l'issue mortelle, parce que ce résultat a souvent été observé; mais pour les phlegmons spontanés, développés sans cause connue, on se demande toujours pourquoi quelques-unes de ces affections sont si extraordinairement dangereuses, tandis que d'autres suivent une marche relativement peu grave.

Le *pronostic* des inflammations phlegmoneuses varie beaucoup selon la région, l'étendue et la cause productrice. Lorsque cette maladie se présente comme métastase dans une diathèse inflammatoire générale ou purulente, ou bien lorsqu'elle est la conséquence d'un empoisonnement par la morve, il y a peu d'espoir de guérison; les abcès profonds des parois abdominales ou du bassin, peuvent, dans les cas favorables, suivre une marche très-lente, et selon l'endroit qu'ils occupent mettre la vie en danger ou avoir une influence fâcheuse sur les fonctions, par la destruction des aponévroses, des tendons et de la peau, mais la plupart des cas de phlegmons aux doigts, aux mains, aux pieds, à l'avant-bras, etc., sont des maladies légères et de peu de durée, quoiqu'elles soient accompagnées de fortes douleurs. Le pronostic est d'autant plus favorable que la suppuration se fait rapidement et que le foyer inflammatoire est plus circonscrit.

Quant au *traitement*, on tâche au début d'arrêter, autant que faire se peut, le processus dans son développement, c'est-à-dire d'obtenir aussitôt que possible la résorption de l'infiltration séreuse et plastique. Dans ce but, on emploie différents moyens, et tout d'abord l'usage externe du mercure; on fait couvrir toute la surface enflammée d'une épaisse couche d'onguent mercuriel, le malade gardera le lit et l'extrémité malade sera entourée de linges mouillés et chauds ou couverte de cataplasmes. L'application de glace au début peut également être employée dans le cas où toute la partie enflammée peut être couverte avec plusieurs vessies de glace. La compression avec du sparadrap ou des bandelettes est aussi un moyen très-efficace pour hâter la résorption, mais il est rarement employé dans les inflammations en question, d'une part, parce que la compression des parties enflammées est très-douloureuse, de l'autre, parce que ce moyen n'est pas tout à fait inoffensif, une pression un peu trop forte pouvant donner lieu à la gangrène. Si après l'emploi des moyens susnommés les symptômes ne se modèrent pas en peu de temps, si, au contraire, tous les phénomènes augmentent d'intensité, il faudra renoncer à l'espoir de voir la maladie se terminer par résolution et l'on aura recours à des remèdes qui hâtent la suppuration; parmi ces derniers, il faut citer en premier lieu l'application de la chaleur humide, surtout sous forme de cataplasmes. Dès qu'on sent à un endroit une fluctuation évidente, on n'abandonne pas d'ordinaire à la nature l'ouverture de l'abcès, mais on pratique une incision pour donner au pus un libre écoulement; si le pus s'étend au loin sous la peau, on fait des ouvertures à plusieurs endroits, du moins je préfère cette manière d'agir à celle qui consiste à faire des incisions grandes, énormes, par exemple depuis le coude jusqu'à la main, et cela parce que la plaie reste largement béante par suite de ces dernières et que la guérison demande beaucoup plus de temps. Si l'écoulement du pus se fait d'une manière normale par ces ouvertures, il ne faudra plus que

des soins de propreté, secondés par des bains locaux, tièdes. Tandis que l'ouverture des abcès du tissu cellulaire sous-cutané est une opération très-simple et exempte de danger, celle des abcès profonds demande beaucoup de circonspection, selon les conditions anatomiques de la région; le diagnostic peut offrir de grandes difficultés, par exemple lorsqu'il y a des suppurations profondes au cou, dans le bassin, dans les parois abdominales; la plupart du temps on ne peut le porter qu'après un temps d'observation plus ou moins long; cependant il est souvent désirable que le pus soit évacué de bonne heure, soit pour soulager le malade, soit pour éviter, par exemple, une ouverture spontanée dans la cavité abdominale. Dans de pareils cas, on ne peut pas enfoncer le bistouri purement et simplement, mais il faut aller en disséquant, couche par couche, jusqu'à ce qu'on arrive vers l'abcès; alors on introduit avec précaution un stylet, puis on dilate l'ouverture en introduisant dans l'abcès une pince à pansement dont on fait écarter les branches, pour éviter toute hémorrhagie qui pourrait venir de la profondeur. — Quelquefois, par suite de la décomposition du pus, il se forme tant de gaz dans un abcès, qu'il rend un son tympanitique à la percussion; dans de pareils abcès putrides, il faut injecter de l'eau chlorurée après l'évacuation du pus et continuer le pansement avec le même liquide.

III. — INFLAMMATION AIGUE DES MUSCLES.

L'inflammation aiguë, idiopathique de la substance musculaire est relativement rare. On l'observe dans les muscles de la langue, dans le psoas, dans le pectoral, dans le fessier, dans les muscles de la cuisse et du mollet; cette inflammation se termine ordinairement par suppuration, cependant la résolution peut également avoir lieu. Les abcès musculaires métastiques se rencontrent très-fréquemment dans l'intoxication morveuse. En ce qui concerne plus spécialement les conditions histologiques, le tissu conjonctif interstitiel des muscles, autrement dit le perimysium, sert ici, comme dans l'inflammation musculaire traumatique, essentiellement de point de départ à la formation des cellules de pus; les noyaux des fibres musculaires se désagrégent, dans les processus tout à fait aigus, en même temps que la substance contractile et le sarcolemme ; ce n'est qu'aux bouts tronqués des fibres musculaires qui correspondent à la paroi de l'abcès, que les noyaux musculaires prennent part à la néoplasie par un travail d'hypergenèse et se confondent ainsi avec la cicatrice de l'abcès; d'après O. Weber, on observe aussi dans ces cas une formation nouvelle peu abondante de fibres-cellules musculaires. — Les symptômes d'un abcès musculaire ne se distinguent pas de ceux des autres abcès profonds; le développement d'un pareil abcès se fait plus ou moins lentement et la perforation a lieu après un temps plus ou moins long, selon l'abondance et l'étendue de la collection purulente. Dans beaucoup de cas il se produit une contracture du muscle, dans la substance duquel s'est développé l'abcès, par exemple dans le psoïtis. Est-ce là une conséquence physiologique de l'irritation inflammatoire, ou bien le patient

contracte-il volontairement, instinctivement le muscle malade? c'est une question que je ne suis pas en état de résoudre; cependant je penche vers la dernière supposition; car, dans les petits abcès peu douloureux, de même que dans les inflammations traumatiques des muscles, la contracture ne s'établit pas, on ne l'observe que dans les vastes abcès comprimés par de fortes aponévroses. On ouvre les abcès musculaires, aussitôt que le diagnostic est sûrement établi et qu'on sent la fluctuation.

Une forme tout à fait spéciale d'affection musculaire et qu'il faut compter, selon moi, parmi les inflammations subaiguës, a été récemment décrite par Zenker; on la rencontre principalement dans le typhus abdominal, où elle intéresse les muscles adducteurs de la cuisse. La substance contractile se désagrége en grumeaux dans la gaîne du sarcolemme; ces grumeaux disparaissent peu à peu par résorption, en même temps que de nouvelles fibres-cellules musculaires se forment en remplacement des anciennes; de cette façon tout rentre le plus souvent dans l'état normal. Dans d'autres cas, l'atrophie de la substance musculaire persiste. On n'a pas pu constater positivement jusqu'à présent, si cette affection des muscles peut entraîner une suppuration et une formation d'abcès, bien que les abcès musculaires ne soient pas rares après le typhus, surtout dans les parois abdominales.

IV. — INFLAMMATION AIGUE DES GAINES TENDINEUSES ET DES BOURSES MUQUEUSES SOUS-CUTANÉES.

On sait que les *gaînes tendineuses* sont constituées par des poches séreuses closes, qui entourent un certain nombre des tendons du pied et de la main. Elles peuvent être atteintes d'inflammation aiguë à la suite d'une contusion, et plus rarement d'une manière spontanée. De même que toutes les membranes séreuses, devenues le siége d'une inflammation aiguë, ces poches laissent exsuder une certaine quantité d'un sérum riche en fibrine; les pseudo-membranes fibrineuses peuvent se dissoudre, elles peuvent aussi entraîner une adhérence passagère ou durable entre la gaîne et le tendon; enfin il n'est pas rare qu'il se produise une suppuration des membranes avec ou sans dégénération et ulcération, et dans ces cas le tendon peut périr par mortification. Les premiers symptômes d'une inflammation de ce genre consistent dans la douleur pendant les mouvements et dans un léger gonflement; parfois on observe alors dans les gaînes tendineuses un bruit de frottement, un craquement particulier constaté par l'opposition de la main et plus distinctement encore par l'application de l'oreille. Ce bruit est dû à ce que la surface de la gaîne tendineuse et celle du tendon sont devenues rugueuses par des dépôts fibrineux et frottent l'une contre l'autre sous l'influence des mouvements du tendon; c'est sur le dos de la main que cette inflammation subaiguë des gaînes tendineuses, qui se termine le plus souvent par une résolution, se rencontre le plus fréquemment. Une affection plus rare est l'inflammation tendineuse suraiguë, passant à la suppuration et

due le plus souvent à des causes inconnues. Cette inflammation débute de la même manière que le phlegmon aigu; le tissu cellulaire sous-cutané participe bien vite à l'inflammation; le membre enfle fortement; les articulations voisines des doigts ou du poignet peuvent être entraînées dans le processus inflammatoire. Tout comme la membrane synoviale des articulations, la membrane tout à fait analogue des gaînes tendineuses semble quelquefois donner lieu, lorsqu'elle est le siége d'une inflammation aiguë, à des produits qui infectent les tissus environnants d'une manière particulièrement intense. Lorsque, par un traitement convenable, la suppuration a pu être évitée ou que cette dernière, si tant est qu'elle se développe, reste entièrement limitée, la terminaison par résolution se fait avec une grande lenteur; le membre conserve pendant longtemps de la raideur; les adhérences qui se sont établies entre les tendons et leur gaîne ne cèdent qu'après des mois entiers d'exercice. S'il se fait une suppuration étendue des gaînes tendineuses, désignée, lorsqu'elle se présente à la main, sous le nom de « *panaris tendineux* », les tendons atteints se mortifient ordinairement et peuvent être retirés au bout d'un certain temps des ouvertures d'abcès sous forme de fils ou de lambeaux blancs. La membrane qui constitue la gaîne tendineuse dégénère ensuite en granulations fongueuses. Si le processus s'arrête là, un ou plusieurs doigts deviennent roides et restent tels pour la vie entière. Si les articulations sont également envahies, une guérison avec ankylose peut bien s'effectuer *aux doigts;* mais en cas de participation des articulations du *poignet* ou *du pied*, l'existence du membre est compromise à un haut degré. Dans l'inflammation purulente aiguë des articulations, *la fièvre* est quelquefois peu considérable au commencement, cependant il se peut aussi que, dans des cas graves, la maladie débute par un frisson. Si l'inflammation et la suppuration s'étendent, si le processus n'a aucune tendance à se limiter définitivement par la formation d'un abcès, la fièvre en devient d'autant plus durable et prend un caractère manifestement rémittent; en même temps les malades s'affaiblissent avec une extrême rapidité; les hommes les plus robustes sont réduits à l'état de squelette en peu de semaines. Le pronostic devient très-fâcheux, lorsque la fièvre se caractérise par des accès et des frissons intermittents.

Le *traitement* de l'inflammation subaiguë, crépitante des gaînes tendineuses du dos de la main consiste à maintenir la main au repos sur une attelle et à faire frictionner avec de la teinture d'iode l'endroit malade; s'il n'en résulte pas une prompte amélioration, on applique un vésicatoire; j'ai toujours vu l'inflammation subaiguë des gaînes tendineuses disparaître en peu de jours à la suite de ce traitement. Si les phénomènes sont intenses dès le début, il faut recommander non-seulement le repos de la main et des doigts, mais encore le séjour au lit, à cause de la fièvre qui existe ordinairement; il faut y ajouter l'application des vessies à glace et les frictions d'onguent mercuriel. Ce traitement doit être continué avec persévérance; je le préfère, pour ma part, au traitement par les cataplasmes et les manuluves chauds que l'on emploie généralement. S'il y a formation d'abcès, il faut faire des incisions et ménager de nombreuses contre-ouvertures; dans ces cas, les tuyaux de drainage sont d'un excellent usage, parce

que très-souvent les bourgeons charnus qui s'élèvent sur le bord des ouvertures des abcès s'opposent au libre écoulement du pus. — Lorsque la suppuration ne veut pas tarir, que le gonflement persiste et que la crépitation se développe entre les os qui concourent à la formation des différentes articulations du poignet (signe qui prouve que le revêtement cartilagineux de ces os est détruit par la suppuration), lorsque en même temps le malade s'épuise de plus en plus, alors il n'y a plus guère à espérer une terminaison par ankylose de la main et la vie est tellement compromise qu'il y a lieu de pratiquer l'amputation de l'avant-bras. Si cette opération est faite à temps, la vie du malade peut encore être sauvée et ce dernier peut se rétablir en peu de temps.

Un mal moins dangereux consiste dans l'inflammation aiguë *des bourses muqueuses sous-cutanées;* celles qui sont affectées le plus souvent sont la bourse muqueuse rotulienne et celle qui existe derrière le coude; cet accident peut survenir spontanément ou à la suite d'une contusion. Les bourses ne communiquent ni avec l'articulation ni avec les gaînes tendineuses; elles se remplissent d'un sérum fibrineux, en même temps qu'il se manifeste des douleurs; la peau devient rouge et le tissu cellulaire environnant prend part à l'inflammation; cependant la suppuration est rare, si les malades sont soumis de bonne heure à un traitement. Ce dernier doit consister en frictions d'onguent mercuriel ou de teinture d'iode, fixation du membre et compression de la bourse tuméfiée par l'application d'une bande humide assez serrée. La ponction est inutile, et peut même devenir nuisible, parce qu'elle est souvent suivie d'une suppuration qui peut, de son côté, laisser à sa suite une fistule donnant lieu à un suintement permanent fort désagréable.

VINGT-DEUXIÈME LEÇON

DES INFLAMMATIONS AIGUES DES OS, DU PÉRIOSTE ET DES ARTICULATIONS.

Considérations anatomiques. — *Périostite aiguë* et *ostéomyélite :* Symptômes, terminaisons par résolution, suppuration, nécrose. Pronostic. Traitement. — *Ostéite aiguë des os spongieux.* — *Inflammations articulaires aiguës.* — *Hydropisie aiguë* (hydarthrose) : Phénomènes. Traitement. — *Arthrite aiguë suppurée :* phénomènes, marche, traitement, anatomie pathologique. — *Rhumatisme articulaire aigu.* — *Accès de goutte.* — *Inflammations articulaires métastatiques* (blennorrhagiques, pyémiques, puerpérales).

Messieurs,

Le périoste et l'os ont entre eux des rapports physiologiques tellement intimes, que la maladie de l'un de ces deux organes entraîne presque toujours celle de l'autre; si malgré cela nous sommes forcés, pour répondre à un besoin pratique, d'étudier à part, au moins jusqu'à un certain point, les inflammations aiguës, et plus tard aussi les inflammations chroniques du périoste et des os, nous n'en reviendrons pas moins très-souvent sur le lien qui unit entre elles les affections de ces deux organes. Il faut que je fasse précéder cette étude de quelques prolégomènes anatomiques qui auront leur importance pour l'intelligence du processus que nous allons décrire. Quand on parle purement et simplement du périoste, on entend par là la membrane pauvre en vaisseaux, blanche, mince, d'un brillant pareil à celui des tendons, qui constitue l'enveloppe immédiate de l'os; à ce propos, je dois ajouter que ce n'est cependant là qu'une partie du périoste, et encore la partie qui, au point de vue pathologique, est d'une importance secondaire. Sur cette couche interne que nous venons de mentionner, est superposée, aux endroits où ne s'insèrent ni tendons, ni ligaments, une couche de tissu cellulaire lâche qui, également, doit être considérée comme faisant encore partie du périoste, et dans laquelle se répandent principalement les vaisseaux qui pénètrent dans l'intérieur de l'os. Cette couche externe du périoste est le siége le plus fréquent des processus inflammatoires primitifs, aussi bien aigus que chroniques; le tissu conjonctif lâche qui la compose est très-riche en cellules et en vaisseaux, et par cela même beaucoup plus apte au développement d'un travail inflammatoire que la partie tendineuse du périoste immédiatement adhérente à l'os, et qui est pauvre en vaisseaux et en cellules. Quant aux vaisseaux nourriciers, surtout des os longs, les épiphyses ont en général leurs vaisseaux propres, qui ne communiquent pas dans l'os lui-même avec les vaisseaux de la diaphyse tant que dure