

I

PHLEGMON CIRCONSCRIT ET ABCÈS CHAUD.

L'inflammation peut atteindre tous les tissus et se développer dans tous les organes, mais elle frappe plus fréquemment le tissu cellulaire, où elle prend le nom de *phlegmon*; *phlegmon circonscrit*, lorsque l'amas de pus se limite par une sorte de membrane; *phlegmon diffus*, lorsque du foyer primitif partent des décollements étendus et des fusées purulentes. Mais il ne s'agit plus déjà d'une inflammation simple; un élément septique s'y mêle sans doute, et nous ne parlerons du phlegmon diffus que dans un autre chapitre de ce livre.

Anatomie pathologique. — Au début des phénomènes inflammatoires, une incision précoce de la peau permettrait de constater l'existence d'un œdème gélatiniforme qui infiltre les mailles du tissu cellulaire : c'est une substance semi-fluide, mollé, semblable à de la pulpe d'orange et constituée par de la fibrine qui retient dans son réticulum des leucocytes, des hématies, des éléments sphériques à un ou plusieurs noyaux et déjà granuleux; ce sont des cellules plates conjonctives ainsi transformées par l'irritation.

Mais bientôt les vaisseaux dilatés et gorgés de sang s'entourent d'un véritable manchon de globules qui migrent au loin, s'insinuent partout et voilent sous leur masse blanche l'œdème aigu fibrineux de la première période. Nous savons déjà ce qu'il advient de cette agglomération : cellules et fibrilles, réseaux capillaires et terminaisons nerveuses se mortifient, se désagrègent et se transforment en un liquide épais qui tient en suspension des éléments figurés. Ce n'est plus d'un phlegmon qu'il s'agit, mais d'un *abcès* que l'on peut définir : une collection purulente dans une cavité de formation nouvelle. Nous allons en étudier le *contenu* et la *paroi*.

Le *contenu* est un liquide crémeux, homogène, jaune ou jaune verdâtre, parfois strié de sang; il est sans odeur et on l'appelle pus de bonne nature, louable ou phlegmoneux; au microscope, on aperçoit, au milieu de débris méconnaissables, des globules blancs et des globules rouges presque intacts, des globules de pus et de grandes cellules à granulations grasses. Les staphyloques dorés

abondent; on les distingue des fragments cellulaires par leur volume uniforme, leur homogénéité, leur réfringence et surtout leur association en amas qui rappellent les grappes de raisin. On en rencontre bien dans le sérum du pus, mais ils infiltrent de préférence les éléments figurés, cellules fixes du tissu conjonctif, protoplasma des cellules adipeuses, leucocytes, la surface des travées fibreuses et les thromboses ou les embolies fibrineuses qui oblitèrent le vaisseau.

La *paroi* inégale et anfractueuse est formée par les faisceaux du tissu conjonctif ramolli, refoulé par l'accumulation des globules blancs, tassés par la pression du pus et unis par une couche de fibrine. Cette sorte de « membrane pyogénique », comme on l'appelait autrefois, n'est pas organisée au sens propre du mot. Au-dessus, les tissus qui ont perdu leur souplesse sont légèrement œdémateux; on y trouve encore des leucocytes et des cellules fixes proliférées, mais au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la collection purulente, ces signes d'irritation disparaissent. Ici encore, les microbes abondent; on les rencontre même dans les points où s'ulcérera la peau, mais où il n'y a pas encore trace d'exsudation fibrineuse et de diapédèse; aussi peut-on en conclure avec Cornil que la migration des bactéries est la cause et non l'effet de l'inflammation.

Le pus des abcès chauds n'exerce que peu d'action sur les différents tissus au contact desquels il se trouve. Sans doute il décolle les traînées conjonctives où pénètrent les fusées purulentes, mais il respecte longtemps les aponévroses, les tendons et les muscles. Dans l'immense majorité des cas, les vaisseaux et les nerfs demeurent intacts. Nous ne parlons pas évidemment du réseau capillaire ou des ramuscules nerveux, qui se désagrègent avec les amas de leucocytes, mais des seuls gros troncs. Monod cependant a recueilli un certain nombre de cas où des artères et des veines ont été ouvertes dans un foyer d'abcès chaud, surtout au cou et au creux poplité.

Les séreuses en rapport avec les abcès s'épaississent et des néomembranes forment une barrière que le pus ne peut guère franchir : dans certains cas même, les deux feuillets s'enflamment et oblitèrent la cavité. C'est ainsi que des abcès du testicule, du foie et du poumon se sont évacués au dehors sans pénétrer dans la vaginale, le péritoine ou la plèvre. Il est vrai qu'on cite, comme exception à cette règle, le cas du fils de J.-L. Petit, chez lequel un abcès de l'aisselle se serait ouvert dans la cavité thoracique.

Étiologie. — Les phlegmons et les abcès qui leur succèdent peuvent apparaître sans causes appréciables, on les nomme alors phlegmons et abcès *idiopathiques*; mais il est probable qu'un léger traumatisme, une contusion ignorée auront provoqué quelques déchirures dans les tissus et le développement de phénomènes inflammatoires. Le plus souvent, en effet, c'est à la suite d'une violence extérieure, de la pénétration dans les chairs d'un corps étranger, écharde, projectile, éclat de pierre, que la suppuration se produit; elle succède aussi à certaines ruptures vasculaires, aux épanchements de sang et de sérosité, à l'infiltration de l'urine dans le périnée, de matières fécales sous la muqueuse de la marge de l'anus; au développement de parasites, kystes hydatiques et lombrics, au dépôt de calculs.

L'inflammation primitive d'un ganglion lymphatique, d'une articulation, d'un os, détermine parfois, aux environs, l'apparition d'une collection purulente: abcès *circonvoisin* ou de *voisinage*. Ajoutons qu'au cours d'une maladie infectieuse, fièvre typhoïde, scarlatine, variole, pyohémie, on observe des abcès dont l'évolution est souvent très rapide, et que l'on attribue d'ordinaire à la rupture de fibres musculaires altérées, à l'échauffement d'un foyer hémorragique circonscrit, et surtout à quelque embolie infectieuse partie d'une ulcération superficielle ou profonde. Pendant la convalescence de ces mêmes maladies infectieuses, apparaissent aussi des abcès *critiques*, caractérisés d'ordinaire par leur peu de réaction locale ou générale. Enfin Delpech a décrit, surtout chez les surmenés et les débilités, des abcès *soudains* dont le pronostic serait très grave; ils s'accompagnent d'une fièvre vive, d'un dévoiement fétide et d'une profonde altération des traits.

Symptômes. — Lorsque le phlegmon est *superficiel*, il présente les quatre caractères qui servaient à définir l'inflammation: tuméfaction, rougeur, chaleur et douleur. Au début, la tuméfaction est peu saillante, à base arrondie, d'une consistance plus grande, d'une moindre souplesse que celle des tissus qui l'entourent. La peau, plus chaude, est rose d'abord, puis d'un rouge vif que la pression du doigt ne fait pas disparaître. Elle est le siège d'une douleur parfois lancinante, parfois sourde et gravative, de battements en rapport avec les pulsations artérielles, et qui disparaissent ou s'atténuent lorsqu'on donne à la partie atteinte une position élevée qui diminue l'afflux du sang.

Lorsque le phlegmon est *profond*, il y a bien la même douleur, les mêmes battements, mais la tuméfaction est moins nette, plus étalée; la rougeur fait défaut et la chaleur s'accuse à peine; les parties sont lourdes, gênées; les mouvements sont inhabiles; mais bientôt, lorsque le pus se forme, la collection marche vers l'extérieur, soulève et détruit les aponévroses, arrive sous la peau, et les phénomènes ultérieurs sont alors les mêmes dans les deux variétés de phlegmons. Les symptômes généraux sont nuls d'ordinaire; cependant on cite quelques cas où un peu de fièvre s'allume: le sommeil est troublé, la soif est vive, la langue saburrale et la perte d'appétit plus ou moins complète; puis, lorsque le pus s'accumule, le malade éprouve parfois quelques légers frissons irréguliers.

La suppuration n'est pas absolument fatale et le phlegmon peut se terminer encore par résolution et par induration. La *résolution* est très rare; mais, dans les inflammations commençantes, une bonne thérapeutique amène parfois la disparition de la tuméfaction et de la douleur. Sans doute la diapédèse s'arrête; les globules de pus extravasés sont absorbés, dans les mailles conjonctives, par les origines des vaisseaux lymphatiques, et les tissus reprennent leur souplesse. L'*induration* n'est pas moins exceptionnelle; tuméfaction, chaleur, rougeur et douleur diminuent alors sans disparaître complètement; mais il faut un temps souvent fort long avant que se résorbent les leucocytes infiltrés, les cellules fixes proliférées, le réticulum fibreux qui entoure ces éléments, et qui font ressembler la trame du phlegmon induré au tissu du sarcome.

Lorsque la *suppuration* va se faire, la tuméfaction progresse, la rougeur devient sombre et violette; le doigt, si la douleur ne s'oppose pas à cette exploration, laisse son empreinte sur la peau œdématiée. Cette infiltration des téguments est très importante et peut, à elle seule, révéler dans certains cas la présence du pus. La douleur s'accuse encore, — sans doute parce que la tension augmente dans la cavité de l'abcès, — et s'accroît jusqu'à ce que la collection s'évacue. Il en est du moins toujours ainsi dans les abcès profonds, bridés par les aponévroses inextensibles. Mais il est des cas, au contraire, où l'inflammation s'apaise dès que le pus est collecté et s'étale sous une peau élastique et peu résistante. Peu à peu, les couches profondes du derme se désorganisent par le processus inflammatoire, les fibres de sa trame se désagrègent, et il ne reste plus que les

couches superficielles, — l'épiderme, — qui se rompent à leur tour; le pus s'écoule au dehors.

Lorsque la cavité est peu étendue, le pus, après une première et abondante évacuation, suinte encore au niveau de l'orifice pendant deux ou trois jours; puis la sécrétion se tarit, les parois se rapprochent et s'unissent, et l'ouverture se ferme par une cicatrice à peine visible. Mais si la collection est profonde et anfractueuse, s'il existe quelques fusées, si la peau décollée, bleuâtre et amincie, vient à se sphacéler, il faut un temps plus long avant que les bourgeons charnus combent les clapiers, et il reste souvent, comme vestige, une cicatrice fort apparente; il est même des cas où les parois, maintenues écartées par des plans aponévrotiques et des os, ne peuvent produire assez de bourgeons charnus pour remplir la cavité; il se forme une fistule, et c'est ainsi que se terminent certains abcès du sac lacrymal et de la fosse ischio-rectale.

On s'est beaucoup demandé par quel mécanisme le pus des collections profondes arrive jusqu'aux téguments. D'abord la loi n'en est pas formelle, et combien d'abcès ont décollé de vastes étendues avant qu'une ouverture fortuite de la peau permette enfin l'écoulement du liquide! Il est cependant possible que les contractions musculaires et les battements artériels poussent le pus vers la superficie. En tout cas il est incontestable que les fusées obéissent à la pesanteur et pénètrent dans les points où la résistance est la moindre. C'est ainsi que les collections migrent dans les parties les plus déclives, surtout lorsque les traînées celluluses facilement décollées leur ouvrent un libre passage.

Diagnostic. — Un abcès n'est pas toujours facile à reconnaître; cependant une douleur vive et bien limitée, cet œdème spécial que nous avons déjà signalé sur le point culminant de la tuméfaction, et surtout une sensation particulière désignée trop vaguement sous le nom de *fluctuation*, permettent le plus souvent d'affirmer l'existence d'une collection purulente.

La fluctuation mérite qu'on s'y arrête, non seulement parce qu'elle est pathognomonique d'une collection liquide, mais surtout parce qu'il faut savoir se reconnaître au milieu des sensations multiples que l'on a groupées sous ce nom. La fluctuation proprement dite, la sensation de *flot* n'existe guère dans les abcès; il faudrait une poche bien large et très peu distendue pour qu'on perçût, sous

la main qui explore, le passage d'une onde; le plus souvent, pour savoir si le pus est collecté, on place l'indicateur d'une main sur un point de la tuméfaction que l'on presse avec l'indicateur de l'autre main; le premier doigt est alors soulevé; il y a, d'un doigt à l'autre, transmission intégrale de la pression.

Lorsque la collection est trop petite, ou lorsqu'elle est située dans des régions trop profondes, — pharynx, vagin, extrémité inférieure du rectum, — pour qu'on puisse l'explorer avec les deux doigts, un seul y suffit; pour cela, il faut exercer une pression brusque sur le sommet de la tumeur: le liquide refoulé va frapper la paroi opposée et revient sous la pulpe du doigt. Cette sorte de choc en retour s'appelle encore fluctuation. Dans d'autres cas, la présence du pus est signalée simplement par une dépressibilité particulière de la peau amincie, qui cède en un point limité et semble fuir sous le doigt, tandis que, sur le pourtour, les téguments restent rigides. Enfin, lorsque la collection est profonde, étalée sous des aponévroses résistantes et des muscles épais, comme dans certains phlegmons de la cuisse, on applique à plat les deux mains au niveau de la tuméfaction et l'on refoule directement par l'une d'elles tout ce qui se trouve au-dessous. S'il existe du liquide, il fuit et va distendre les portions non comprimées de la poche qui soulève la main passive.

Quelques-unes de ces sensations, le soulèvement du doigt et de la main, le choc en retour, la transmission de pression, peuvent être simulées par des tumeurs solides. C'est ainsi qu'on a confondu, avec des collections liquides, des sarcomes ramollis, des amas de fongosités, des lipomes et même certains tissus normaux, des masses musculaires dans des gaines aponévrotiques épaisses et comprimées sur des plans osseux sous-jacents; surtout les muscles de la cuisse et le muscle pédiéux ont prêté à cette confusion. On comprendra combien une recherche attentive de tous les signes concomitants et l'histoire de la maladie seront utiles à consulter. En dernière analyse, une ponction exploratrice, avec les appareils aspirateurs connus, montrerait bientôt si, oui ou non, il y a collection purulente.

Traitement. — Des phlegmons à leur début ont été parfois arrêtés dans leur évolution: une compression méthodique avec la bande élastique à peine serrée ou avec l'appareil ouaté de Guérin, l'élévation des parties pour empêcher l'afflux du sang, quelques sangsues, des ponctions pratiquées, avec un bistouri étroit, sur

plusieurs points de la surface enflammée, les onctions d'onguent napolitain, tels sont les moyens les plus fréquemment employés. Mais nous leur préférons, lorsqu'ils sont applicables et que la région s'y prête, aux membres inférieurs et supérieurs par exemple, les bains antiseptiques chauds, continus ou longtemps prolongés; les panaris, les phlegmons de la main, de l'avant-bras et du bras, du pied et de la jambe, sont plongés dans un vase où la température de l'eau sera maintenue à 48, 50 ou 52 degrés. Le plus souvent la douleur cesse, et l'inflammation est conjurée.

Mais elle continue parfois; le pus alors se collecte : doit-on lui frayer un passage ou attendre son évacuation naturelle? Si la poche est bien limitée, sans tendance à la diffusion, si les douleurs ne sont pas vives, si l'abcès est superficiel, on peut attendre l'ouverture spontanée; mais dans les cas contraires, surtout lorsque des fusées menacent de décoller au loin les tissus, il faut hardiment aller à la recherche de la collection; l'intervention, même prématurée, a l'avantage de faire cesser la douleur, ou du moins de l'apaiser et d'empêcher la destruction étendue des lames cellulaires que provoque parfois l'étranglement des tissus enflammés.

Nous n'entrerons pas dans l'étude des moyens sans nombre qui ont été proposés pour pratiquer l'ouverture de la collection : fer rouge, thermocautère et la plupart des caustiques chimiques préférés autrefois lorsqu'on croyait le bistouri capable de provoquer des lymphangites et des érysipèles. C'est à lui maintenant qu'on a recours dans l'immense majorité des cas; on incise au point le plus déclive et juste assez pour permettre la libre évacuation du pus, quand il s'agit de parties naturellement découvertes où la cicatrice serait trop visible; mais on ne redoute pas les sections plus larges dans les régions cachées par les vêtements. On se gardera d'ailleurs d'enfoncer les doigts dans la cavité et de déchirer les vaisseaux et les nerfs qui peuvent y exister encore; un écoulement sanguin et une douleur inutiles seront ainsi évités, car vaisseaux et nerfs aideront aux phénomènes cicatriciels ultérieurs.

Lorsque l'écoulement du pus se fera difficilement par une ouverture indirecte ou trop étroite, on pratiquera une contre-ouverture. La ponction faite et le pus évacué, la cavité de l'abcès sera soigneusement et longuement lavée avec une solution antiseptique, acide phénique ou bichlorure de mercure lancé par un irrigateur; le jet ne

sera arrêté que lorsque le liquide sortira limpide. Si l'on redoute de voir les lèvres de l'incision se réunir et par conséquent refermer la cavité, le drain de Chassaignac sera maintenu dans la plaie jusqu'à ce que la suppuration soit tarie. On exercera d'ailleurs une légère compression sur les parois opposées pour essayer de les mettre au contact et d'amener leur adhésion plus rapide. Les parties sont recouvertes de tarlatane imbibée d'une solution antiseptique dont une toile imperméable, mackintosh, taffetas gommé, gutta-percha laminée, empêchera l'évaporation; les tissus seront maintenus ainsi dans une sorte de bain permanent.

II

ABCÈS FROIDS.

Ce sont des collections purulentes « qui se développent lentement, sans réaction inflammatoire appréciable, sans douleur, et qui, nous dit Follin, ne sont en rapport ni avec une affection tuberculeuse, ni avec une altération des os ». Rien n'est moins connu que cette classe d'abcès, et depuis quelques années seulement on essaye de la séparer des dépôts caséeux ramollis. Ceux-ci faisaient la plus grosse part des anciens abcès froids dont la description, dans nos livres classiques, n'est autre, au demeurant, que celle des gommescrofuleuses. Aussi est-ce à propos du tubercule que nous devons étudier ces fausses collections purulentes.

Nous croyons bien qu'il existe de véritables abcès froids qui évolueraient avec un minimum de chaleur, de rougeur, de tuméfaction et de douleur. Nepveu et Ogston nous donnent même leur pathogénie; du plus ou moins grand nombre de microbes dépendent les différences entre les abcès chauds et les abcès froids. « Ces deux sortes de suppuration sont de même sorte, nous dit Dandois, et ce qui le prouve, c'est que la même collection peut passer d'un état à l'autre. Seulement, l'abcès chaud est une suppuration en progrès, l'abcès froid un processus atonique ou terminé; il ne progresse plus, soit que les tissus lui résistent, soit qu'il n'ait par lui-même aucune qualité envahissante; dans cette hypothèse, comme dans l'autre, les microcoques sont sans énergie, ou dégénérés, ou morts. » A ces affir-

mations nous préférons une description clinique sérieuse qui reste encore à faire.

On pourrait la tenter, ce me semble, et l'on trouve, au cours de éruptions furoncleuses, de petites tumeurs arrondies, clous avortés où la douleur est presque nulle, la réaction est des plus faibles; la masse indurée suppure à peine, bien que ses parois œdématisées ne reprennent qu'au bout d'un très long temps leur souplesse primitive. Certains phlegmons chroniques ne sont pas rares non plus au niveau de la mamelle; nous en avons observé où les phénomènes inflammatoires s'étaient déroulés sans fracas, d'une manière insidieuse; il n'y avait ni rougeur, ni chaleur; à peine la pression provoquait-elle un peu de douleur et tout se bornait au dépôt d'un noyau dur qui parfois se résorbait, et parfois donnait naissance à une collection purulente. Dolbeau, après Astley Cooper et Velpeau, a bien vu cette variété d'abcès froids non tuberculeux.

Nous croyons d'ailleurs qu'il serait excessif de considérer toujours le contenu des gommés serofuleuses, nos anciens abcès froids, comme constitué seulement par des dépôts caséux ramollis, par de la matière puriforme; celle-ci formera, si l'on veut, le centre de la collection, mais, sur le pourtour, une inflammation véritable se développe parfois qui donne du véritable pus. Ces abcès tuberculeux échauffés se rencontrent très fréquemment, pensons-nous, et si l'étude didactique doit très nettement séparer les deux processus, il faut que la clinique sache reconnaître l'abcès mixte qu'engendre l'inflammation péricuberculeuse.

CHAPITRE II

LÉSIONS TRAUMATIQUES.

Les lésions traumatiques résultent d'un conflit entre un corps en mouvement, corps vulnérant, et nos tissus qui lui résistent et constituent le corps vulnéré. D'ordinaire, le corps vulnérant nous est extérieur : c'est le projectile d'une arme à feu, le tranchant d'un couteau, une pierre, un bâton, une roue de voiture; mais parfois il fait partie de l'organisme lui-même : un muscle qui se contracte avec énergie peut amener la rupture d'un os; un os, fracturé ou non, qui se déplace d'une manière exagérée, déchire les chairs qui l'enveloppent. Aussi dirons-nous que les lésions traumatiques « succèdent aux violences venues du dehors ou du dedans ».

Ces lésions, circonscrites et primitivement locales, consistent en une destruction, une séparation violente et instantanée, un changement de rapport des éléments anatomiques et des tissus atteints par le corps vulnérant. Elles se caractérisent par une douleur plus ou moins vive, due à la déchirure des nerfs, et un épanchement sanguin plus ou moins abondant, provoqué par l'ouverture des vaisseaux. Les éléments anatomiques mortifiés, les caillots hématiques, le choc lui-même, suscitent rapidement une irritation, tantôt très modérée et qui dépasse à peine les limites du foyer traumatique, tantôt très intense, véritable inflammation qui peut se propager au loin et retentir sur l'organisme tout entier.

Le siège du foyer joue, sous ce rapport, un rôle de premier ordre. Aussi Verneuil propose-t-il de diviser les lésions traumatiques en trois grandes catégories : les lésions *externes* ou *exposées*, en rapport avec l'air atmosphérique et les germes qu'il contient et par conséquent facilement irritées; les lésions *internes* ou *cavitaires* ouvertes dans les cavités normales ou accidentelles du corps, les séreuses, le tube digestif, les voies aériennes, voire la poche d'un abcès, toutes