

proprement dits sont composés d'une armature de *platine* de forme variée qui devient rouge cerise et rouge blanc, dès que, par un artifice très-simple, on fait passer, à travers la lamelle ou le fil de platine, le courant électrique. Lorsqu'on se sert d'un simple fil, on peut avoir une *ligature coupante*.

La galvano-caustique présente les avantages suivants, dont quelques-uns ont été peut-être exagérés : 1° de prévenir l'hémorragie ; à mesure que le fil de platine traverse les tissus, il les cautérise et produit la coagulation du sang dans les vaisseaux ; 2° d'agir rapidement et énergiquement, ce qui diminue l'intensité de la douleur ; 3° de limiter exactement les effets de l'opération ; 4° de pouvoir brûler et couper les parties profondes inaccessibles à l'instrument tranchant ou impossibles à atteindre sans danger ; 5° de donner lieu à la formation de bourgeons charnus de bonne nature ; 6° d'éviter au patient le spectacle effrayant d'un morceau de fer rougi par le feu et rapproché des parties à détruire.

La galvano-caustique a reçu des applications nombreuses : pour arrêter des hémorragies fournies par des organes plus ou moins profondément situés ; pour cautériser les nerfs de la pulpe dentaire, ou pour faire des raies de feu sur le trajet des troncs nerveux qui sont le siège de névralgies ; pour détruire certaines tumeurs cancéreuses ; pour cautériser ou inciser les fistules ; pour la destruction de certains rétrécissements urétraux infranchissables ; pour obtenir l'oblitération des cellules qui composent les tumeurs érectiles ; pour l'ablation des tumeurs pédiculées superficielles ; pour l'amputation de certains organes, tels que le pénis, le clitoris et même des portions de membre ; pour l'ablation des polypes de diverses cavités muqueuses, etc.

DEUXIÈME PARTIE

MALADIES

DONT LES DIVERS TISSUS ET LES DIVERS ORGANES PEUVENT ÊTRE AFFECTÉS

CHAPITRE I.

MALADIES DE LA PEAU.

ARTICLE I.

De l'érysipèle.

L'érysipèle est une inflammation de la peau, caractérisée par une rougeur diffuse, avec tuméfaction légère, tension, sensibilité à la pression, douleur et chaleur à la fois âcre et mordicante.

Causes. L'érysipèle se montre sur toutes les régions du corps, et dans l'ordre de fréquence, au visage, au cou, sur les membres inférieurs, au scrotum, au sein, etc. Les femmes en sont peut-être plus souvent atteintes que les hommes ; aucun tempérament, aucune constitution n'en sont à l'abri ; le printemps et l'automne semblent le plus favorables à son développement ; tous les médecins ont, d'ailleurs, remarqué que l'érysipèle se montre à certaines époques chez un grand nombre d'individus à la fois et qu'il présente alors une forme *épidémique* ; de même encore on le voit quelquefois sévir dans certaines localités, notamment dans certaines salles d'hôpital, ce qui lui donne la forme *endémique*. Dans les salles de blessés, l'érysipèle se propage parfois au point d'atteindre successivement un grand nombre de malades. Qu'il y ait dans ce cas *contagion miasmatique*, ou *directe* d'un malade à un autre, il est d'usage de s'abstenir de toute opération sanglante, pendant le cours de semblables épidémies. L'érysipèle peut être la conséquence d'une transition brusque de température, d'une suppression de règles, d'une alimentation irritante, de l'abus des alcooliques. La maladie se développe parfois à la suite de contusions, de plaies de toutes sortes, d'opérations chirurgicales légères ou graves. L'érysipèle est, d'après quelques médecins, plus fréquente dans certaines familles que dans d'autres.

Symptômes. L'érysipèle débute tantôt par des symptômes locaux, tantôt par des symptômes généraux : frissons, soif, anorexie, lassitude, fièvre, on constate parfois un engorgement des ganglions lymphatiques de la région malade avant l'apparition des phénomènes locaux.

Bientôt se montre, sur une surface plus ou moins étendue de la peau, une rougeur superficielle, variant du rosé clair au rouge foncé, mal circonscrite, disparaissant sous la pression du doigt pour reparaître ensuite, se terminant insensiblement sur les limites de la partie malade par une teinte jaunâtre. Cette rougeur est accompagnée d'une tuméfaction de la peau, qui est rénitente et un peu raboteuse; d'une chaleur âcre, de cuisson, de tension et parfois d'un prurit désagréable. Les tissus sous-jacents sont eux-mêmes plus ou moins tendus et l'afflux des liquides y est parfois assez considérable pour donner lieu à un œdème du tissu cellulaire. Les mouvements de la partie malade sont difficiles et douloureux; les fonctions des organes environnants perverses par la tuméfaction de la peau, qui produit le rétrécissement ou l'oblitération de certains orifices, tels que ceux des paupières dans l'érysipèle de la face.

Dès que l'érysipèle occupe une surface un peu étendue, il existe des symptômes généraux, alors même que ceux-ci n'ont pas précédé le développement de la maladie : accélération du pouls, chaleur générale, céphalalgie, anxiété, insomnie ou somnolence, anorexie et parfois nausées ou vomissements.

Au bout de quelques jours, les symptômes généraux diminuent d'intensité; la rougeur de la peau devient brunâtre, le gonflement et la tension sont moins marqués, l'épiderme se détache et donne lieu à une desquamation par plaques; enfin, la peau reprend sa couleur normale, ou bien, au contraire, elle conserve, pendant quelque temps, une coloration rouge brunâtre. En général, il faut sept à neuf jours pour que ces différents phénomènes s'accomplissent.

Anatomie pathologique. Lorsque le malade succombe peu de temps après l'apparition de l'érysipèle, on ne trouve qu'une injection de quelques capillaires cutanés; si l'affection a duré plus longtemps, il existe une injection du réseau vasculaire sous-épidermique; plus tard encore, une infiltration de matière rougeâtre gélatiniforme dans ce même réseau, et une infiltration de sérosité sanguinolente dans le tissu cellulaire sous-cutané; enfin, à une période plus avancée, le tissu de la peau est uniformément rouge et combiné avec les liquides infiltrés.

Variétés. On voit quelquefois apparaître, à la surface de la peau envahie par l'érysipèle, de véritables phlyctènes ou des bulles; l'affection est alors désignée sous les noms d'érysipèle PHLYCTÉNOÏDE, BULLEUX, PEMPHIGOÏDE; d'autres fois ce sont des vésicules plus ou moins fines ou des pustules, en nombre plus ou moins considérable; cette variété a été nommée érysipèle VÉSICULEUX, ECZÉMATEUX, PUSTULEUX, MILIAIRE; plus rarement on voit des abcès se montrer dans un ou plusieurs points des parties enflammées. Dans le plus grand nombre des cas, l'érysipèle envahit une région circonscrite qu'elle ne dépasse pas, c'est l'érysipèle FIXE; dans d'autres circonstances,

l'érysipèle commence par une partie du corps et se propage de proche en proche aux autres régions, en suivant une route continue et en disparaissant au fur et à mesure dans les régions précédemment atteintes: c'est l'érysipèle AMBULANT; enfin, on voit quelquefois l'érysipèle se porter brusquement d'une région à une autre plus ou moins éloignée: c'est l'érysipèle ERRATIQUE.

Diagnostic. Nous indiquerons plus loin les caractères qui distinguent l'érysipèle du phlegmon diffus de l'angioleucite, de la phlébite (*voyez ces divers articles*). La marche de la maladie et l'examen attentif des symptômes ne permettront pas de confondre l'érysipèle avec l'urticaire, la rougeole, la scarlatine, une variole confluyente; l'érythème se distingue de l'érysipèle par l'absence de gonflement de la peau, la dissémination des plaques érythémateuses, leur disparition rapide, l'absence de fièvre.

Pronostic et traitement. L'érysipèle n'est pas grave, à moins qu'il ne survienne dans le cours d'une autre maladie; il présente plus de danger lorsqu'il se montre sous la forme ambulante ou erratique.

Les moyens généraux que l'on a préconisés pour combattre cette affection sont les émissions sanguines et les éméto-cathartiques. Nous croyons ces derniers bien préférables; ils sont d'autant mieux indiqués qu'il existe un enduit blanchâtre de la langue, de l'inappétence, des nausées, du dégoût pour les aliments. On peut administrer l'*ipécacuanha* à la dose de 4 gramme associé à 5 centigrammes de tartre stibié, ou bien encore du sulfate de soude à la dose de 30 à 45 grammes avec addition de 5 à 10 centigrammes d'émétique. Hamilton et Ch. Bell ont préconisé l'*alcoolature de chlorhydrate de fer*, à la dose de 15 à 20 gouttes toutes les deux heures; Yvaren, la *teinture alcoolique de belladone*, à la dose d'une goutte par jour, dans l'érysipèle des nouveau-nés.

Des topiques de diverse sorte ont été employés: cataplasmes de fécule de pomme de terre; fomentations émollientes; farine sèche de froment ou de seigle; sulfate de fer en solution (20 grammes pour 500 d'eau) ou en pommade (8 grammes pour 30 d'axonge); onctions mercurielles; eau blanche; éther camphré chez les nouveau-nés; lotions avec une solution de sublimé (5 centigrammes pour 32 grammes d'eau); collodion soit pur, soit associé à l'huile de ricin, celle-ci entrant dans le mélange pour un quinzième.

Lorsque l'érysipèle prend la forme ambulante ou erratique, on a proposé, dans le but de fixer la maladie dans une région circonscrite, de couvrir la partie malade de cataplasmes sinapisés ou d'un large vésicatoire; Larrey employait dans ce cas la cautérisation avec le fer rouge.

ARTICLE II.

Du clou ou furoncle.

Le furoncle est une tumeur inflammatoire, circonscrite, dure, élevée en pointe dans son milieu, se terminant par suppuration et par l'élimination d'une substance blanc-grisâtre appelée *bourbillon*.

Causes. Le furoncle se montre sur tous les points du corps, spécialement à la partie interne des cuisses, aux fesses, au cou, au dos, à la face, sur les membres supérieurs, et notamment sur la face dorsale des mains; il est rarement solitaire, et le plus souvent plusieurs clous apparaissent, soit simultanément, soit successivement. Il se développe sous l'influence d'une mauvaise nourriture ou d'un régime excitant, notamment par l'usage immodéré du café noir; d'un état saburral, d'irritations de la peau de toutes sortes, et quelquefois sans cause appréciable.

Symptômes. Le furoncle est caractérisé par une tumeur d'un rouge plus ou moins vif, à base large, se perdant dans le tissu cellulaire sous-cutané, à sommet acuminé et peu saillant, bien circonscrite, d'un volume qui varie entre celui d'un pois et celui d'un œuf de pigeon, très-douloureuse. Cette tumeur ne tarde pas à se ramollir, et, au bout de quelques jours, il se forme à la partie la plus élevée une petite ouverture qui, d'abord, donne issue à du pus et, plus tard, à une masse grisâtre désignée sous le nom de *bourbillon*; ce dernier une fois expulsé, la cavité purulente qui le renfermait se resserre et finit par se cicatriser. On ne s'accorde pas sur la nature du bourbillon. Dupuytren le considérait comme formé par le tissu cellulaire graisseux sous-dermique gangrené par la compression ou par l'étranglement auquel il est soumis de la part des aréoles fibreuses de la face profonde du derme; d'autres pathologistes, Gendrin, Bérard, Denonvilliers, pensent que c'est une matière plastique sécrétée par les aréoles du tissu cellulaire enflammé, sécrétion pseudo-membraneuse analogue aux fausses membranes des séreuses. Aujourd'hui, le plus grand nombre des chirurgiens, plaçant le siège primitif du furoncle dans l'appareil glandulaire pilo-sébacé de la peau, soutiennent que c'est la glande sébacée elle-même, siège primitif du mal, qui se mortifie et devient le point de départ du travail d'élimination. Nous adoptons cette interprétation.

Le furoncle se termine le plus souvent par suppuration; quelquefois, mais rarement, par résolution; plus rarement encore, le furoncle, après être entré dans la période de résolution, s'enflamme de nouveau pour suppurer ensuite. Dans quelques circonstances, la peau qui recouvre la tumeur se mortifie, ce qui retarde beaucoup la guérison. On a signalé, dans quelques cas de simples furoncles du cou ou de la face, l'explosion de phlébites purulentes nées de la partie malade et propagées par les veines ophthalmiques jusqu'aux sinus caverneux, qu'on a trouvés, ainsi que l'arachnoïde, remplis de pus. On comprend toute la gravité d'une pareille complication.

Diagnostic. Le furoncle est facile à reconnaître; c'est une affection en général peu grave, mais quelquefois extrêmement douloureuse; dans certaines régions, dans le conduit auditif externe notamment, il cause des souffrances que les narcotiques énergiques sont impuissants à calmer.

Traitement. Quelques chirurgiens ont proposé, dans le but de faire cesser les douleurs vives qui accompagnent le furoncle, de l'inciser de bonne heure, afin de faire cesser cet étranglement du tissu cellulaire graisseux auquel Dupuytren faisait jouer un si grand rôle dans la production du bourbillon. Cette pratique est formellement rejetée par Boyer; A. Bérard

et Denonvilliers réservent le débridement pour les cas où le furoncle est accompagné de douleurs excessives. Dans la plupart des cas, il suffit de soumettre la partie malade à l'application de topiques émollients et relâchants: cataplasmes de farine de lin ou de féculé, bains d'eau tiède ou d'eau de guimauve; on calme la douleur par l'administration de préparations narcotiques ou par l'application sur la tumeur de cataplasmes arrosés de laudanum. Lorsque le furoncle marche lentement vers la suppuration, on le recouvre d'un emplâtre d'*onguent de la mère*. Une fois que le sommet de la tumeur s'est perforé, on facilite la sortie du bourbillon par une pression modérée. On a proposé de faire *avorter* le furoncle, en le cautérisant, dès le moment de son apparition, avec un crayon de pierre infernale. L'application constante de compresses imbibées d'une solution, aussi concentrée que possible, de chlorate de potasse, a réussi entre les mains de Küss (de Strasbourg). Chez les sujets qui ont une éruption successive de furoncles pendant plusieurs semaines, il convient d'administrer les purgatifs et des infusions de plantes dépuratives.

ARTICLE III.

De l'anthrax.

L'anthrax diffère du furoncle, non-seulement par le volume de la tumeur, qui est plus considérable dans le premier cas, mais encore par la nature de la maladie, qui semble circonscrite dans les follicules pilo-sébacés quand c'est un furoncle, tandis qu'elle occupe les aréoles profondes du derme dans l'anthrax.

L'anthrax se montre plus spécialement dans le dos, à la nuque, aux parois abdominales, aux fesses. Son développement semble se rattacher aux mêmes causes que celui du furoncle. L'influence du *diabète* ne saurait être contestée, d'après les observations de plusieurs praticiens et d'après ce que nous avons noté nous-même.

L'apparition de l'affection locale est quelquefois précédée de fièvre, d'anorexie, de nausées. Il se forme au début une tumeur circonscrite, dure, tendue, d'un rouge livide, couverte d'une peau luisante, accompagnée de douleurs vives et brûlantes. Bientôt ces douleurs deviennent plus intenses encore; l'épiderme se soulève, et au-dessous de lui se voit le derme, avec une couleur livide et une tension très-marquée. Au bout de quelques jours, et après des souffrances horribles, le derme se perforé en plusieurs points, et ces ouvertures donnent passage à quelques gouttelettes de pus d'abord, puis à de véritables bourbillons. Quand la peau ne s'est pas mortifiée elle-même en grande partie, elle est décollée dans une grande étendue, criblée d'un grand nombre d'ouvertures; bien plus souvent, elle est convertie en escarres, à l'élimination desquelles succède une plaie plus ou moins vaste, dont la cicatrisation ne s'opère qu'avec lenteur. Dans quelques cas fort rares, dont nous venons d'observer un exemple sur un diabétique, atteint d'un vaste anthrax de la nuque, qui s'est terminé d'une manière

funeste, l'affection s'accompagne de gangrène, qui se propage à la fois en surface et en profondeur, et donne lieu à des désordres horribles.

L'anthrax est, en général, accompagné de quelques phénomènes réactionnels qui sont une conséquence et du travail inflammatoire dont la peau est le siège, et des douleurs très-vives qu'éprouve le patient. Dans les cas où la maladie se termine par la mort, le sujet présente d'abord les symptômes d'une fièvre inflammatoire accompagnée d'un état saburral de la langue; mais au bout de quelques jours, alors que la gangrène se propage en surface et en profondeur dans la région affectée, la langue devient rouge et sèche, il y a inappétence et soif inextinguible; le pouls est très-fréquent et irrégulier; le malade est pris d'agitation et de délire, d'un hoquet continu ou intermittent; il a des selles diarrhéiques involontaires, et succombe en présentant tous les phénomènes d'une fièvre ataxo-dynamique. On a aussi noté comme complications l'érysipèle et l'infection purulente.

On distingue l'anthrax du phlegmon par la tension très-forte et la couleur livide de la peau, par les douleurs dont il est accompagné, par l'induration très-forte sur laquelle repose la base de la tumeur. Le charbon malin présente des caractères particuliers qui ont été exposés à la page 131.

Le traitement de l'anthrax est fondé sur les mêmes données que celui du furoncle. Boyer est partisan de l'incision tardive de la tumeur, c'est-à-dire alors seulement que le centre en est ramolli, fluctuant, ce qui a pour but, suivant lui, de favoriser la sortie de la masse mortifiée. Dupuytren veut que l'on fasse de bonne heure une incision cruciale sur la tumeur, pour produire un dégorgeement des tissus enflammés et pour en combattre l'étranglement; la plupart des chirurgiens modernes ont adopté cette pratique, surtout en vue de faire cesser la douleur, qui ne cède guère que sous l'influence du débridement. On peut, d'ailleurs, hâter dès le début le ramollissement de la tumeur, en la couvrant de cataplasmes émollients si l'inflammation est très-marquée, de topiques maturatifs si l'inflammation est languissante. On s'attachera surtout à combattre les violentes douleurs dont l'anthrax est accompagné, par l'administration de préparations narcotiques. Lorsque l'inflammation se propage au loin et menace le malade d'un vaste phlegmon ou d'un phlegmon diffus, il faut employer un traitement antiphlogistique énergique. On secondera l'élimination des parties mortifiées, par l'application d'onguents digestifs; on retranchera avec précaution, au moyen de pinces et de ciseaux, les lambeaux de tissu cellulaire et de peau gangrénés; enfin, on surveillera et on favorisera la cicatrisation de la plaie qui succède à l'anthrax par les moyens précédemment exposés (voy. *Plaies et Gangrène*). Si l'anthrax est étendu et qu'il s'accompagne d'un état typhoïde grave, quelques chirurgiens n'hésitent pas, après avoir pratiqué le débridement multiple, à cautériser le fond des incisions avec le cautère actuel, espérant ainsi changer la nature de l'inflammation. C'est dans ces cas qu'il convient de soumettre le malade à une médication interne tonique et stimulante.

ARTICLE IV.

Productions cornées.

Il se développe parfois sur certains points du tégument externe, indépendamment de toute altération, des excroissances qui ressemblent, par leur forme, leur consistance et leur structure, aux cornes de certains animaux.

On en a signalé la présence sur toutes les parties du corps: la face interne des cuisses, les pieds, les mains, la région sternale et la coccygienne. Elles sont le plus fréquentes au crâne et à la face. Tantôt il n'existe qu'une seule excroissance; tantôt le même sujet en offre plusieurs sur diverses régions. Une jeune fille, citée par Heschl, en présentait seize, au pavillon de l'oreille et à l'une des jambes.

La longueur des cornes est variable; on en a observé de 30 centimètres depuis la base jusqu'au sommet. Il en est de même pour le diamètre, qui peut atteindre 3 à 4 centimètres au niveau du point d'implantation de la production cornée. Celle-ci offre, en général, la configuration d'un cône à extrémité libre mousse; elle est tantôt rectiligne dans toute l'étendue, tantôt recourbée à sa terminaison, où elle présente parfois une bifurcation. Elle est le plus souvent de couleur brunâtre, et d'une teinte plus claire à mesure qu'on se rapproche de la portion libre. La surface présente des cannelures longitudinales et des stries transversales. La consistance est variable dans les diverses portions de la production cornée: en général, celle-ci est dure au sommet et molle à la base, qui consiste parfois en une cavité remplie de matière sébacée. Dans d'autres cas, la base est très-dure.

Les cornes sont formées par un dépôt successif de couches d'épiderme sur un point de la surface de la peau. Les cellules d'épithélium qu'on rencontre à la base sont plus petites, plus globuleuses et munies d'un noyau plus distinct que les cellules du sommet de la production morbide. Parfois les papilles de la portion du tégument externe, au niveau de laquelle la corne a pris naissance, ont subi une hypertrophie.

Les cornes sont insensibles par elles-mêmes; mais les mouvements qu'on imprime à leur base sont parfois très-douloureux.

Abandonnées à elles-mêmes, ces productions s'accroissent parfois au point d'atteindre les dimensions que nous avons indiquées. Elles peuvent se séparer spontanément de leur point d'implantation, pour repousser de nouveau dans quelques cas. On a signalé la possibilité du développement d'un cancroïde ulcéré à la place qu'elles occupaient.

Tout ce qui se rattache à leur étiologie est obscur. On a remarqué que les gens âgés, les femmes, les sujets appartenant aux classes pauvres, en sont plus souvent affectés que ceux qui se trouvent dans des conditions opposées. Notons que les productions cornées se développent non-seulement à la surface de la peau, mais encore des muqueuses, et qu'on en a aussi rencontré parfois à la face interne des kystes dermoïdes du cuir chevelu, qu'elles peuvent traverser pour se montrer au dehors (voy. p. 461).

Indépendamment de la difformité qu'elles constituent, lorsqu'elles se développent sur une région habituellement découverte du corps, les cornes sont une cause permanente de douleurs lorsqu'elles sont froissées dans certaines attitudes. Ainsi, une jeune fille, citée par Fabrice de Hilden, ne pouvait se tenir debout, ni s'asseoir, ni se coucher sur le dos.

Le seul traitement rationnel est l'*extirpation* : au moyen de deux incisions semi-elliptiques, se regardant par la concavité et se réunissant par les extrémités, on cerne la base de la corne et la portion de peau à laquelle elle adhère ; on emporte l'une et l'autre par dissection. On réunit ensuite les lèvres de la plaie par première intention.

ARTICLE V.

Cancer de la peau.

Le cancer primitif de la peau est très-rare ; il peut se présenter sous forme de *squirrhe*, d'*encéphaloïde*, de *mélanoïde* ; ces trois variétés de cancers cutanés présentent les caractères que nous avons étudiés précédemment (p. 189 et 190).

Au début, la maladie simule une affection sans gravité. On constate, en un point de la peau, un petit tubercule indolent d'abord, qui devient bientôt le siège de vives douleurs et ne tarde pas à s'ulcérer. Quelquefois, au voisinage du tubercule cancéreux primitif, on voit se développer de nombreux tubercules semblables au premier. Dans cette affection, l'engorgement ganglionnaire et l'infection générale surviennent très-promptement.

Le cancer cutané primitif peut être confondu avec l'*épithélioma* ; on évite l'erreur en se rappelant les caractères que nous avons assignés à cette dernière affection (p. 187).

La *KÉLOÏDE* (de *χηλή*, crabe ; *εἶδος*, forme ; à cause de la ressemblance de la production morbide avec la forme générale d'un crabe) diffère du cancer de la peau par ses caractères physiques, sa nature, sa marche. Elle se présente au début sous la forme d'un petit tubercule dur, luisant, arrondi ou ovalaire, situé dans les couches les plus profondes du derme. Lorsqu'elle a subi un certain accroissement, elle s'est tantôt étendue en longueur (*kéloïde cylindracée*) ; tantôt elle a pris la forme d'une plaque carrée ou ovalaire pourvue de prolongements sur les côtés. La surface de la tumeur est souvent sillonnée de brides épaisses. La production morbide est dure et résistante au toucher comme du cartilage ; pâle ou plus rouge que les tissus environnants ; elle a un siège de prédilection pour la région sternale ; est généralement indolente, ne s'accompagne pas d'engorgement ganglionnaire, s'accroît très-lentement et ne s'ulcère jamais spontanément. Elle est due à une hypertrophie circonscrite du derme, c'est-à-dire que le microscope la montre formée d'éléments cellulaires, de corps fusiformes et d'éléments fibreux.

En raison de la rapidité avec laquelle se fait la généralisation du cancer cutané, on ne saurait trop se hâter de l'enlever avec l'instrument tranchant ou de le détruire par les caustiques.

CHAPITRE II.

MALADIES DU TISSU CELLULAIRE.

ARTICLE I.

Inflammation du tissu cellulaire.

L'inflammation du tissu cellulaire est désignée sous le nom de *PHLEGMON*. Cette phlegmasie se montre sous deux formes : tantôt elle occupe une étendue circonscrite et n'a aucune tendance à envahir les parties voisines ; c'est le *phlegmon simple* ou *circonscrit*, dont l'étude se confond avec celle des abcès chauds ou phlegmoneux (voy. p. 98). D'autres fois, la phlegmasie a une tendance à envahir de proche en proche les couches celluluses voisines et à en produire la mortification ; elle prend alors le nom de *phlegmon diffus*.

PHLEGMON DIFFUS.

Le *phlegmon diffus*, ou *érysipèle phlegmoneux*, est l'inflammation aiguë et non circonscrite du tissu cellulaire.

Causes. Le plus souvent cette maladie occupe le tissu cellulaire sous-cutané, soit des membres, soit du tronc, soit de la tête ; quelquefois le tissu cellulaire profond des mêmes régions. Ce sont surtout les hommes adultes, notamment ceux qui exercent des professions pénibles, qui en sont atteints. L'affection se développe à la suite de blessures légères ou graves : la saignée, des piqûres faites par des instruments malpropres, ou en disséquant des cadavres récents ; des excoriations des extrémités des membres qui ont été négligées par les malades ; des brûlures, des plaies contuses avec décollement de la peau. L'infiltration de substances irritantes (urine, matières fécales) dans le tissu cellulaire donne lieu à une inflammation diffuse qui présente, dans beaucoup de cas, les caractères du phlegmon diffus. Cette phlegmasie peut aussi se développer après de grandes fatigues, ou même sans cause appréciable. Quelques auteurs ont cru reconnaître qu'elle est quelquefois épidémique ; d'autres ont pensé qu'elle est contagieuse, opinions qui demandent à être soumises à un examen sérieux avant d'être définitivement adoptées.

Anatomie pathologique. Au début, c'est-à-dire dans la première période, les aréoles du tissu cellulaire sont infiltrées d'une sérosité fluide, transparente ou rougeâtre ; les vaisseaux capillaires remplis de sang noir. Plus tard, ces mêmes aréoles contiennent une matière blanche, demi-fluide, adhérente au tissu conjonctif ; plus tard encore la matière infiltrée redevient fluide et se présente sous la forme de pus de nature variable : tantôt c'est un pus bien lié, tantôt c'est un pus séreux, ichoreux et fétide. Ce qui