

ponction et section de dedans en dehors. S'agit-il d'une nappe profonde, en une région où sont de périlleux voisinages, il faut marcher à sa découverte par incisions méthodiques, comme pour une ligature d'artère.

2° PHLEGMON DIFFUS

§ 1. **Étiologie et pathogénie.** — Produit par les mêmes microorganismes, relevant du même processus pathogénique, le *phlegmon diffus* doit être étudié à côté des abcès circonscrits.

Il s'agit d'une modalité de l'inflammation suppurative, et non d'une entité morbide, d'une infection spéciale. Ce qui fait son caractère clinique, c'est la *tendance à l'envahissement* profond et lointain des couches cellulaires de la région, et surtout à la *mortification* des tissus. Donc, ici, le processus n'accuse point cette aptitude à la limitation qui est le moyen de guérison et la condition de bénignité des phlegmons circonscrits; il montre, de plus, des effets nécrosants intenses. Et cela témoigne que le microbe inoculé jouit d'une virulence particulière et qu'il prolifère avec abondance dans les espaces cellulaires.

Le plus souvent, c'est le *streptocoque* qui est l'agent pathogène; le staphylocoque ou les autres pyogènes le produisent moins fréquemment. Or, le streptocoque est le facteur de l'érysipèle. Cette commune origine explique l'association, souvent observée en clinique, des deux affections. Suivant que le microbe pénètre dans les mailles serrées du derme ou qu'il peut diffuser dans les larges espaces conjonctifs; suivant aussi son énergie virulente, capable d'exaltation, il provoque une dermite — érysipèle — ou une cellulite nécrotique — phlegmon diffus. Les cliniciens étaient donc excusables de confondre le phlegmon diffus avec certaines formes de l'érysipèle: les termes d'*érysipèle phlegmoneux* ou de *phlegmon érysipélateux* traduisaient cette confusion, commise par HUTCHINSON lui-même, qui fit au commencement du siècle le premier bon travail sur la question. En France, ce fut BÉCLARD qui baptisa le phlegmon diffus, DUPUYTREN qui en traça le type clinique, CHASSAIGNAC qui en parfit la description.

Ce sont surtout les plaies contuses, irrégulières, négligées comme aseptie immédiate, qui donnent à l'agent microbien, doué d'une particulière virulence, accès dans les nappes cellulaires. On s'explique que les régions, où ces espaces cellulaires sont amples, soient, comme le petit bassin et les membres, exposées à cette diffusion du processus; que les bourses séreuses et les gaines synoviales, largement communicantes avec le système lymphatique, lui soient propices; enfin que tout ce qui altère la résistance des tissus, soit les conditions locales comme la contusion, soit les altérations générales qui résultent de l'albuminurie, de l'alcoolisme, du diabète, favorise les effets nécrosants des toxines microbiennes.

§ 2. **Anatomie pathologique.** — Dans les membres, la suppuration siège: tantôt dans le tissu adipeux et cellulaire sous-cutané — *phlegmons panniculaire et sus-aponévrotique* de CHASSAIGNAC; tantôt sous l'aponévrose — *phlegmon sous-aponévrotique*; tantôt dans les interstices intermusculaires — *phlegmon profond*.

Aux premières périodes, les incisions tombent sur des tissus infiltrés d'un exsudat fibrineux, renfermant un grand nombre de leucocytes: c'est, suivant l'expression de CHASSAIGNAC, une véritable « diptérite interstitielle », une couenne de tissu cellulaire, grisâtre, très adhérente; les auteurs du *Compendium* la comparent à une couche de poix. Plus tard, les cloisons cellulaires se détruisent: des vacuoles se forment, remplies d'un pus mélangé de débris sphacelés, strié de sang, offrant ces bourbillons de tissu cellulaire mortifié que DUPUYTREN comparait à des paquets d'étoffe et DUNCAN à des morceaux de peau de chamois mouillée. La peau se gangrène par places et donne issue à ce pus tenace. Dans les cas graves de *phlegmon total* dont parlait CHASSAIGNAC, les muscles sont disséqués, désagrégés; les tendons se mortifient, les os se nécrosent, les veines se thrombosent; mais nous ne voyons plus ces formes.

§ 3. **Symptomatologie.** — Soit une plaie infectée. Le membre œdématisé, se gonfle, se tend douloureusement: la peau est chaude, luisante, marbrée par plaques, et d'une teinte qui varie du rouge au brun livide; l'épiderme est soulevé parfois par une

sérosité sanguinolente. La tuméfaction est ferme : c'est, comme l'a si bien analysé DUNCAN, cette sensation intermédiaire à la mollesse de l'œdème et à l'élasticité de l'emphysème. Dans les régions à peau épaisse, le gonflement est plus dur; dans celles munies de tissu cellulaire lâche, l'œdème est plus marqué et la dépressibilité plus nette. Dans les formes superficielles, la rougeur et la gangrène de la peau sont plus précoces.

A la période de mortification — du troisième au huitième jour, sans que ce chiffre soit absolu — il se fait une certaine rémission des symptômes, notée par DUPUYTREN et NÉLATON : la tension diminue; la dépressibilité augmente; le pus se collecte en nappe et la fluctuation devient perceptible. Dans les cas abandonnés à leur évolution naturelle, la peau se sphacèle et laisse passer un pus épais et bourbillonneux, des lambeaux jaune verdâtre de tissu cellulaire nécrosé, des débris de muscles. Des phénomènes de septicémie, mortelle dans quelques cas, accompagnent ces lésions : la fièvre est élevée, l'agitation fréquente, la tachycardie croissante, le délire parfois violent. — Lorsque le mal est enrayé, la réparation commence : elle est quelquefois très retardée par une suppuration prolongée venant de quelque clapier décollé, d'une gaine infectée, d'un os nécrosé. Cette cicatrisation par bourgeons charnus, comblant les cavités purulentes, ne va pas sans dommages : il se forme des cicatrices cutanées adhérentes, des brides fibreuses entre les tendons et leurs gaines, des arthrites plastiques : toutes conditions qui, à la main surtout, compromettent la fonction du membre.

On observe, surtout au niveau du cou, une variété remarquable par l'induration (dureté de bois) de la tuméfaction : d'où le nom de *phlegmon ligneux* que lui a donné RECLUS. L'évolution en est ordinairement insidieuse et lente : les nappes indurées sont recouvertes d'une peau rougeâtre ou rouge vineux; peu à peu, cette infiltration dure prend des adhérences dans la profondeur; la fluctuation apparaît par petits foyers qui s'ouvrent et laissent s'écouler le pus; la suppuration se prolonge; des vieilles fistules se tarissent, d'autres s'ouvrent et cet état

peut se prolonger pendant des semaines et des mois, sans des douleurs vives, sans phénomènes fébriles élevés. Quand la cellulite scléreuse, qui est la caractéristique de cette forme, a gagné la profondeur, elle peut provoquer, dans le cas de phlegmon du cou, des phénomènes de compression sur la trachée, l'œsophage, les vaisseaux : d'où, dysphagie, dyspnée ayant parfois nécessité la trachéotomie, congestion de la face, céphalalgie, délire, engourdissement et parésie du membre correspondant à la lésion. L'affection est parfois mortelle; mais la résolution est possible, tantôt totale, tantôt partielle, avec suppuration en foyers disséminés. Le squirre en cuirasse dont la dureté de bois rappelle celle du phlegmon ligneux, s'en distingue par sa marche moins rapide, par sa formation aux dépens de nodosités confluentes, par l'atteinte plus précoce de l'état général. Il faut songer à l'actinomycose : diagnostic qui ne s'établit que par la détermination des points jaunes. Les gommes tuberculeuses, les adénites bacillaires englobées dans un gâteau de péri-adénites prêtent parfois à l'hésitation : la formation d'une nappe — moins indurée d'ailleurs — est alors précédée par la constitution de noyaux séparés, unis ensuite par confluence. Il y a des sarcomes à marche rapide qui créent, nous l'avons vu, de sérieuses difficultés de diagnostic.

§ 4. **Traitement.** — Le phlegmon diffus a doublement profité de l'antisepsie : il est devenu à la fois plus rare et moins grave. L'enveloppement dans les compresses antiseptiques humides et chaudes, le bain continu, la pulvérisation, sont les ressources du traitement abortif.

Les incisions précoces, larges et multiples, constituent le traitement chirurgical : elles peuvent employer le bistouri ou le thermocautère; elles seront pratiquées méthodiquement loin des gros troncs artériels; on laissera entre elles un intervalle d'au moins 4 centimètres, pour ne point exposer au sphacèle la bandelette cutanée intermédiaire. Des tubes à drain traverseront de part en part les collections purulentes; les grands bains et les applications humides aideront à l'élimination antiseptique des foyers. Des progrès tout récents nous permettent d'espérer qu'on pourra aider au traitement général, en dehors de l'alcool

et du quinquina, par un moyen plus direct : le sérum antistrep-tococcique.

3° ABCÈS FROIDS. — ABCÈS TUBERCULEUX

§ 1^{er}. **Définition.** — Par opposition avec les *abcès chauds*, on a désigné sous le nom d'*abcès froids* une collection de pus formée lentement et sans réaction inflammatoire apparente, c'est-à-dire sans chaleur, sans rougeur, sans douleur vive.

A cette *définition symptomatique*, s'est substituée actuellement une *définition pathogénique*, fondée sur la nature même de la lésion : l'abcès froid est un abcès tuberculeux. Au point de vue clinique, cette définition peut être admise comme répondant à la presque totalité des faits. Mais le bacille tuberculeux n'est point le seul à produire ces abcès à marche lente et froide : chez les enfants, on en peut observer qui sont dus au staphylocoque doré ou blanc; le bacille typhique et l'actinomycose peuvent exceptionnellement donner lieu à des suppurations froides.

§ 2. **Anatomie pathologique.** — Deux caractères différencient l'abcès tuberculeux des autres abcès : 1° sa paroi contenant; 2° son contenu.

A. **PAROI.** — Tout abcès froid a pour paroi limitante une membrane que LANNELONGUE a désignée sous le nom de *membrane tuberculogène*. Elle a, dans l'évolution de l'abcès, un rôle actif : elle n'est pas une simple poche inerte, limitante; elle représente au contraire la portion envahissante et progressive qui produit le pus et propage la lésion. Cette paroi est tantôt mince, tantôt épaisse : alors que, dans certains abcès ossifluents, elle est réduite à une poche fibreuse de faible épaisseur, elle peut atteindre, dans certaines suppurations froides du tissu cellulaire sous-cutané une épaisseur de 2 à 3 centimètres, due à son infiltration dense par des noyaux tuberculeux confluents.

Sa surface interne est parfois, ainsi qu'il arrive dans les abcès froids ossifluents, où le processus pariétal est arrêté, pourvue d'une membrane lisse, sans saillies, revêtue d'une couche fibrineuse mince. Mais elle est ordinairement anfrac-

tueuse, bourgeonnante, parfois aréolaire, tantôt grisâtre avec des stries sanguines, tantôt d'un rouge vineux avec plaques ardoisées; des points jaunâtres, qui répondent à des masses en voie de caséification, occupent dans son épaisseur des diverticules, dus à l'ouverture de foyers pariétaux dans la cavité centrale. — Sa surface externe, lisse et unie quand elle ne fait plus de progrès et s'est limitée, présente au contraire, dans les abcès en voie d'accroissement, des bourgeons excentriques, qui s'avancent dans les interstices musculaires, suivent les gaines vasculaires, en un mot envahissent de préférence les points où se rencontre un tissu cellulaire lâche.

B. **CONTENU.** — Le pus des collections froides a des caractères spéciaux : au lieu d'être, comme le pus phlegmoneux, épais, poisseux, bien lié, il est séreux, jaunâtre, mêlé à des grumeaux caséeux. Quelquefois il est coloré par du sang; parfois il a l'apparence de l'huile et tache le papier; dans quelques cas il est d'un jaune limpide et la tumeur ressemble à un kyste. Dans d'autres abcès, le contenu se concrète, se dessèche, se prend en une masse solide, comparée au mastic des vitriers, ce qui répond aux abcès *solides*, aux abcès *caséux* de LANNELONGUE, aux abcès *résiduels* de PAGET. Sa composition chimique le distingue encore du pus phlegmoneux : il contient moins d'éléments solides, moins de leucocytes et une proportion plus forte d'albumine et de mucine. Au point de vue bactériologique, les bacilles ne s'y retrouvent qu'en faible quantité.

§ 3. **Pathogénie.** — Un abcès ainsi constitué répond à la phase de ramollissement d'un dépôt tuberculeux circonscrit, d'un tuberculome : cette notion capitale s'est dégagée des travaux de BRISEAUD et JOSIAS sur les gommés tuberculeuses et des études de LANNELONGUE.

Soit, en effet, un tuberculome constitué par l'agglomération de follicules tuberculeux confluents, évoluant dans le tissu cellulaire. Il va passer par les phases successives de *crudité* et de *ramollissement*.

Il se présente d'abord sous la forme d'une tumeur pleine, de volume variable, graduellement développée. A ce moment, si on en fait la coupe, elle apparaît comme une masse jaune,