

toute  
soien  
La  
table  
ont é  
leur  
prési  
Or  
chau  
enfir  
L'  
d'ab  
infla  
infla  
d'ail  
mat  
SI  
asse  
par  
ren  
fect

Il  
flan  
pré  
cor  
des  
mé  
F  
sur  
suc  
I  
cor  
son  
I  
spc  
ver  
I  
siti  
rul

## DEUXIÈME PARTIE

AFFECTIONS DES DIVERS TISSUS ET SYSTÈMES ORGANIQUES.

### CHAPITRE PREMIER

AFFECTIONS DU TISSU CELLULAIRE

ARTICLE 1<sup>er</sup>. — LÉSIONS TRAUMATIQUES.

Nous n'avons rien de spécial à signaler à propos des lésions traumatiques du tissu cellulaire; toutefois nous croyons devoir mentionner quelques tumeurs qui, succédant aux traumatismes et en particulier aux contusions, peuvent offrir un certain intérêt de diagnostic. Nous voulons parler des *épanchements sanguins* anciens et principalement de ceux qui se font dans le tissu cellulaire sous-cutané. Tantôt, en effet, le liquide épanché et plus ou moins modifié s'enkyste, d'où l'apparition d'une tumeur déjà décrite avec les kystes (*kystes hémomatiques*) (1); d'autres fois au contraire c'est le liquide sanguin qui disparaît, ou du moins sa partie liquide. La tumeur ainsi formée est solide et contient non-seulement les globules sanguins plus ou moins altérés, mais aussi des couches fibrineuses, dues très-probablement à l'exsudat plastique qui résulte de la présence d'un corps étranger, ici le sang, dans nos tissus.

*Symptômes.* — Ces tumeurs solides sont tantôt molles comme des lipômes, d'autres fois dures comme des enchondrômes; le plus souvent elles ont la consistance des fibrômes. Régulièrement arrondies, parfois bosselées, elles sont ou mobiles, ou bien adhérentes; quelquefois elles

(1) P. 214.

donnent à la palpation une sensation des craquement parcheminé (Simon).

Ces tumeurs peuvent s'enflammer spontanément ou après un traumatisme déterminer une suppuration séreuse ou sérosanguinolente, d'où leur confusion possible avec une production maligne, un anévrysme suppuré, etc. Dans quelques circonstances les tumeurs hémomatiques sont douloureuses, nous en avons observé un cas chez notre maître Chassaignac.

On conçoit que le diagnostic de ces productions soit très-difficile, et le commémoratif d'une contusion doit être pris en sérieuse considération pour reconnaître la lésion (U. Trélat).

Quant au *traitement*, il consiste dans l'ablation de la tumeur, en ayant soin de l'enlever bien complètement (U. Trélat, Larrey).

*BIBLIOGRAPHIE.* — Thuillier, *Des épanch. sanguins de cause traum. situés dans le tissu cellulaire*, th. de Paris, 1856, n° 287. — U. Trélat, *Rapport sur une obs. de tum. hémomatique, etc.*, in *Bull. de la Soc. anat.*, 2<sup>e</sup> série, t. V, p. 334, 1860. — Jalabert, *Des ép. sanguins dans le tissu cellulaire*, th. de Paris, 1860, n° 252. — R. Virchow, *Pathologie des tumeurs* (trad. franc.), t. I, p. 125 et suiv., 1867. — V. Besaucèle, *Ét. sur les épanch. sanguins anciens dans le tissu cell. sous-cutané*, th. de Paris, 1874, n° 33. — Voir en outre la bibliographie de la *Contusion* et celle des *Kystes*.

ARTICLE II. — LÉSIONS INFLAMMATOIRES.

§ 1<sup>er</sup>. — **Phlegmon circonscrit.**

On désigne sous ce nom l'inflammation circonscrite du tissu cellulaire situé dans l'intervalle des organes (Boyer, Follin).

Le phlegmon circonscrit, encore nommé *phlegmon simple*, se développe de préférence dans des points où le tissu cellulaire sous-cutané est abondant, par exemple dans l'aisselle, dans l'aîne, aux régions cervicale, anale, etc. Quelquefois il apparaît plus profondément, sous les aponévroses, dans les cavités viscérales.

*Anatomie pathologique.* — Le tissu cellulaire enflammé est infiltré d'une matière gélatiniforme, comparable à celle qu'on observe dans l'œdème, mais ne s'écoulant pas aussi facilement. Entre les faisceaux de tissu conjonctif écartés les uns des autres, on trouve des globules blancs et un réticulum fibrineux, ce qui explique la plus grande densité du liquide infiltré. Les vaisseaux capillaires sont dilatés, remplis de sang.

Plus tard, les globules de pus et l'exsudat fibrineux augmentent; aussi la matière répandue entre les fibrilles de tissu cellulaire devient-elle presque solide, et c'est même à l'existence de cette fi-

brine, comblant les mailles du tissu conjonctif, que l'on doit attribuer la délimitation du phlegmon (Cornil et Ranvier).

Si le phlegmon se termine par induration, il se produit des éléments cellulaires nouveaux entre les faisceaux conjonctifs, avec une substance fondamentale nouvelle; en fait, la texture du tissu ressemble au sarcôme fasciculé. Plus tard, ces éléments dégèrent, deviennent graisseux et se résorbent (Cornil et Ranvier).

Lors de suppuration, les globules de pus contenus dans les mailles du tissu conjonctif augmentent en nombre, les faisceaux cellulaires se résorbent, et il se forme une collection ou *abcès* (voyez les *Abcès*).

*Symptômes.* — Ils diffèrent un peu selon que le phlegmon est superficiel ou profond (Follin).

Le *phlegmon simple superficiel* est caractérisé par l'apparition d'une tuméfaction, arrondie, circonscrite, d'abord molle, puis plus résistante et élastique. Les douleurs sont assez vives, surtout à la pression. La peau qui recouvre la tuméfaction est d'un rouge qui ne cède pas à la pression du doigt (Follin); enfin la main appliquée sur la partie malade perçoit une sensation de chaleur des plus appréciables et qui peut se chiffrer par plusieurs degrés au thermomètre.

Dans le *phlegmon profond*, la tuméfaction est plus diffuse et même plus difficile à reconnaître, la rougeur des téguments peut être nulle ou presque nulle, la chaleur des parties peu sensible. Seule la douleur persiste, elle est sourde, profonde; quelquefois la pression exercée sur la partie malade tend à calmer les phénomènes douloureux (Follin).

A ces symptômes locaux s'ajoutent parfois des phénomènes généraux, surtout dans les phlegmons étendus ou profonds. Il y a de la fièvre, de l'inappétence, de la soif, voire même du délire, chez les enfants en particulier (Follin).

La *marche* de la maladie est d'ordinaire assez rapide, et elle se termine par résolution, induration, suppuration ou même gangrène.

La *résolution* est assez rare et ne peut guère s'obtenir que dans les six ou huit premiers jours (Follin). Tous les phénomènes inflammatoires : rougeur, chaleur et douleur, diminuent peu à peu; seule la tuméfaction des tissus persiste plus longtemps. La peau qui recouvre la partie malade est le siège d'une desquamation épithéliale et se recouvre d'écaillés furfuracées (Follin).

L'*induration* est une terminaison peu fréquente du phlegmon. Les symptômes aigus disparus, il persiste une tuméfaction rénitente avec quelques phénomènes douloureux. Cette terminaison pourrait jusqu'à un certain point être regardée comme un passage de l'affection à

l'état chronique. Mais il faut s'empresse d'ajouter que sous le nom de *phlegmon chronique* on a décrit les lésions les plus diverses, depuis des gommés syphilitiques jusqu'à l'induration du tissu cellulaire symptomatique des altérations des os ou des articulations (Cornil et Ranvier).

Toutefois il nous a été permis de voir dans deux circonstances des phlegmons de la main et de l'avant-bras consécutifs l'un à une morsure de chat, l'autre à une blessure, rester très-longtemps indurés et finir par se résorber sans suppuration. Cliniquement n'avait-on pas affaire à de véritables *phlegmons chroniques*?

Lorsque le phlegmon *suppure*, la rougeur, la chaleur, la tuméfaction, augmentent, les douleurs deviennent lancinantes, enfin un point de la tumeur se ramollit, devient fluctuant, et il se fait un *abcès* (voyez *Abcès chauds*). Souvent des frissons erratiques, réguliers ou irréguliers, annoncent la terminaison par suppuration.

Quant à la *gangrène*, elle est rare, paraît résulter de la texture serrée des parties malades, de l'étranglement des tissus enflammés (pieds, mains, etc.), ou bien parfois de la cause productrice du phlegmon (inoculation de matières septiques). Le plus souvent, la portion de tissu cellulaire mortifié est éliminée par la suppuration des parties qui l'avoisinent (Follin).

*Diagnostic.* — Il est en général facile; la rougeur de la peau, la tuméfaction circonscrite du tissu sous-cutané, font distinguer le phlegmon superficiel, de l'angioleucite, de la phlébite et de l'érysipèle. Le phlegmon profond pourra être confondu avec l'ostéite, la périostite, parfois avec de simples douleurs rhumatismales siégeant dans les muscles (Follin).

*Pronostic.* — Il est d'autant plus sérieux que le phlegmon est plus profond et plus étendu. Il faut aussi tenir compte de la région où s'est développée la maladie, de sa cause probable et de sa terminaison possible.

*Étiologie.* — Quelquefois le phlegmon se développe sans cause appréciable; le plus souvent il résulte d'un traumatisme, de la présence d'un corps étranger, comme un projectile, une esquille osseuse, etc.

L'inoculation d'une matière septique peut provoquer un phlegmon simple et circonscrit du tissu cellulaire.

*Traitement.* — Au début on doit utiliser les *émissions sanguines*

*locales* et même *générales* dans le cas où la fièvre est très-intense. Les sangsues ont surtout pour effet de diminuer la douleur (Malgaigne). Quelques auteurs ont préconisé l'emploi des *ponctions* multiples faites avec un bistouri étroit (Velpeau).

Les *antiphlogistiques* : bains, cataplasmes émollients, sont aussi indiqués. Serre (d'Uzès) a conseillé l'emploi des *onctions mercurielles*.

Dans les cas de suppuration et de gangrène, on traite comme on le fait des abcès et de la gangrène. La *compression* ne peut être utilisée que pour faciliter la résolution et diminuer l'induration qui parfois succède au phlegmon.

BIBLIOGRAPHIE. — J.-F.-M. Humbert, *Du phlegmon profond des membres*, th. de Paris, 1822, n° 63. — Serre (d'Uzès), *Nouv. trait. spéc. et abortif de l'infl. de la peau et du tissu cellulaire, etc.*, Montpellier, 1834. — Murat et A. Bérard, *Phlegmon circonscrit*, in *Diet. de méd.* en 30 vol., t. XXIV, p. 263, Paris, 1841 (Bibliogr.). — Billroth, *Infl. aiguë du tissu cellulaire*, in *Élém. de path. chr. génér.* (trad. franç.), p. 322, Paris, 1868. — Ibid., *Ueber d. Verbreitungswege der entzündlichen Prozesse in Sammlung Klin. Vorträge*, série I, n° 4, 1870. — Cornil et Ranvier, *Infl. du tissu conjonctif, etc.*, in *Manuel d'histologie pathologique*, 2<sup>e</sup> partie, p. 446, Paris, 1873. — Consulter en outre les classiques : Boyer, *Compend. de chirurgie*, Nélaton, Follin, etc., ainsi que la bibliographie des *Abcès*.

### § 2. — Phlegmon diffus.

Le phlegmon diffus est l'inflammation aiguë, non circonscrite, du tissu cellulaire, avec tendance à envahir les couches celluluses voisines et à produire leur mortification (Follin).

Cette lésion grave a été encore désignée à tort sous les noms d'*érysipèle phlegmoneux*, de *phlegmon érysipélateux*, de *phlegmon gangréneux* (Nélaton).

*Anatomie pathologique.* — Les lésions qui caractérisent le phlegmon diffus sont variables selon l'époque à laquelle est arrivée cette redoutable maladie.

Au début, le tissu cellulaire est hyperhémique, infiltré d'une sérosité rougeâtre ou opaline, gélatiniforme, ce qui le fait ressembler, a-t-on dit, à de la pulpe d'orange (Follin). Dans une deuxième période, la matière infiltrée est blanchâtre, demi-fluide et adhérente comme de la poix (*Comp. chir.*) aux aréoles du tissu conjonctif; parfois cette matière, qui n'est autre que du pus étendu en nappe, offre déjà toutes les apparences de la suppuration normale, sauf sa fluidité. Lorsque le phlegmon est situé sous des aponévroses, celles-ci présentent une teinte verdâtre caractéristique (Chassaignac), et au-dessous d'elles les

muscles sont recouverts d'une couche purulente, adhérente, d'un blanc vert.

Plus tard, le pus disséminé dans le tissu conjonctif devient liquide et s'écoule facilement; notons que ce pus n'est pas collecté et entouré d'une pseudo-membrane dite pyogénique, mais qu'il est répandu en nappe et infiltré dans les tissus. Tantôt bien lié, tantôt ichoreux et fétide, ce liquide est en contact direct avec les vaisseaux et les nerfs de la région atteinte.

Enfin une dernière période est caractérisée par la gangrène du tissu cellulaire qui limite les alvéoles incomplets où s'est répandu le liquide purulent. Ce tissu sphacélé fait issue au dehors sous la forme de masses comparables à des étoupes, à de la filasse, à des écheveaux de fil (Dupuytren), à de la peau de chamois mouillée (Duncan).

Les masses filamenteuses de tissu mortifié sont constituées par des fibrilles dissociées « au milieu desquelles on rencontre des granulations albumineuses pigmentées », des granulations graisseuses et des gouttelettes de graisse résultant probablement de la destruction des cellules adipeuses (Cornil et Ranvier).

Mais les lésions ne se bornent pas là; la peau décollée se gangrène; si le phlegmon est sous-aponévrotique, les muscles, les tendons, les os, sont isolés et se mortifient; les articulations sont ouvertes. Souvent les vaisseaux et les nerfs restent intacts au milieu du foyer purulent; toutefois on a signalé des ulcérations vasculaires donnant lieu à des hémorragies très-graves.

En fait, le phlegmon diffus est une véritable inflammation gangréneuse du tissu conjonctif; inflammation qui pour Chassaignac serait une sorte de *diphthérie interstitielle*, opinion reprise depuis par les Allemands. En effet, suivant Chassaignac, les eschares, la nécrose du tissu (Cornil et Ranvier) résulterait du dépôt de produits plastiques dans les aréoles du tissu cellulaire.

Notons encore que ce chirurgien a distingué avec raison un certain nombre de variétés dans le phlegmon diffus suivant le siège qu'il occupe :

- 1<sup>o</sup> Le phlegmon diffus *panniculaire*, quand les mailles du tissu adipeux sous-cutané sont surtout prises;
  - 2<sup>o</sup> Le phlegmon diffus *sus-aponévrotique* ou par *nappe purulente*;
  - 3<sup>o</sup> Le phlegmon diffus *sous-aponévrotique* ou profond;
- Enfin 4<sup>o</sup> le phlegmon diffus *total*, dans lequel un membre tout entier est infiltré de pus.

Un fait sur lequel on n'a pas assez insisté, c'est que le phlegmon diffus n'existe pas toujours seul et qu'il se complique souvent de phlébite, d'angioleucite, d'adénite, etc.

Quelques auteurs ont admis des lésions spéciales des fluides de l'économie et en particulier du sang, dans le phlegmon diffus, mais le fait reste encore à prouver (J.-A. Isnard).

*Étiologie.* — Cette affection est plus fréquente chez l'homme adulte que chez la femme, les vieillards et surtout les enfants.

Quelques conditions semblent prédisposer à cette inflammation, et en particulier la faiblesse générale, l'alcoolisme et surtout le diabète; aussi a-t-on admis son développement spontané. Quant aux causes efficientes, elles peuvent être fort légères, comme des écorchures, des contusions peu intenses; ou bien être fort graves, comme des plaies profondes, des écrasements, des fractures compliquées, etc.

Le contact du tissu cellulaire avec certains liquides de l'organisme (bile, urine) ou bien avec quelques liquides médicamenteux (teinture d'iode) ou septiques (1), donne souvent lieu à la mortification de ce tissu et au phlegmon diffus.

Les lésions des gaines tendineuses, et surtout de celles des doigts (Nélaton), les altérations des bourses séreuses (Dupuytren), provoquent trop fréquemment la naissance du phlegmon diffus.

Les opérations pratiquées sur les veines exposeraient aussi à cette redoutable complication; mais n'a-t-on pas eu souvent affaire à des phlébites suppurées?

Quant au développement épidémique, à la contagion de cette maladie (Duncan, Maclachlan), on ne peut rien affirmer à cet égard.

*Symptomatologie.* — Les phénomènes morbides auxquels donne lieu le phlegmon diffus débutent tantôt par des symptômes généraux, tantôt par des signes locaux. Lorsque ce sont les phénomènes généraux qui ouvrent la scène morbide, on observe de la fièvre, des nausées, de la céphalalgie, en un mot les signes qui caractérisent soit un exanthème, soit une fièvre continue à son début; puis apparaissent les phénomènes locaux d'une inflammation vive.

Les classiques admettent trois périodes dans le développement du phlegmon diffus: 1° une période *inflammatoire*; 2° une période de *mortification*; 3° une période d'*élimination des eschares*.

1° La douleur, d'abord peu intense, devient très-vive et s'accompagne d'un gonflement œdémateux (Dupuytren) assez rapide et toujours excessif des parties malades. Quelquefois les téguments offrent une teinte rosée, rouge; ou bien présentent des marbrures rouges disposées par plaques ou par lignes ondulées; parfois même la peau,

(1) Voyez les *Piqûres anatomiques*, p. 64.

presque noire ou livide, offre des phlyctènes remplies de sérosité sanguinolente (Béclard).

Les doigts, appliqués sur la partie malade, perçoivent une sensation spéciale (Duncan), tenant le milieu entre la mollesse de l'œdème, la dureté du phlegmon circonscrit et l'élasticité de l'emphysème.

Les malades se plaignent d'un sentiment de chaleur intense, de constriction violente siégeant aux points atteints. Les ganglions voisins sont souvent engorgés et douloureux.

Les symptômes généraux sont ceux d'une fièvre inflammatoire ou bien d'une fièvre avec adynamie ou ataxie.

A cette période le phlegmon peut encore se terminer par résolution (?) (Duncan), ou bien par la formation de petits abcès isolés les uns des autres.

2° Vers le quatrième ou le sixième jour (*Comp. de chirurgie*), les phénomènes inflammatoires paraissent s'amender, les parties sont moins rouges, moins douloureuses, moins dures, il semble y avoir de l'œdème (*œdème de retour* de Vidal). Cette rémission, qui est le signe de la mortification du tissu cellulaire, n'est pas toujours aussi nettement accusée qu'on l'a dit.

3° Enfin, la suppuration s'établit, la peau est amincie, décollée, perforée en plusieurs points par lesquels s'écoule un pus souvent mal lié, séreux, rougeâtre, quelquefois franchement phlegmoneux. Avec ce liquide s'échappent même des lambeaux sphacelés de tissu cellulaire, des portions de tendons et d'aponévroses.

Les perforations de la peau s'agrandissent, se réunissent; il en résulte de vastes clapiers, des décollements étendus où séjournent le pus et les parties gangrénées. C'est à ce moment qu'on a observé des hémorrhagies par ulcération des vaisseaux baignant dans le pus.

*Marche.* — La marche du phlegmon diffus est en général rapide, et souvent sa terminaison est funeste. Parmi les causes de la mort il faut noter: l'excès de réaction inflammatoire chez les individus affaiblis par l'alcoolisme, le diabète, etc.; la nature maligne de la lésion, lorsqu'elle suit l'inoculation de matières septiques.

Plus tard, lorsque la suppuration a lieu, le malade peut ne pas suffire à la réparation de ses tissus ou bien il est emporté par une complication comme la septicémie, l'infection purulente.

Lorsque la maladie guérit, ce n'est que très-lentement, et souvent même il en résulte des lésions fonctionnelles difficiles à combattre ou même absolument incurables, dues à la cicatrisation vicieuse des parties atteintes.

*Diagnostic.* — Lorsqu'il siège dans les couches superficielles, qu'il est sus-aponévrotique, le phlegmon diffus peut assez facilement se diagnostiquer.

Le *phlegmon circonscrit* superficiel donne lieu, avons-nous dit, à des symptômes locaux surtout et rarement généraux; de plus, les phénomènes inflammatoires sont tout à fait localisés, ce qui les différencie totalement du phlegmon diffus.

Les caractères de l'*érysipèle* sont assez bien tranchés pour qu'il soit d'ordinaire facile de le distinguer du phlegmon diffus; en effet le derme est gonflé, rouge, douloureux; les parties enflammées sont nettement délimitées par un bourrelet saillant caractéristique. Dans le phlegmon diffus, au contraire, le derme n'est atteint que par voisinage; aussi sa coloration va en s'atténuant sur les parties périphériques, ou bien elle est plus prononcée par endroits et forme des marbrures rougeâtres.

Toutefois, il faut bien le dire, les dénominations d'*érysipèle phlegmoneux*, de *phlegmon érysipélateux*, données au phlegmon diffus, indiquent que dans certains cas le diagnostic est difficile; c'est surtout lorsque la suppuration apparaît dans l'*érysipèle*; mais encore ici, cette suppuration est superficielle, se produit principalement sur le trajet des lymphatiques et par points isolés, enfin on ne trouve pas le tissu cellulaire sphacélé comme dans le phlegmon diffus (Lorde-reau, Cadiat).

Nous étudierons plus loin les caractères différentiels de la *phlébite* et de l'*angioloécite*, affections qui, nous le répétons, coexistent souvent avec le phlegmon diffus.

Quant au phlegmon diffus *profond*, il est souvent très-difficile à diagnostiquer non-seulement du phlegmon circonscrit sous-aponévrotique, mais surtout des lymphangites profondes, des périostites phlegmoneuses aiguës (ostéomyélites), affections désignées en masse par notre maître Chassaignac sous le nom pittoresque de *tiphus des membres*.

*Pronostic.* — Il est très-grave, surtout chez les gens affaiblis, alcooliques ou bien atteints du diabète. Nous avons déjà dit que la suppuration interminable qu'entraîne cette affection prédispose les malades à tous les accidents des plaies et particulièrement à la septicémie ou à la pyohémie.

*Traitement.* — Il est local et général.

Le *traitement local* du début consiste surtout à obtenir la résolution de l'inflammation et à éviter la production du pus et des es-

chares. Le membre doit être placé dans une position élevée (Gerdy), puis on a conseillé les *émissions sanguines*, les *sangsuës*, les *bains*; moyens souvent insuffisants.

Les *vésicatoires* (Petit de Lyon, Dupuytren, Rigaud de Strasbourg), les *cautérisations au fer rouge*, les *onctions d'onguent mercuriel*, sont assez peu employés et font perdre du temps (Follin).

La *compression* méthodiquement faite a été conseillée comme moyen abortif par Theden, Bretonneau, Velpeau, Follin; mais elle est toujours difficile à bien appliquer et peut produire de graves accidents entre des mains inexpérimentées.

Dobson a préconisé comme traitement abortif les *ponctions* avec une lancette, ponctions faites trois et quatre fois en 24 heures et pénétrant jusqu'à 1 centimètre au-dessous du derme. Ce procédé a réussi une fois à Follin.

Mais de toutes les méthodes abortives la meilleure serait celle des incisions nombreuses et larges, la méthode des *débridements*. Tandis que Béclard conseillait les incisions superficielles et n'intéressant pas toute l'épaisseur du derme, Hutchinson, Lawrence, Earle, Dupuytren, etc., les faisaient assez longues et profondes, jusqu'à l'aponévrose; il faut même aller au delà si cette membrane paraît altérée et offre une teinte jaune verdâtre (Chassaignac). Pour éviter la gangrène des téguments compris entre ces incisions, on doit espacer celles-ci d'au moins 1 centimètres (Follin).

Pour Chassaignac, qui admet la formation du pus dès le début du phlegmon diffus véritable, on conçoit qu'il n'y ait jamais qu'une méthode rationnelle à employer, celle des incisions multiples et profondes.

Quoi qu'il en soit, si le phlegmon suppure, il faut utiliser les pansements antiseptiques, excitants, les injections détersives, faire des contre-ouvertures et user du drainage (Chassaignac).

Les lambeaux de tissu cellulaire doivent être réséqués à mesure qu'ils se présentent à l'extérieur; il faut toujours éviter de les arracher, ce qui peut exposer à des hémorragies; celles-ci ont pu nécessiter l'application d'une compression méthodique avec de l'amadou et une bande (Denonvilliers). Enfin dans les cas graves on peut être conduit à lier un vaisseau volumineux ou bien à faire une amputation.

Le *traitement général* doit être surtout tonique; il faut donc rejeter la pratique des anciens chirurgiens, qui conseillaient la diète et les saignées. Les alcooliques, les préparations de quinquina, sont indiqués dans la plupart des cas.

BIBLIOGRAPHIE. — Hutchinson, *On the treat. of erysipelas by incision*, in *Med.-chir. transact.*, vol. V, p. 278, London, 1814. — Colles, *Fatal consequences resulting fr. slight wounds, etc.*, in *Dublin hosp. rep.*, vol. III, p. 200, et vol. IV, p. 241, 1827. — A. Duncan, *Case of diffuse infl. of the cellular texture, etc.*, in *Transact. of the Med. a. surg. Society of Edinburgh*, 1824, vol. I, p. 470. — Ch. Fournier, *Dissert. sur le phlegmon diffus*, thèse de Paris, 1827, n° 131. — Dobson, *On the tr. of erysipelas, etc.*, in *Medico-chirurg. transact.*, vol. XIV, p. 206, 1828. — W. Lawrence, *Obs. on the nat. and treat. of erysipelas, etc.*, in *Ibid.*, vol. XIV, p. 1, 1828. — Maclachlan, *Report of consecutive cases of traum. erysipelas, etc.*, in *Edinb. med. and surg. journ.*, vol. XLVIII, p. 352, 1837. — Dupuytren, *Du phlegmon diffus, etc.*, in *Leçons orales de cl. chirurgicale*, t. IV, p. 430, 3<sup>e</sup> éd., 1839. — Godin, *Mém. sur le phlegmon diffus*, in *Arch. gén. de méd.*, 2<sup>e</sup> série, t. XV, p. 397, 1837. — Murat et Bérard, *Phlegmon diffus*, in *Dict. en 30 vol.*, t. XXIV, p. 267, 1841 (Bibliogr.). — Hacque, *Du phlegmon diffus*, th. de Paris, 1854, n° 155. — Chassaing, *Mém. sur l'empl. du drainage dans le tr. du phlegmon diffus*, in *Gazette méd.*, p. 255, 1856, et *Traité de la suppuration, etc.*, t. I, p. 233, 1859. — J.-G. Meder, *De l'emploi du vésicat. dans le trait. du phlegmon diffus*, th. de Strasbourg, 1856, n° 378. — A. Isnard, *Ét. sur le phlegmon diffus*, th. de Paris, 1870, n° 84. — Cadiat, *Note sur l'érysipèle phlegmoneux*, in *Journ. de Van. et de la phys.* de Robin, 1874, p. 410. — Lordereau, *De la suppuration dans l'érysipèle*, thèse de Paris, 1873, et *Arch. gén. de méd.*, vol. I, p. 276, 1874.

## ARTICLE III. — TUMÉFACTIONS ET TUMEURS.

§ 1<sup>er</sup>. — Œdème.

On désigne sous le nom d'œdème l'infiltration des mailles du tissu cellulaire par un liquide séro-albumineux.

*Division.* — Suivant son siège, son étendue, sa cause, l'œdème a été divisé en un grand nombre de variétés, ce qui tient à ce qu'en fait l'œdème est plutôt une lésion symptomatique qu'essentielle.

L'œdème peut donc être local ou général, et dans ce dernier cas il prend le nom d'*Anasarque* (1); il peut être sous-cutané, sous-muqueux, sous-séreux, etc. (*Comp. de chirurgie*); enfin on a admis l'existence d'œdèmes *actifs* ou *passifs*, les premiers se caractérisant surtout par l'exhalation d'un liquide contenant de la fibrine et se rapprochant beaucoup du liquide qu'on rencontre dans le phlegmon au début.

*Étiologie et Pathogénie.* — Nous ne pouvons exposer ici tout ce qui

(1) Voyez A. Tardieu, *Manuel de pathol. et de clinique médicales*, 4<sup>e</sup> édition, 1873, p. 382 et suiv.

se rapporte à la pathogénie de l'œdème, c'est là une question de pathologie générale des plus complexes; nous n'insisterons donc que sur les causes productrices qui rentrent dans le domaine de la pathologie externe.

Parmi les causes les plus fréquentes de l'œdème, on doit citer en première ligne les maladies des veines, et plus spécialement celles qui déterminent leur oblitération et un obstacle mécanique à la circulation (Lower, Bouillaud, etc.). La ligature, la compression des veines, les varices, leur obstruction par un caillot primitif (*thrombose*) ou consécutif à l'inflammation de leur paroi (*phlébite*), telles sont les lésions qui entraînent le plus souvent à leur suite l'infiltration séro-albumineuse du tissu cellulaire. Parfois même cette infiltration devient fibrino-albumineuse, il y a un véritable œdème inflammatoire; tel est le cas de la *phlegmatia alba dolens* des femmes en couches ou des sujets cachectiques (tuberculeux, cancéreux, etc.) (Trousseau).

Les affections des vaisseaux et des ganglions lymphatiques peuvent aussi donner naissance à de l'œdème, mais souvent il s'agit d'œdème inflammatoire avec altération du côté de l'enveloppe cutanée (Tiechmann, Rindfleisch, Virchow). En un mot, il se développe des lésions qui, cliniquement, diffèrent de l'œdème véritable. Pour J. Renaut, au contraire, les lésions des lymphatiques et de la peau résulteraient de l'œdème lui-même, comme nous le verrons à l'anatomie pathologique.

Quelques lésions des artères et des capillaires, et surtout l'inflammation qui se développe dans un tissu vasculaire, donnent naissance à l'œdème dit inflammatoire, résultat probable d'une augmentation de tension dans les vaisseaux avec exomose d'un liquide non pas séro-albumineux, mais fibrino-albumineux.

Enfin une dernière cause d'œdème a été plus spécialement signalée dans ces derniers temps, c'est lorsqu'il existe une altération du système nerveux, altération déterminant de la paralysie ou bien au contraire des phénomènes d'irritation. Dans ces cas, on explique l'œdème par la production d'une tension vasculaire exagérée, sous l'influence d'une lésion des vaso-moteurs (Ranvier).

Nous n'avons rien dit de l'œdème généralisé, des épanchements séreux qui naissent sous l'influence des affections cardiaques, pulmonaires, des lésions du foie, de la rate, des reins, etc.; il s'agit là de maladies qui sont du domaine de la pathologie externe (1).

Quant aux infiltrations séreuses qui résultent d'altérations du sang

(1) Voyez Tardieu, *loc. cit.*, p. 382.