

La proposition de *laver* ou *d'irriguer* avec une solution antiseptique la cavité dès qu'on l'a vidée, pour enlever les produits de dégénérescence inflammatoire, paraît être bonne en théorie; chaque fois qu'il y a eu putréfaction, il faut le faire si possible. Mais ces manipulations ne sont sûres et utiles que si la situation et la forme de l'abcès sont favorables. Quand il s'agit d'un abcès chronique simple, de dimension modérée, avec une membrane pyogénique bien distincte, ce lavage met souvent un terme à la suppuration, et la guérison est plus rapide. Par contre, dans les abcès consécutifs à une maladie osseuse ou articulaire, ce traitement peut faire beaucoup de mal, surtout si les processus sont aigus, si le pus est en quantité considérable, la membrane limitante mince et élastique, et si le drainage est rendu difficile par la situation de la cavité. Dans ce cas, une irrigation peut transporter des produits inflammatoires dans des régions jusqu'alors indemnes; elle peut être nuisible aussi en ce qu'elle oblige à déranger les malades, à moins de très grandes précautions. M. Callender a recommandé une méthode dite d'*hyperdistension*, dans laquelle on injecte sous pression de l'acide phénique dans la cavité, de manière à la remplir complètement et à mettre le liquide en contact avec chaque point de la surface de la membrane pyogénique. On répète cette injection jusqu'à ce qu'elle revienne sans mélange de pus. Cette manœuvre est parfois très utile, mais je connais plusieurs cas où elle a été employée pour des abcès de l'espèce mentionnée en dernier lieu, et où il s'en est suivi une suppuration aiguë avec fièvre intense.

Recommandons fortement la *méthode de Lister*

pour l'ouverture des abcès; elle est sûre et commode. Elle consiste à inciser largement sous le spray phéniqué, à bien drainer avec des tubes introduits dans la cavité, et à panser avec la gaze phéniquée. Mais cette méthode est passible de la même réserve que nous avons faite à propos de l'aspiration et de l'hyperdistension. Bien que l'évacuation du pus ait été satisfaisante, il se reforme aussi longtemps qu'il y a une affection osseuse ou articulaire en activité, entretenant la suppuration. Les résultats attribués à cette méthode — guérison immédiate de grands abcès sans reproduction du pus — se rencontrent dans la règle seulement en cas d'abcès chronique simple ou d'abcès résiduels.

Les abcès situés au cou, ou dans tout autre endroit où il est important d'éviter une cicatrice, seront ouverts avant que leur maturation ait amené le décollement et le ramollissement du tissu cellulaire sous-cutané et arrêté la nutrition de la peau. En attendant trop longtemps, en cas de suppuration glandulaire, par exemple, l'épiderme, aussi bien que le tissu cellulaire, sont détruits, ce qui amène la formation d'une cicatrice adhérente, creuse et irrégulière. Par contre, si le pus s'écoule par une incision faite dans une peau saine encore, la cicatrice est linéaire et à peine visible. Pour assurer l'évacuation du pus, il est bon d'introduire pendant quelques jours dans la cavité de l'abcès une étroite bande de gutta-percha. Les petits abcès situés près de la peau seront ouverts avec un ténotome à lame étroite, qu'on introduit là où le pus est le plus voisin de la surface; s'ils sont plus profonds, on suivra la méthode de Hilton.

## FISTULES

Quand la suppuration a eu lieu, l'évacuation du pus, qu'elle soit spontanée ou artificielle, est suivie dans des conditions normales par la cicatrisation complète de l'ouverture par où le pus s'est écoulé. Bien des circonstances peuvent cependant retarder ou empêcher cette issue favorable; l'ouverture se rétrécit, prend de très petites dimensions, mais n'arrive pas à l'occlusion complète. Il reste un canal étroit, parfois long et tortueux; quelquefois, il ne donne issue qu'à quelques gouttes de pus, ou même paraît fermé définitivement. A un moment donné, il se rouvre, et laisse échapper du pus normal, ou un fluide aqueux ou séro-purulent mélangé peut-

être d'un peu de sang. Tout canal conduisant ainsi de la peau dans les parties molles est un *canal fistulaire*. Citons comme exemples très ordinaires les fistules de l'aîne ou du cou après suppuration des glandes lymphatiques, celles qui partent de la peau d'un moignon d'amputation pour aboutir à l'os ou au périoste malades, celles qui pénètrent dans le sein, dans un testicule scrofuleux. Une *fistule* est un trajet anormal qui aboutit à une des cavités ou un des canaux naturels revêtus d'une muqueuse, ou se termine près de cette cavité, ou fait communiquer deux cavités de ce genre voisines. Les fistules sont quelquefois *congénitales* (par exem-

ple les fistules branchiales, ombilicales, quand l'ouraque, ou le canal omphalo-mésentérique, reste ouvert à l'ombilic); les fistules salivaires, intestinales se voient après une *lésion traumatique*, les fistules vésico-vaginales après une *gangrène*; les fistules consécutives aux tumeurs malignes entre le rectum et la vessie se forment par *ulcération*. Dans plusieurs variétés de fistule, il y a continuité directe entre la peau et la muqueuse, ou entre les deux muqueuses tapissant les cavités que la fistule relie. D'autres fistules au contraire ne sont qu'un canal plus ou moins long, tapissé de bourgeons charnus de mauvaise nature.

La description qui précède a pour but de distinguer entre une *fistule* proprement dite, qui communique avec une muqueuse, et un *canal fistulaire* quelconque. Cependant dans la pratique, non seulement dans le cas particulier d'une fistule anale borgne, mais aussi en général, on désigne ces deux variétés simplement par le terme de *fistules*; ainsi nous parlons d'une fistule conduisant sur un os nécrosé, dans une articulation malade. Les fistules proprement dites, recto-vésicales, salivaires, etc., seront étudiées dans d'autres chapitres, et les remarques suivantes ont essentiellement trait aux canaux fistulaires résultant de la cicatrisation défectueuse après une suppuration.

### Dimension des fistules; leur structure.

La dimension et la structure des fistules varient suivant l'affection à laquelle elles sont reliées, suivant leur âge, le degré d'inflammation qui les accompagne, et bien d'autres circonstances encore. Elles peuvent être assez petites pour passer facilement inaperçues si elles ne sont pas révélées par les liquides qui sortent de leur ouverture; d'autres fois, elles ont un large orifice. Les fistules peuvent être constituées par un canal étroit, à parois molles, traversant des tissus sains; telles sont celles qui servent à évacuer la petite quantité de pus produit par un fragment d'os *nécrosé* ou *carié*, ou par une *racine dentaire nécrosée*. Les parois sont dures, épaisses ou calleuses dans les fistules qui s'établissent au cours d'une *affection articulaire* chronique ou d'une *nécrose osseuse* considérable, qui datent de loin et sont placées dans des tissus enflammés depuis longtemps et à plusieurs reprises. Les fistules consécutives à une *plaie par arme à feu* ou à une *plaie simple* suivies de gangrène et de perte de substance sont des canaux de direction et de calibre irréguliers, avec des ramifi-

cations secondaires et des culs-de-sac. Ces fistules passent à travers des parties qui sont transformées sur une certaine épaisseur en tissu cicatriciel résistant, et dans lesquelles la guérison par rapprochement des parois est fort difficile. La fistule qui suit une *affection scrofuleuse* des glandes lymphatiques ou d'une synoviale a les caractères de la maladie initiale; les tissus de ses parois sont mous, spongieux, et il s'y produit souvent des ulcérations et des décollements.

Les *bourgeons charnus* qui revêtent les fistules ont comme celles-ci bien des aspects différents. Dans les cas récents, ils sont mous, élastiques, exubérants, et prêts à se cicatriser aussitôt après la suppression de la cause qui entretient la fistule. Dans les cas anciens, ils sont pâles, peu saillants, faibles, semblables à ceux d'un ulcère indolent de la peau. Les bourgeons des fistules scrofuleuses se rattachent aux tissus d'organisation imparfaite qui caractérisent les ulcérations cutanées de cette nature. En un mot, le revêtement intérieur présente dans les processus d'ulcération ou d'inflammation toutes les modifications que l'on observe sur les parties exposées à la vue, — comme durée, caractère ou degré. L'examen microscopique confirme ce qui précède. Les cellules des bourgeons charnus peuvent être normales, et le pus présente au microscope les caractères du pus louable; plus souvent, les bourgeons sont mal développés, le pus qui en provient est de mauvaise nature, mêlé à des fragments de globules sanguins et à beaucoup de débris moléculaires et gras.

*Aspect de l'orifice.* — L'aspect de l'orifice fistulaire et de la peau avoisinante varie avec l'état des parties profondes, et en est le témoin. L'orifice peut se trouver au milieu d'une peau normale, être petit, entouré de bourgeons charnus sains, couverts de pus louable; ou bien, il peut être caché par des bourgeons pâles, œdématiés, sécrétant un liquide séreux; ses bords sont parfois irréguliers, décollés, entourés de peau livide, congestionnée et détachée par ulcération du tissu cellulaire sous-jacent; ou bien enfin, l'ouverture peut se trouver au fond d'une ulcération scrofuleuse. Si la fistule donne passage à l'urine, la peau environnante est épaissie, macérée, rouge et grossièrement mamelonnée. Dans les cas déjà anciens, chez un malade épuisé, quand les tissus voisins sont durs et résistants, l'orifice reste béant en pavillon de trompette et se couvre d'un tissu cicatriciel lisse, presque sans bourgeons. Les fistules empruntent une partie

de leurs caractères aux tissus qu'elles traversent. Elles ont quelquefois une longueur considérable quand elles cheminent parallèlement à des tendons ou quand elles se sont formées dans des gaines tendineuses, quand elles sont les canaux de décharge d'abcès logés dans des bourses muqueuses sous des muscles sains, par exemple sous le fessier, le deltoïde, sous de larges expansions aponévrotiques, au creux poplité, au cou. Elles sont irrégulières et tortueuses, pourvues de ramifications et de canaux de second ordre, quand elles traversent des organes disposés en étages successifs séparés par du tissu cellulaire lâche, par exemple dans la paroi abdominale.

#### Formation des fistules.

Les principales conditions dans lesquelles les fistules se forment, peuvent se résumer comme suit :

1° Conditions qui retardent *mécaniquement* l'écoulement du pus. La suppuration a lieu par exemple à une certaine distance de la peau, dans du tissu cellulaire peu serré, sous l'expansion aponévrotique d'un grand muscle, ou sous des parties composées de plans successifs qui glissent l'un sur l'autre, comme dans la paroi abdominale. Ou bien le pus est logé profondément et l'ouverture externe est insuffisante, de façon que l'écoulement se fait mal et que le pus stagne.

2° Une *source permanente d'irritation*, même insignifiante, suffit pour entretenir la production d'un peu de pus, ou même peut-être seulement d'un peu de liquide séreux. C'est, par exemple, une racine de dent nécrosée, une mince exfoliation osseuse, une petite étendue de périoste ou une gaine tendineuse malade, la rétention de matière caséuse dans une glande, ou un corps étranger, fragment de verre, morceau de vêtement, introduit dans le corps par une balle ou tout autre mécanisme, etc.

3° Une *maladie constitutionnelle*, les troubles de la santé peuvent occasionner des abcès et à leur suite des fistules, par exemple, la fièvre typhoïde, la scarlatine. La diathèse tuberculeuse agit de même et prédispose à la fistule anale.

4° Le *liquide sécrété par une glande*, en s'échappant hors de son canal d'évacuation normal (lacrymal, salivaire), peut donner lieu à la formation d'une fistule. En opérant des kystes dermoïdes ou autres, si on n'enlève pas complètement la membrane qui les revêt, la portion laissée en arrière continue à sécréter un liquide

séreux ou séro-purulent; ce liquide s'écoule sans cesse, parfois en très petite quantité, il est vrai, mais c'est là cependant une infirmité très désagréable pour le malade.

#### Diagnostic des fistules.

Il est ordinairement facile de reconnaître une fistule à l'existence d'une ouverture étroite, donnant issue à une quantité de pus plus forte qu'on ne pourrait l'admettre d'après l'étendue apparente du mal.

En outre, des pressions méthodiques pratiquées sur les environs ou des mouvements imprimés à la partie augmentent presque constamment l'écoulement liquide. Le diagnostic est évident, surtout si le liquide qui s'écoule offre les caractères de quelqu'un des liquides qui se trouvent dans une cavité naturelle du corps.

Mais en tous cas l'examen direct sera nécessaire soit pour s'assurer de l'existence même de la fistule et de son origine, soit, s'il n'existe pas de doute à ce sujet, pour étudier son trajet. Cet examen se fait au moyen d'un stylet qu'on introduit doucement dans l'ouverture en donnant différentes directions pour chercher dans quel sens il peut pénétrer. Cette introduction est souvent délicate à cause des sinuosités du trajet et des anfractuosités qui arrêtent la pointe du stylet. Cependant, avec de la patience, il est rare qu'on ne parvienne pas au fond de la fistule ou à son orifice interne. Si le stylet métallique ne parvient pas à tourner les obstacles, on y arrive souvent au moyen de bougies flexibles, mais elles ont l'inconvénient de donner moins de notions sur les causes et les complications de la maladie. C'est au moyen du stylet qu'on constate la présence de clapiers, de trajets secondaires, et enfin celle des corps étrangers, ou des surfaces osseuses altérées.

Dans la recherche de la communication d'une fistule avec une cavité naturelle, lorsque le stylet ne peut traverser, on emploiera avec avantage des injections colorées ou contenant quelque réactif facile à retrouver. On a proposé ainsi l'injection iodée dans les fistules anales pour démontrer la communication avec l'intestin. L'injection, dans la vessie, d'un liquide coloré a donné à Desormeaux (1) des résultats utiles dans des fistules urinaires, où les caractères de l'urine n'étaient pas évidents dans le liquide qui s'écoulait de la fistule, tandis que la présence,

(1) Desormeaux, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1871, t. XIV, p. 745.

dans ce liquide, de la matière colorante, ne peut laisser aucun doute.

Chaque espèce de fistule, pour ainsi dire, a des signes particuliers.

#### Traitement des fistules.

Voici les principaux jalons du traitement : enlever les corps étrangers et toute autre source d'irritation; ouvrir la fistule et exciter le développement des bourgeons charnus; établir des moyens d'écoulement suffisants, soit par incision, soit par dilatation des orifices préexistants, soit par création de contre-ouvertures; prescrire le repos; employer le drainage, la compression, les injections, les cautérisations, l'autoplastie; et enfin, ce qui est souvent un adjuvant essentiel à tout traitement local, — relever l'état général du malade.

*Enlever une cause d'irritation morbide*, c'est un traitement qui réussit dans bien des cas où les autres méthodes ne comptent que des succès.

Chaque chirurgien rencontre des fistules qui ont été traitées par des incisions, des injections et d'autres moyens encore sans aucun résultat; à un moment donné, on découvre dans quelque source d'irritation le pourquoi de cet état rebelle. Comme exemple fréquent de ces cas difficiles, citons les fistules qui s'ouvrent sur la figure, près du rebord alvéolaire des mâchoires, et qui dépendent de quelque racine dentaire nécrosée et recouverte par la gencive.

Lorsqu'une fistule renferme des corps étrangers, on doit avant tous les extraire, toutes les fois que leur position permet de le faire sans danger.

Mais parfois les corps étrangers échappent par leur nature aux recherches du chirurgien; cela arrive souvent pour les portions de vêtements qu'une balle abandonne dans son trajet à travers les chairs ou au fond d'une plaie (1). Lors donc qu'on a des raisons d'admettre la présence d'un semblable corps étranger, il faut dilater la fistule et la maintenir aussi largement ouverte que possible au moyen de mèches, et, si elle a deux ouvertures, au moyen de gros drains, dont on se sert en même temps pour faire des injections qui peuvent entraîner ce qui se trouve sur leur passage. Lorsque ce moyen échoue, on réussit souvent à provoquer l'expulsion du corps étranger, en favorisant la cicatrisation d'une des ouvertures, tandis qu'on maintient l'autre aussi ouverte que possible.

(1) Voy. plus loin, *Plaies* in *Encyclopédie de chirurgie*, t. II.

Une fois qu'une des ouvertures est fermée, il arrive ordinairement que la suppression s'accumulant derrière le corps étranger, le repousse et finit par l'amener à l'orifice laissé ouvert.

L'incision de la fistule est une méthode souvent en usage, par exemple à l'aîne, à l'anus. Après avoir incisé complètement le canal principal et toutes ses ramifications, on place de la charpie ou toute autre substance analogue entre les surfaces de section, de manière à ce que la cicatrisation se fasse par un bourgeonnement parti du fond de la plaie. S'il s'agit d'une ancienne fistule calleuse, on fera bien, une fois le canal ouvert, de sectionner aussi la paroi opposée jusque dans les tissus sains qu'elle masque; on peut aussi râcler la surface interne indurée de la fistule ou y appliquer un caustique. Quand on est empêché de se servir de bistouri par la faiblesse du malade, ou par sa frayeur exagérée, on peut diviser les parois de la fistule avec un *fil*, que l'on passe à travers le canal et que l'on serre peu à peu, ce qui partage les tissus situés entre la peau et la fistule. Cette méthode est longue d'ailleurs, et elle est abandonnée sauf dans quelques conditions spéciales. La *ligature élastique* est plus expéditive que la ligature simple; elle est quelquefois très utile.

Un bon *drainage* est souvent indispensable, surtout quand le pus stagne dans le tissu cellulaire lâche au-dessous de l'orifice, ou à grande distance de celui-ci. Il faut aussi un drain dans les abcès des grosses glandes, au sein par exemple, où les décollements surviennent aisément. Les

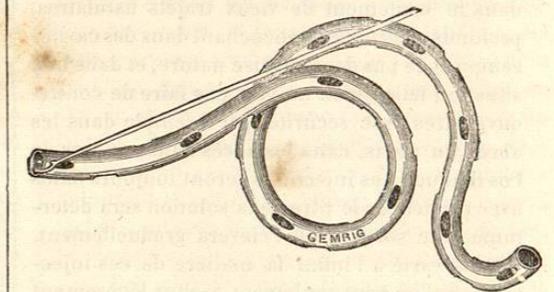


Fig. 590. — Introduction d'un drain au moyen d'un stylet bifurqué.

tubes de caoutchouc rouge, d'un usage vulgaire aujourd'hui pour le pansement des plaies, sont les meilleurs pour le drainage. Les os décalcifiés disparaissent trop vite, et les tubes faits avec un fil de métal enroulé en spirale, dont l'emploi a été recommandé, ne valent pas mieux que les tubes de caoutchouc, et sont plus coûteux; leur introduction est plus difficile et plus pénible

pour le malade. On glissera le drain dans la cavité de l'abcès (par exemple, avec un stylet bifurqué, V. fig. 590), ou bien on le fera sortir par un point plus déclive de la cavité, où l'on aura fait une *contre-ouverture*. Celle-ci est souvent indispensable, par exemple dans les vastes décollements sous le fascia lata, dans le voisinage de grandes articulations, ou chose plus rare, après un phlegmon diffus au sein ou au cou. Il est quelquefois avantageux de passer un *fragment de corde goudronnée*, ou une *mèche d'étoupe enduite d'onguent résineux* à travers la fistule. Ces substances assurent le drainage et constituent en même temps un pansement stimulant.

Le repos est essentiel quand la fistule se trouve dans une situation telle qu'elle subit des mouvements, qu'elle est déplacée par la contraction des muscles voisins. Beaucoup de fistules de l'aîne, du sein ou de l'aisselle, d'autres qui communiquent avec des gaines tendineuses, ne se ferment qu'à la condition de se trouver dans un repos parfait, soit par le séjour au lit, soit par la fixation sur une gouttière, ou l'application exacte d'un appareil autour du membre.

La *compression* est utile en cas de fistules récentes ou superficielles, à la condition que les parties malades puissent être fixées sur un point d'appui résistant. C'est ce qui a lieu au sein, où la compression se fait bien contre le thorax, à l'avant-bras, à la tête, aux moignons d'amputation. Mais si la compression ne peut pas être uniforme, elle est nuisible plutôt qu'utile.

Les *injections* donneront de bons résultats dans le traitement de vieux trajets fistulaires, profonds et tortueux, débouchant dans des cavités remplies de pus de mauvaise nature, et dans une situation telle qu'on ne peut pas faire de contre-ouvertures avec sécurité (par exemple dans les abcès du psoas, dans les abcès situés autour de l'os iliaque.) Les injections seront toujours faites avec prudence; le titre de la solution sera déterminé avec soin, et on l'élèvera graduellement.

On a varié à l'infini la matière de ces injections. Si l'on veut seulement exciter légèrement ou désinfecter les trajets, on emploie l'eau miellée, l'alcool pur, ou diverses préparations dont il est la base, le vin pur, le vin sucré ou le vin aromatique, le chlorure de chaux, l'acide phénique en solution plus ou moins étendue. Comme injection désinfectante, et surtout lorsque la maladie offre quelque caractère scrofuleux ou syphilitique, on emploie beaucoup les solutions d'iode, la liqueur de Guibourt, avec ou sans addition d'eau, la teinture d'iode pure, ou même le caustique d'iode, composé d'iode dis-

sous dans son poids d'eau, au moyen de l'iodure de potassium. Ces préparations ont l'avantage de se prêter à presque toutes les indications et de convenir dans une foule de cas.

Il y a longtemps déjà qu'on se servait des préparations de cuivre dans les fistules entretenues par des portions d'os ou de tissu fibreux malades ou mortifiés. Boyer recommandait, dans ces cas, le baume vert de Metz, qu'on employait en injection, ou dont on imprégnait des bourdonnets de charpie ou des mèches, pour panser les fistules à parois fongueuses, ou pour agir sur les tissus malades dont on voulait hâter l'élimination; ce baume était composé de :

Huile de lin.....	} aa....	200 grammes.
Huile d'olive.....		
Térébenthine.....	60	—
Huile volatile de genièvre.....	19	—
Deutocarbonate de cuivre.....	12	—
Aloès succotrin.....	8	—
Sulfate de zinc.....	6	—
Essence de girofle.....	4	—

Depuis longtemps on en avait abandonné l'usage, lorsque Notta (de Lisieux) (1) emprunta à la médecine vétérinaire, pour l'introduire dans la thérapeutique chirurgicale, la liqueur de Villate; médicament à la fois d'une composition plus simple et d'une action plus énergique, dont voici la formule :

Sous-acétate de plomb liquide...	30 grammes.
Sulfate de cuivre cristallisé. } aa.	15 —
Sulfate de zinc cristallisé... }	
Vinaigre de vin blanc.....	200 —

Il est très important d'employer du vinaigre de vin

Desormeaux emploie journellement cette mixture depuis l'époque où Notta l'a fait connaître, et il en a retiré d'excellents effets (2).

On doit commencer par la mélanger d'eau dans la proportion d'une partie de liqueur pour deux ou trois parties d'eau, parce que la liqueur pure causerait des douleurs vives à beaucoup de malades. Ce n'est donc qu'au bout de quelques jours qu'on l'emploiera sans mélange. Suivant la profondeur des fistules, on l'injecte dans les trajets, ou bien on en imbibé des mèches ou des boulettes de charpie qu'on porte jusque sur les parties malades.

Le premier effet de ce pansement est de dé-

(1) Notta, *De l'emploi de la liqueur de Villate dans le traitement des affections chirurgicales*. Paris, 1878.

(2) Desormeaux, article FISTULE, p. 778.

terminer une inflammation qui augmente chaque jour. Lorsque cette inflammation paraît suffisante, on cesse l'usage du médicament, pour le reprendre au bout de quelques jours, lorsque l'inflammation est tombée. Ordinairement c'est au bout de quatre à huit jours qu'il faut arrêter les pansements à la liqueur de Villate; cependant on peut, dans certains cas, l'employer plus énergiquement, et il m'est arrivé souvent de l'injecter avec avantage pendant plusieurs semaines de suite. Bien dirigé, ce traitement est un des meilleurs pour hâter la chute des séquestres ou des eschares et modifier l'état des parties voisines de la fistule. Dans des cas d'une gravité moindre, ou bien après la liqueur de Villate, on peut employer la teinture d'aloès, pure ou étendue d'eau. C'est encore une pratique empruntée à la médecine vétérinaire et qui donne de très bons résultats.

*Cautérisations*. — Il n'y a rien de préférable au galvano-cautère, ou au thermo-cautère. Le cautère actuel est très utile pour cicatriser les fistulettes qui restent après la réussite des autoplasties, ainsi que pour les trajets fistulaires très courts qu'il serait difficile de fermer par une de ces dernières opérations. Il est bon toutefois

de ne pas oublier que le cautère actuel guérit en créant du tissu cicatriciel; si son emploi n'est pas suivi de succès, il laisse les parties malades encore plus rebelles aux autres moyens thérapeutiques.

*Opérations*. — Quand la fistule donne passage à l'urine ou à une autre sécrétion, il est indispensable de débiter par rendre à ces liquides leurs canaux de sortie naturels. Jamais par exemple on ne réussit à fermer une fistule au périnée avant que l'urètre ait repris son calibre normal. Par contre, une fois l'urètre dilaté, bien des fistules se ferment spontanément. Les *autoplasties* ne rentrent pas dans notre sujet, et seront décrites ailleurs, avec les principes sur lesquels reposent leurs différentes méthodes.

*Traitement général*. — S'il le faut, on ajoutera au traitement les toniques, et on recommandera un changement d'air. On doit penser à la possibilité de la tuberculose, renvoyer une opération quand il s'agit d'abcès résultant d'une maladie qui vient de se terminer, par exemple d'une maladie infectieuse. Si l'on a le moindre soupçon de syphilis, il faut avant toute opération prescrire au malade un traitement basé sur le mercure ou l'iodure de potassium.

## PHLEGMON DIFFUS

Quand la suppuration est la conséquence d'une inflammation aiguë chez des personnes affaiblies par l'âge, les maladies organiques, l'abus de l'alcool, les privations prolongées, le séjour dans les pays chauds ou par d'autres causes analogues, le pus, au lieu de se rassembler dans une cavité bien définie de manière à constituer un abcès, peut se répandre au loin dans les tissus. Cette diffusion du pus se rencontre de la manière la plus évidente et la plus étendue dans les grandes masses de tissu cellulaire lâche, au bassin, par exemple. Mais on la constate fréquemment aussi dans le tissu cellulaire sous-cutané, et dans les espaces intermusculaires, aux membres, au cou, à l'aisselle, dans la fosse ischio-rectale, autour du rectum, au sein, au cuir chevelu, etc. On la voit aussi dans le canal médullaire des os, formant une espèce particulière d'ostéo-myélite, après une fracture comminutive ou une amputation.

Dès son début, le phlegmon diffus a une marche très rapide et très destructive. Au bout de trente-six heures, quelquefois même bien auparavant, tout le tissu cellulaire du bras, de

la jambe, aussi bien sous la peau qu'entre les muscles, peut être infiltré de pus et déjà gangrené. La peau est décollée, détachée des couches profondes, et les muscles, les tendons, les gros vaisseaux sont mis à nu par la destruction de leurs gaines. Dans le phlegmon diffus du cou, le pus peut cheminer rapidement sous les couches de l'aponévrose profonde, arriver dans le médiastin antérieur et dans le tissu cellulaire entourant le péricarde. Quand le tissu connectif lâche situé sous les muscles épicroaniens devient le siège d'un phlegmon diffus le cuir chevelu peut être soulevé dans sa totalité par une grande collection purulente située entre les muscles et le péricrane.

### Symptômes du phlegmon diffus.

En constatant la présence d'une inflammation aiguë chez un malade appartenant à l'une des catégories que nous avons énumérées, on n'oubliera pas que la suppuration prendra probablement le caractère d'un phlegmon diffus. La nature de l'inflammation peut être méconnue,