompagné de phénomènes très-remarquables, qu'il importe de bien connaître.

Dans une première période, les malades éprouvent, dans les parties qui seront frappées plus tard de gangrène, des fourmillements, un sentiment de froid, des douleurs vives, lancinantes, brûlantes, continues, sans qu'il existe souvent aucun changement appréciable dans les parties molles. Cependant la peau ne tarde pas à présenter une coloration d'un rouge livide, bleuâtre ou vineux; les tissus subjacents se gonflent et s'œdématisent; au bout de quelques jours, les phlyctènes remplies d'une sérosité sanguinolente se produisent, enfin des points gangréneux se montrent, etc. La mortification et les phénomènes qui la précèdent se développent communément sur les parties les plus éloignées du centre circulatoire: ainsi, aux membres inférieurs, la rougeur vineuse, l'œdème, les phlyctènes et la gangrène affectent d'abord les orteils et le dos du pied, et s'étendent ensuite de proche en proche et de bas en haut. Les parties mortifiées, au lieu d'être tuméfiées, sont souvent plus sèches; elles sont dures, racornies, comme momifiées; elles n'exhalent pas l'odeur caractéristique de la mortification et présentent plutôt les caractères de la gangrène sèche, ce qui s'explique très-bien par la cause même de la maladie. La mortification étant produite par l'absence du sang artériel, les parties gangrenées doivent moins contenir de liquides; elles doivent présenter l'état opposé à celui qu'on observerait si, chose encore contestable, la gangrène survenait exclusivement par suite d'un obstacle au cours du sang veineux. Nous devons noter pourtant que dans la plupart des gangrènes séniles, il existe à la fois oblitération des artères et oblitération des veines; mais cette dernière est consécutive: elle est postérieure à la première, et dépend sans nul doute de la

(1) Bouley et Reynal, *Nouveau Dictionnaire de médecine vétérinaire*, t. II, art. ARTÈRES.

stase que le sang subit dans les veines par suite de la diminution ou de la suspension de la circulation dans les artères.

Dans la gangrène par oblitération des artères, on note quelquefois des symptômes d'artérite; la chose est fort rare pourtant, car on l'observe peut-être à peine dans un vingtième des cas, du moins en France. On a donc eu tort, dans plusieurs ouvrages modernes, de regarder l'artérite comme la cause, sinon constante, du moins la plus commune, de la gangrène sèche.

Les symptômes généraux ne diffèrent pas de ceux que nous avons décrits en traitant de la gangrène en général.

Comme toute autre espèce de mortification, celle-ci peut envahir une grande étendue, par exemple un des membres inférieurs en entier; la mort arrive alors souvent avant que la gangrène se circoncrive. Ailleurs, elle se borne de bonne heure; mais la séparation se fait en général plus lentement que dans les gangrènes ordinaires, plus lentement surtout que dans les gangrènes humides. D'ailleurs on observe ici tous les phénomènes locaux et tous les accidents concomitants ou consécutifs que nous avons signalés à l'article *Gangrène*.

La gangrène sénile guérie est sujette à récidive: c'est ainsi qu'on voit souvent des individus qui perdent, à quelques mois ou à quelques années de distance, un ou plusieurs orteils; souvent, après ces mutilations successives, la gangrène finit par envahir le pied et même une grande partie du membre.

Diagnostic. — La gangrène sénile a beaucoup de rapport avec l'ergotisme gangréneux. Celui-ci est, en effet, précédé des mêmes douleurs et des mêmes rougeurs; aussi est-on souvent obligé d'interroger les antécédents pour établir le diagnostic différentiel: toutefois, dans l'ergotisme, il est rare de constater la cessation des battements artériels, comme lorsque la gangrène est symptomatique de l'oblitération des artères.

A son début, la gangrène sénile pourrait en imposer pour des douleurs rhumatismales ou pour une affection de la moelle. Mais on évitera l'erreur si l'on remarque que dans le rhumatisme, ou bien la peau conserve sa couleur et sa température, ou bien elle devient plus chaude, et elle prend une teinte rouge érysipélateuse; au contraire, dans la première période de la gangrène sénile, les téguments se refroidissent et prennent une teinte violacée ou d'un rouge vineux; ajoutons que, dans celle-ci, les artères cessent de battre, tandis que, s'il s'agit d'un rhumatisme, les pulsations restent perceptibles même dans les artères secondaires. Cette circonstance aidera également à ce qu'on ne prenne pas une gangrène sénile pour une affection de la moelle; dans celle-ci on observe, en outre, que les douleurs, le refroidissement et les autres phénomènes locaux occupent presque toujours les deux membres inférieurs à la fois, tandis que la gangrène spontanée est presque constamment limitée à un membre.

Rappelons ici qu'on observe chez quelques diabétiques une gangrène qui offre la plus grande analogie avec la gangrène sénile; aussi ne devra-t-on jamais oublier, dans les cas de gangrène que j'étudie, d'examiner les urines, qui peuvent fournir au diagnostic un élément précieux et indiquer le traitement le plus efficace à suivre.

Pronostic. — La gangrène par oblitération des vaisseaux est une affection très-grave, et qui le plus souvent a une issue funeste. Cette terminaison est presque inévitable lorsque l'artère principale d'un membre est obstruée dans une grande étendue. Le pronostic est aussi plus fâcheux lorsque l'oblitération a été brusque que lorsqu'elle s'est faite graduellement. Enfin, la vieillesse, la misère, des conditions hygiéniques défavorables, rendent la maladie plus fâcheuse encore.