VINGT-QUATRIÈME LEÇON

DES MALADIES TRAUMATIQUES ET INFLAMMATOIRES ACCIDENTELLES ET DES PLAIES ENVENIMÉES

I. *Maladies locales qui peuvent compliquer les plaies et d'autres foyers inflammatoires.* 1. Inflammation diffuse et progressive du tissu cellulaire. — 2. Pourriture d'hôpital. — 3. Erysipèle traumatique. — 4. Lymphangite.

MESSIEURS,

Lorsque nous parlions de l'inflammation traumatique, j'ai soutenu la thèse que cette inflammation ne dépasse pas les limites de la lésion; si le cas contraire semble quelquefois se présenter, avons-nous dit, c'est que nous n'avons pas pu juger la lésion d'une manière exacte. Je soutiens encore cette thèse. Cependant, nous avons déjà vu que, par suite de divers accidents, il pouvait se déclarer immédiatement après la lésion (par exemple, après les plaies contuses) des inflammations progressives très-violentes, suivies de produits putrides. Nous avons également vu que, plus tard, autour des plaies déjà couvertes de bourgeons, il peut encore se développer des inflammations secondaires par suite de causes que nous avons déjà exposées. Je viens vous dire maintenant qu'il y a encore une série d'autres processus particuliers, de nature soit gangréneuse, soit inflammatoire, qui peuvent compliquer les plaies, et qui donnent lieu à leur tour à des affections générales graves, le plus souvent fébriles; quelques-unes de ces dernières peuvent, il est vrai, se montrer également, sans que la plaie subisse des modifications notables. Enfin, par une plaie existant déjà ou qui vient d'être produite (Exemple : morsure d'un animal venimeux ou malade), il peut pénétrer des substances qui entraînent de violentes inflammations locales ou de graves maladies générales, par suite d'intoxication du sang. Il sera question de tous ces objets dans ce chapitre, et je vais essayer de vous donner un aperçu général qui devra vous en faciliter l'étude. Parlons d'abord des phénomènes locaux qui s'ajoutent comme accidents à une plaie ou à un foyer inflammatoire dû à quelque autre cause.

I. *Maladies locales qui peuvent s'ajouter aux plaies ou aux autres foyers inflammatoires.*

1° Nous rappelons ici de nouveau, pour compléter notre cadre, *les inflammations diffuses et progressives du tissu cellulaire*, telles qu'elles s'ajoutent soit à des plaies récentes, par exemple à des plaies contuses, soit à des plaies déjà en voie de suppuration. Il peut arriver que des substances en décomposi-

tion formées sur la plaie récente par la mortification des couches superficielles, substances qui peuvent se répandre rapidement dans les mailles du tissu cellulaire, occasionnent, le second, le troisième ou le quatrième jour, l'inflammation du tissu cellulaire caractérisée par une prompte décomposition des produits inflammatoires, et une diffusion aussi rapide que si elle était provoquée par l'action d'un ferment. C'est la forme désignée par Pirogoff sous le nom d'*œdème purulent aigu*. — En cas de suppuration déjà déclarée, il se peut qu'une irritation mécanique, des corps étrangers, une forte congestion vers la plaie, l'infection de cette dernière par des corps phlogogènes de diverses espèces, entretiennent longtemps aussi et tout le temps que la plaie reste ouverte, une suppuration phlegmoneuse à l'entour de cette dernière. Plusieurs des conditions que nous venons d'énumérer peuvent communiquer également à tout autre foyer inflammatoire, déjà limité et en voie de guérison, une nouvelle extension progressive. — L'éloignement des causes, le traitement par la glace, voilà les moyens locaux les plus essentiels contre ces sortes d'accidents.

2° *Pourriture d'hôpital* (*gangræna nosocomialis*). Je vais d'abord vous décrire la maladie, ensuite j'ajouterai quelques remarques sur l'étiologie. A certaines époques on observe, surtout dans les hôpitaux, un grand nombre de plaies, aussi bien les plaies récentes faites par le bistouri que celles qui sont déjà couvertes d'une bonne granulation et en train de se cicatriser, atteintes d'une manière toute spéciale et sans cause connue. Dans quelques cas, la surface granuleuse se transforme en une bouillie jaune, poisseuse, qui se laisse enlever par l'éponge à la superficie, mais dont les couches profondes adhèrent solidement aux parties sous-jacentes. Cette transformation occupe non-seulement la surface bourgeonnante, mais s'étend bientôt à la peau rosée qui entoure la plaie, et qui, jusque-là, était parfaitement saine. Cette peau prend peu à peu la teinte jaune grisâtre et la consistance poisseuse, et la plaie primitive acquiert, au bout de trois à quatre jours, le double en *surface;* la marche vers la profondeur est peu considérable dans cette forme pulpeuse de la pourriture d'hôpital. — Dans d'autres cas, une plaie récente ou bien couverte de granulations prend très-rapidement la forme d'un cratère, sécrète un liquide séro-ichoreux dont l'enlèvement met les tissus à nu; la peau est légèrement rougie à la circonférence. Le progrès de cette fonte moléculaire et sa transformation en un ichor fluide, marchent ordinairement sous une forme circulaire assez bien tranchée, par là la plaie peut prendre la figure d'un fer à cheval ou d'une feuille de trèfle. Cette forme *ulcéreuse* de la pourriture d'hôpital s'étend plus rapidement que la forme pulpeuse, surtout dans *la profondeur des tissus*. — Ce ne sont pas les plaies de grande dimension qui sont plus particulièrement exposées à cette maladie, mais principalement les lésions insignifiantes, comme les piqûres de sangsues, les ventouses scarifiées; les parties de la peau privées d'épiderme par un vésicatoire peuvent même être atteintes de cette pourriture, qui en revanche ne se montre jamais sur la peau intacte. Les caractères de cette affection ont une certaine ressemblance avec ceux de l'inflammation diphthéritique des muqueuses. — En même temps tout l'organisme est en souffrance;

la fièvre, il est vrai, n'est pas violente dans la plupart des cas, elle peut même manquer tout à fait, s'il ne s'y ajoute pas par hasard une lymphangite; mais il existe un embarras gastrique plus ou moins prononcé; la langue est chargée, il y a des nausées, un abattement général. La pourriture d'hôpital peut mettre en danger les vieillards et les personnes affaiblies, surtout si cette affection détruit de petites artères, et qu'il y ait des hémorrhagies artérielles. L'expérience a montré que les gros troncs vasculaires résistent souvent d'une manière étonnante à la pourriture d'hôpital. C'est ainsi que j'ai eu l'occasion de voir un jeune homme chez lequel s'est développée une pourriture d'hôpital après l'ouverture d'un abcès de l'aine; elle prit la forme pulpeuse et détruisit la peau de la région inguinale dans l'étendue de la main; le travail de destruction pénétrait si profondément, qu'on voyait battre distinctement l'artère fémorale, complétement à nu au fond de la plaie, sur une longueur de 4 centimètres. J'avais fait mettre à côté du malade un infirmier, qui ne devait jamais le quitter, pour faire immédiatement la compression, dès que l'hémorrhagie se montrerait, ce qui pouvait arriver à chaque instant. Cependant l'hémorrhagie ne survint pas. La bouillie pulpeuse détachée, la plaie se recouvrit de granulations vigoureuses, et le malade guérit complétement, quoique lentement.

Les opinions sur les *causes* de la pourriture d'hôpital sont partagées, ce qui a principalement sa raison d'être en ce que beaucoup de chirurgiens de notre temps ont eu le bonheur ou le malheur de ne jamais voir cette maladie; c'est ainsi qu'à l'hôpital de Zurich, par exemple, elle n'a jamais été observée; Stromeyer raconte, dans ses *Maximes de médecine et de chirurgie militaires*, qu'il n'a vu, étant jeune, qu'un seul cas de pourriture d'hôpital, à la Charité de Berlin. Les chirurgiens qui n'ont jamais vu cette maladie ou qui ne l'ont observée qu'à l'état sporadique, croient qu'elle est produite par une grande négligence, par des pansements malpropres, etc., qu'elle peut être comparée à un ulcère de la jambe, devenu superficiellement gangréneux par suite de malpropreté et de manque de soin. D'autres chirurgiens admettent que la pourriture d'hôpital est une maladie qui, comme l'indique son nom, est particulière à certains hôpitaux, et que le manque de soin dans les pansements favorise simplement son développement. Une troisième opinion, enfin, consiste à croire que cette forme de mortification naît sous l'influence de causes épidémico-miasmatiques, que c'est à tort qu'on lui donne le nom de pourriture d'hôpital, parce qu'on l'observe également en dehors des hôpitaux, pendant le temps qu'elle règne dans les hôpitaux. Dans ces derniers établissements, elle s'étend probablement par inoculation, car je ne doute pas que des matières provenant de plaies gangréneuses et transportées sur des plaies saines au moyen des pinces à pansement, de la charpie, des éponges, etc., ne reproduisent la maladie sur ces dernières plaies. En somme, je me range à l'opinion de Pitha et de Fock, qui croient que la pourriture d'hôpital est une maladie épidémique de nature miasmatique; j'ai observé avec Fock, à la clinique chirurgicale de Berlin, une épidémie de pourriture d'hôpital, en même temps on la constatait non-seulement dans d'autres hôpitaux de Berlin, mais même sur des malades de la ville qui n'étaient nullement en rapport avec l'hôpital. Cette

maladie arriva assez rapidement et disparut complétement après quelques mois, quoique le traitement des plaies n'ait été modifié en rien, et que l'hôpital lui-même n'ait subi aucun changement. Ce qui prouve que les causes ne se trouvaient ni dans la manière de panser, ni dans les conditions de l'hôpital lui-même. Je considère comme très-probable que la pourriture d'hôpital épidémique est due à des espèces déterminées d'organismes infiniment petits qui ne se développent que rarement; ces êtres organisés, à la manière des ferments, provoqueraient une décomposition sur la plaie et dans le tissu bourgeonnant, et je suis tenté de comparer cette maladie des plaies à la suppuration bleue qui, il est vrai, ne fait éprouver aucun dommage à la plaie elle-même, et qui, d'après les recherches de Lücke, est due, absolument comme le lait bleu, à de très-petits êtres organisés, et peut également être transmise par contact à d'autres plaies. Les conditions qui président au développement de ces petits êtres dépendent probablement de certains états atmosphériques et de là provient sans doute l'extension épidémique de la maladie.

Le traitement doit consister avant tout dans un complet isolement des malades, auxquels il faut donner des infirmiers spéciaux, et pour lesquels il faut se servir de pièces de pansement et d'instruments spéciaux. Quoique ces précautions ne soient pas une garantie absolue contre l'extension de la maladie, il n'en est pas moins vrai que l'expérience prouve leur utilité; dans plusieurs épidémies des hôpitaux militaires, on s'est vu forcé d'évacuer complétement certains bâtiments. Localement, on doit appliquer sur les plaies de l'eau fortement chlorurée, de l'alcool camphré ou de la térébenthine; si cela ne sert à rien, on cautérise avec la potasse caustique; si cette dernière reste également sans effet, on applique le fer rouge dont on fait pénétrer l'action très-loin jusque dans les parties saines, de telle sorte que l'eschare reste attachée de six à huit jours, absolument comme sur les tissus sains. Si la pourriture d'hôpital s'étend rapidement, on ne doit pas perdre de temps avec les autres remèdes, mais recourir immédiatement au fer rouge. — Le traitement général doit être tonique et même excitant.

3° *L'érysipèle traumatique.* L'érysipèle est compté, comme cela a été dit antérieurement, parmi les exanthèmes aigus. Il est caractérisé par un gonflement diffus, une teinte rosée et un endolorissement de la peau, ainsi que par une fièvre généralement assez intense. L'érysipèle occupe une place toute spéciale parmi les exanthèmes aigus, d'un côté, parce qu'il s'ajoute très-souvent aux plaies, quoique cependant il puisse aussi se présenter d'une manière spontanée; de l'autre, parce qu'il ne se propage pas ordinairement à d'autres individus au moyen d'un contagium aussi intense que celui de la rougeole, de la scarlatine, etc., enfin parce que, si l'on a eu cette maladie, non-seulement on n'est pas à l'abri d'une nouvelle attaque, mais, dans certains cas, on est tout particulièrement prédisposé à l'avoir derechef. Comme je ne dois pas supposer que vous ayez déjà étudié en détail les maladies cutanées, nous sommes obligés de passer rapidement en revue les symptômes de l'affection en question; nous laisserons de côté l'érysipèle spontané pour n'attirer votre attention que sur l'érysipèle traumatique.

Le début peut être différent, ou bien la fièvre précède l'apparition de l'exanthème, ou bien la fièvre et l'exanthème se montrent en même temps. Admettez devant vous un malade atteint d'une plaie suppurée de la tête; il a été bien portant jusqu'ici et la plaie était en bonne voie de guérison, tout d'un coup vous lui trouverez une fièvre très-violente, qui a été précédée peut-être d'un frisson intense. Vous examinez attentivement le malade et vous ne trouvez qu'un léger embarras gastrique qui se reconnaît à la langue un peu chargée, au goût désagréable de la bouche, aux nausées peu prononcées et à l'anorexie. Un pareil état se montre au début de tant de maladies aiguës qu'il nous est impossible de poser un diagnostic. Abstraction faite de la possibilité d'une complication avec une maladie aiguë interne, vous penserez à la pyémie, à la lymphangite et à l'érysipèle traumatique. Ce n'est peut-être que vingt-quatre heures plus tard que vous trouverez la plaie plus sèche, ne sécrétant qu'un peu de sérosité, le tissu environnant est tuméfié, rouge et douloureux dans une certaine étendue, ou bien les granulations sont fortement gonflées et couvertes d'un enduit jaune adhérent (bourgeons envahis par une gangrène superficielle); la teinte de la peau est d'une couleur rosée à bords *nettement tranchés*, la fièvre est encore assez forte; à ce moment le diagnostic d'un érysipèle est évident, et l'on est satisfait d'avoir affaire sinon à une affection tout à fait innocente, mais du moins à une des moins dangereuses parmi celles qui compliquent les plaies.

Dans une seconde série de cas, l'érysipèle se montre en même temps que la fièvre. On peut alors, pendant un certain temps, hésiter entre une lymphangite, une inflammation du tissu cellulaire sous-cutané ou un érysipèle vrai. Cependant la marche de la maladie dissipera bientôt les doutes; l'étendue qu'avait pendant le premier jour l'inflammation érysipélateuse de la peau reste rarement la même, ordinairement l'érysipèle s'étend de plus en plus, de sorte qu'on peut facilement reconnaître et poursuivre exactement les bords de la peau enflammée, habituellement arrondis et offrant des prolongements en forme de langue; on pourra voir l'inflammation gagner tous les jours tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. De cette façon le processus peut s'étendre de plus en plus, il peut passer de la tête à la nuque, de là au dos, ou bien il peut descendre à la partie antérieure du tronc, gagner les bras, et à la fin, même atteindre les extrémités inférieures. Aussi longtemps que l'érysipèle est dans sa période d'extension, la fièvre reste ordinairement au même degré et des personnes âgées ou faibles peuvent en être épuisées. Vous remarquez encore que dans cet érysipèle *ambulant* l'inflammation cutanée ne reste au même degré qu'un certain temps; ainsi, quand l'érysipèle gagne du terrain, toute la surface de la peau malade ne présente pas en même temps le summum de l'inflammation locale, celle-ci n'est que partielle.

Après que l'inflammation a persisté au même degré pendant trois jours environ, la rougeur diminue, il se fait une desquamation superficielle de la peau, sous forme d'une poussière furfuracée, ou d'écailles et de lambeaux épidermiques. Dans de certains cas l'épiderme se soulève dès le début de l'érysipèle; il se forme des bulles plus ou moins grandes, remplies de sérosité : c'est l'*érysipèle bulleux*. Ce dernier ne constitue pas une espèce particulière, il n'est que

l'expression d'une exsudation plus rapide. On observe souvent sur la face une formation de bulles, tandis que sur le reste du corps l'érysipèle n'en est pas accompagné. Si cette maladie atteint le cuir chevelu, les cheveux tombent ordinairement, mais ils reviennent assez vite.

L'érysipèle peut se compliquer, comme les autres exanthèmes aigus, de maladies internes très-diverses, par exemple de pleurésie; pour l'érysipèle de la tête la complication la plus fréquente est la méningite. Cependant dans l'érysipèle traumatique ces complications sont, en général, rares, et sont ordinairement la conséquence d'une extension de l'inflammation vers la profondeur.

La terminaison de cette maladie est favorable dans la plupart des cas; cependant pour les enfants, les vieillards et les malades qui ont été déjà affaiblis par d'autres maladies, cette affection peut devenir dangereuse; d'après mon expérience, ils succombent le plus souvent à l'épuisement, suite de la fièvre continue et de longue durée; on ne trouve absolument rien sur le cadavre qui puisse expliquer la mort. Le processus de l'érysipèle ne nous est pas encore complétement connu, en ce sens que sa cause et son mode d'extension sont encore assez obscurs. La dilatation des capillaires du derme, une exsudation séreuse dans son tissu et une genèse exagérée des cellules du corps de Malpighi sont les seuls phénomènes que la dissection nous révèle. La maladie s'étend rarement au tissu cellulaire sous-cutané. Il est vrai qu'il gonfle énormément à certains endroits, comme aux paupières et au scrotum, parce qu'il y est fortement imprégné de sérosité; cependant cet œdème disparaît dans la plupart des cas sans laisser de traces. Dans quelques cas rares, il atteint un tel degré que par suite de la forte tension des tissus la circulation du sang cesse et ces parties deviennent gangréneuses; c'est ainsi que les paupières, par exemple, peuvent être détruites en partie ou en totalité. Si la mortification s'étend à toute la peau de la paupière supérieure ou inférieure, il en résulte une grande difformité. D'ordinaire cependant il n'y a que de petites portions qui se gangrènent et comme la peau, surtout celle de la paupière supérieure, existe chez la plupart des personnes en grande abondance, on ne remarque plus de traces de cette complication après la guérison. — Dans d'autres cas, après la terminaison de l'érysipèle, on trouve en certains endroits une tumeur du tissu cellulaire sous-cutané qui devient bientôt fluctuante et dont l'incision donne issue à du pus.

Les causes qui donnent lieu à l'érysipèle sont de nature très-diverse; il est prouvé que l'érysipèle spontané de la tête se développe souvent après de forts refroidissements. Beaucoup de personnes âgées sont affectées de cette maladie à peu près tous les ans, au printemps ou en automne; on accuse également la frayeur de donner lieu à l'érysipèle, surtout pendant l'époque menstruelle. Cependant je ne vous garantirai pas l'exactitude de ce dernier fait, qui, à mon avis, est tout à fait sujet à caution. On considère aussi les troubles digestifs comme cause de l'érysipèle.

L'érysipèle traumatique peut se développer, d'abord, par suite de rétention de la sécrétion qui se fait à la surface de la plaie, peut-être cette rétention est-elle accompagnée de la résorption d'une faible quantité de substances putrides; dans ce cas, l'érysipèle se rapproche beaucoup de la lymphangite et au début il