

LIVRE II

MALADIES DU TISSU CELLULAIRE

CHAPITRE PREMIER

DES PHLEGMONS

§ 1^{er}. — Phlegmon simple ou circonscrit

Bibliographie. — *Phlegmon circonscrit.* — MURAT et BERNARD, Art. PHLEGMON du *Dict. en 30 vol.* — SERRES (d'Uzès), *Traitement abortif de l'inflammation du tissu cellulaire*, Montpellier, 1834. — CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration*, 1859. — LE DENTU, Art. PHLEGMON du *Dict. de Jaccoud*, 1879. — I. STRAUSS, in *Bull. de la Soc. de biologie*, 1883. — V. CORNIL, in *Ibid.*, 1883, p. 673.
Thèses de Paris. — 1822, HUMBERT. — 1873, JACOPS, n° 282. — 1876, BAROT.
Consultez les Classiques français et étrangers.

Nous définirons le phlegmon circonscrit ou simple, l'inflammation limitée du tissu conjonctif sous-cutané et de celui qui forme la gangue des organes profonds.

Étiologie. — Le phlegmon circonscrit peut donc se former à peu près dans tous les points du corps; il existe des régions qui y sont plus exposées que d'autres, soit par leur grande richesse en tissu cellulaire, comme l'aisselle, le cou, soit par suite de la présence d'organes éminemment inflammables; le tissu cellulaire de l'aîne au voisinage des bubons, celui qui entoure le tube digestif, etc., réalisent cette seconde condition. A ces circonstances il faut ajouter la prédisposition des extrémités, qui sont plus fréquemment lésées.

Parmi les causes mécaniques, on range tous les traumatismes, les contusions, les compressions, le séjour des corps étrangers, les injections de liquides irritants, les épanchements de sang, les tumeurs et en particulier les anévrysmes. L'introduction de matières fermentées, de germes, de liquides putrides, provoque aussi communément la formation des phlegmons circon-

crits; d'autres apparaissent dans les phases ultimes de plusieurs maladies virulentes, la rougeole, la scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde, etc.

Certains états constitutionnels, la glycosurie, l'herpétisme déterminent quelquefois la formation de phlegmons.

A côté de ces causes, le phlegmon circonscrit se montre encore comme une complication fréquente des inflammations de certains organes, telles que la lymphangite, l'adénite, la phlébite, les arthrites, etc. D'après les recherches de DOLBEAU, CHEVALET, nombre de phlegmons auraient pour origine une inflammation provoquée par l'irritation des lymphatiques et même pour les auteurs qui admettent que le tissu cellulaire est une partie intégrante du système lymphatique, toutes les inflammations conjonctives seraient des lymphangites des réseaux.

Anatomie pathologique. — On a rarement l'occasion d'étudier sur le cadavre un phlegmon en voie d'évolution, de sorte qu'il a fallu s'adresser à l'expérimentation pour en décrire les lésions. Sur une coupe pratiquée à travers un phlegmon en voie de formation, les mailles du tissu cellulaire sont infiltrées par une matière jaunâtre, gélatineuse, consistante. Vient-on à presser la coupe, cette substance ne se déplace pas comme dans l'œdème; on y retrouve au microscope un grand nombre de leucocytes extravasés qui produisent la tuméfaction de la région.

Il existe une congestion active des vaisseaux au niveau du foyer et dans une petite zone périphérique; les veines sont surtout gorgées. CORNIL et RANVIER avancent que les faisceaux du tissu conjonctif restent indifférents, tandis que les grandes cellules plates qui les tapissent se gonflent, prennent une forme sphérique; leurs noyaux deviendraient granulo-graisseux.

A mesure que le phlegmon se développe, le liquide interfasciculaire change de nature, devient plus homogène, jaunit, en un mot se transforme en pus, pendant que les faisceaux disparaissent par résorption. Le pus se trouve ainsi collecté dans une poche bien circonscrite à parois irrégulières, indurées. Le contenu est du pus avec des globules uni ou multinucléolés, des granulations graisseuses, des cellules plus grosses contenant des corps de Gluge. Lorsque la poche est vidée, les parois se recouvrent de bourgeons charnus qui serviront à la cicatrisation.

Telles étaient les notions classiques sur l'anatomie pathologique du phlegmon avant les recherches de KOCH, COUNCILMAN, I. STRAUSS et CORNIL. Les travaux de ces auteurs tendent à démontrer que la suppuration ne peut se produire sans l'intervention des micro-organismes. CORNIL a plus spécialement étudié la paroi du phlegmon circonscrit. « Le tissu conjonctif sous-dermique et le tissu cellulo-adipeux, qui sont le plus atteints par l'inflammation, présentent des lésions portant sur le contenu des vaisseaux, les cellules fixes et les faisceaux du tissu conjonctif et sur les cellules migratrices. Ces altérations plus ou moins avancées suivant les points qu'on étudie, aboutissent à une mortification partielle plus ou moins complète du tissu envahi et de l'exsudat. » Partout on trouve des micrococci isolés et réunis en chaînettes. A la périphérie les petits capillaires sont oblitérés par des thrombus fibrineux contenant quelques microbes; les leucocytes en renferment également dans

leur inférieur ainsi que les grandes cellules fixes du tissu conjonctif. Les cellules fixes tuméfiées et les cellules lymphatiques subissent bientôt des modifications de nutrition qui aboutiront à leur mortification. « Si on étudie la peau à peine congestionnée, qui est soulevée par une collection purulente venue de la profondeur, on reconnaît que des micro-organismes pénètrent entre les faisceaux de la partie profonde du derme, sans être encore accompagnés par des cellules lymphatiques migratrices. Les faisceaux conjonctifs, les cellules fixes de ce tissu sont parfaitement normaux; il n'y a pas encore de cellules rondes interposées et cependant des bactéries cheminent entre ces faisceaux, précédant ainsi l'inflammation. » (CORNIL, *Bull. de la Soc. de biologie*, 1883, p. 673.)

Le phlegmon peut rétrocéder et se terminer par résolution. Ce mode de terminaison n'est guère possible qu'autant que le pus n'est pas formé, c'est-à-dire que les leucocytes n'ont pas perdu leur vitalité et que les faisceaux interfasciculaires n'ont pas disparu. Les globules blancs passeraient en nature dans les lymphatiques.

Symptômes. — Le phlegmon simple s'accompagne des symptômes ordinaires de l'inflammation : rougeur, tumeur, douleur et chaleur. A ces phénomènes il convient d'ajouter la fièvre qui existe souvent avec une intensité proportionnelle à l'importance du phlegmon. Lorsque l'inflammation occupe le tissu cellulaire profond qui sépare deux organes ou deux viscères, ces symptômes sont beaucoup plus obscurs; il est bien difficile de percevoir le gonflement, la rougeur n'existe pas, la chaleur est peu marquée et ce n'est que par la douleur, la fièvre et les troubles fonctionnels que l'affection se manifeste. Ces derniers, on le comprendra aisément, varient à l'infini, avec la région occupée par le foyer inflammatoire.

La rougeur franche, uniforme, plus ou moins marquée suivant la structure de la peau des régions, se perd insensiblement à la périphérie; elle disparaît peu par la pression et augmente d'intensité à mesure que le phlegmon paraît plus superficiel, surtout au niveau de la portion centrale acuminée qui devient violette. Il n'est pas rare de voir, dans les petits phlegmons, l'épiderme soulevé par le pus prendre une teinte blanc jaunâtre entourée d'une zone rouge; cette affection est désignée vulgairement sous le nom de *mal blanc*.

La tuméfaction est régulière, circonscrite, légèrement acuminée au centre, surtout dans la dernière période du phlegmon; la tumeur est d'ailleurs dure, irréductible, plus tard fluctuante et fréquemment entourée d'une zone œdémateuse. Au niveau du phlegmon la peau a une température plus élevée de 1° à 2°, perceptible pour le malade et le chirurgien. La douleur, extrêmement variable, ne fait jamais défaut; elle est d'autant plus aiguë, vive, lancinante, que les parties où le phlegmon s'est développé sont moins extensibles (panaris), que les sujets sont plus irritables et enfin le phlegmon plus étendu.

La fièvre qui existe toujours, mais à des degrés divers, atteint dans quelques cas 40°, s'accompagne d'embarras gastrique, d'anorexie; elle est presque continue, avec des rémissions matinales régulières jusqu'à l'établissement de la suppuration. A ce moment la fièvre baisse un peu pour cesser habituellement après l'évacuation de la collection.

Marche et terminaisons. — La durée du phlegmon est très variable, suivant sa grosseur et la profondeur à laquelle il se trouve. En règle générale, le pus tend toujours à se porter près de la peau ou d'un viscère creux quand il s'agit des phlegmons des grandes cavités splanchniques. Or ce travail s'effectue plus ou moins vite; voilà pourquoi un petit mal blanc produit par une épine évolue en trois ou quatre jours, tandis que les phlegmons profonds n'arrivent à maturité qu'au bout de dix, quinze jours et même plus.

Le phlegmon circonscrit peut se terminer par *résolution complète, incomplète* ou *induration*, et enfin par *suppuration*.

A. — La résolution complète se fait dans les premiers jours seulement par la résorption des exsudats; en ce cas tous les symptômes diminuent peu à peu et au bout d'un certain temps il ne reste qu'une légère rougeur douloureuse, au-dessous de laquelle la main perçoit de l'empâtement. Cette terminaison est assez rare.

B. — L'induration ou résolution incomplète dans laquelle la rougeur et la tumeur persistent seules, se produit dans des conditions assez mal déterminées.

C. — La suppuration est de beaucoup la terminaison la plus commune. Dans ce cas, le pus collecté donne lieu à des abcès superficiels ou profonds; nous renvoyons pour tout ce qui concerne leur histoire au chapitre des abcès. Au moment où ces derniers se forment, la douleur devient gravative et pulsative en même temps que l'œdème périphérique augmente.

Le phlegmon ouvert peut se compliquer, comme toutes les plaies, d'érysipèle, de lymphangite et même passer à l'état diffus; enfin on a observé parfois la gangrène du tissu cellulaire qui résulte de l'inextensibilité des tissus enflammés ou de la diminution de résistance vitale des éléments produite par un état constitutionnel, une altération du sang (anémie, cachexie).

Diagnostic. — Les signes classiques de l'inflammation ne permettent guère de confondre un phlegmon circonscrit superficiel avec d'autres affections telles que la lymphangite, la phlébite, l'érysipèle, qui ont des caractères propres. Le diagnostic des phlegmons profonds est déjà beaucoup moins simple, car ils n'ont de commun dans toutes les régions que la douleur et la fièvre. Seuls les troubles fonctionnels, l'examen des causes, la recherche des adénopathies (fosse iliaque, PAQUY, Th. 1877), des lésions primordiales peuvent mettre sur la voie en pareil cas. Une semblable étude trouvera mieux sa raison d'être à propos des régions.

Pronostic. — Il est extrêmement variable suivant le siège et le degré de profondeur; plus les phlegmons circonscrits sont superficiels, moins ils sont redoutables. Leur volume doit également entrer en ligne de compte ainsi que la cause et l'état général du sujet. Nous ne saurions sortir des généralités sur cette question.

Traitement. — Les divers modes de traitement répondent à deux indications : 1° obtenir la résolution; 2° traiter le phlegmon quand il suppure. On peut essayer le traitement résolutif mais sans grand espoir de succès; pour obtenir la résolution on a employé les antiseptiques locaux (sangues) et généraux (saignées) : les émoullients, les calmants, les narcotiques agissent dans le

même sens et à la fois comme palliatifs. Quant à l'onguent mercuriel, devenu classique depuis SERRE (d'Uzès), il nous paraît peu utile d'en recommander l'emploi; son effet le plus certain est de masquer le mal, mieux vaut placer le membre dans une position élevée et exercer en même temps une compression douce, élastique avec l'ouate, ou recourir aux bains antiseptiques prolongés. Il est bon d'associer à ces moyens un traitement général diététique et quelques laxatifs. Dès que la suppuration est constatée, il faut traiter le phlegmon comme un abcès (voy. *Abcès*).

Phlegmons circonscrits chroniques. — Les auteurs ont une tendance marquée à admettre des phlegmons circonscrits chroniques. LE DENTU, en particulier, croit qu'il en existe plusieurs variétés, mais un certain nombre des faits qu'il décrit sont des abcès froids ou des abcès infectieux chroniques. Il n'y aurait guère que quelques cas assez rares, consécutifs à des contusions, à des morsures ou à un état général comme le diabète. Aussi, faute d'éléments précis, nous ne ferons que mentionner cette forme hypothétique du phlegmon.

§ 2. — Phlegmon diffus

Bibliographie. — HUTCHINSON, *Medico-Chir. Transact.*, London 1814, t. V. — THOMSON, *Lectures on Inflammation* (trad.), Paris, 1827. — DUNCAN, *Transact. of Med. and Surg. Society of Edinburgh*, 1824. — VELPEAU, *Arch. gén. de méd.*, 1826. — LAWRENCE, *Ibid.*, 1828. — GODIN, *Arch. gén. de méd.*, 1837. — CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration*, 1859. — CADIAT, *Journ. de l'anat. et de la phys.*, 1874, p. 410. — CHEVALET, *Arch. gén. de méd.*, 1876. — I. STRAUSS, *Soc. de biologie*, 1883. Thèse de Strasbourg. — 1856, MEDER. Thèses de Paris. — 1854, HOCQUE. — 1870, ISMARD. — 1871, SIGAUD. — 1873, LORDE-REAU. — 1876, POUGET. — 1877, LONGUET, BOUILLY, PRÉVOST, FOUCHER, BOCHIAU, CHANCEAULME. — 1878, PEYROT, PAULIN, TRUDEAU. — 1879, LABIT. — 1881, DUCROS. Consultez les Dictionnaires et les Classiques.

Définition. — Jusqu'à ces dernières années on définissait le phlegmon diffus : une inflammation aiguë, non circonscrite du tissu cellulaire avec tendance à la mortification. La nécrose du tissu cellulaire qui caractérise cette affection était considérée comme le résultat de l'inflammation très intense et de l'étranglement. Aujourd'hui, grâce aux recherches récentes de KOCH, de I. STRAUSS sur les micro-organismes, les termes de la question sont changés. La mortification du tissu cellulaire produite par les agents septiques déterminerait une inflammation réactionnelle et éliminatrice. On peut donc définir le phlegmon diffus : une inflammation de nature septique avec mortification plus ou moins étendue du tissu cellulaire.

Les classifications qui ont été multipliées par les auteurs n'ont pas un intérêt clinique suffisant pour être maintenues; il y a lieu cependant de faire une exception pour la division de CHASSAIGNAC, en phlegmon en nappe purulente, phlegmon panniculaire et phlegmon sous-aponévrotique. Avant d'exposer l'histoire du phlegmon diffus nous ferons remarquer que le système lymphatique

joue un rôle important comme agent de transmission du poison septique et que la lymphangite gangreneuse décrite par JALAGUIER coïncide souvent avec l'affection que nous étudions.

Étiologie. — 1^o *Causes prédisposantes.* — Le sexe masculin, la vieillesse prédisposent au phlegmon diffus; il en est de même de toutes les causes qui, en débilitant l'organisme, diminuent la résistance vitale des cellules. Aussi le phlegmon est-il fréquent dans la convalescence des grandes pyrexies, des fièvres éruptives. L'influence des fatigues excessives, du surmenage a été depuis longtemps signalée. Il faut également faire une large place aux états constitutionnels, à la goutte, au rhumatisme, à l'alcoolisme, à l'arthritisme et surtout au diabète; les élèves de VERNEUIL ont suffisamment démontré ces propositions. Les affections chroniques des grands viscères, la déclivité des parties invoquée par BROCA, LABIT, ajoutent encore leur action indirecte et préparent au principe septique un terrain de culture éminemment favorable.

2^o *Causes prédisposantes.* — Toutes les causes mécaniques dont l'action détermine une solution de continuité en créant une porte d'entrée au poison septique, toutes celles qui tendent à détruire la vitalité des tissus peuvent être considérées comme des causes déterminantes. Les plaies, celles des doigts en particulier, les corps étrangers, les plaies des synoviales, des bourses séreuses, les fractures comminutives, les irritations cutanées, les brûlures, les contusions, les morsures, la saignée n'agissent pas autrement.

Les phlegmons qui en résultent, tout en conservant le caractère diffus, se développent au niveau du point qui a été lésé. Tantôt l'inoculation du poison est évidente, comme dans le cas de piqûres avec des instruments chargés de liquides putrides. Ailleurs c'est l'irruption de l'urine, de matières stercorales, de pus qui provoque la cellulite septique.

Mais le phlegmon diffus peut encore apparaître à distance comme complication d'une affection des veines, des lymphatiques; il n'est pas rare de le voir compliquer la phlébite, la lymphangite et l'adénite. En dehors de ces origines, il existe des cas où la prédisposition étant bien établie, on ne saisit pas la cause occasionnelle; on dit alors que le phlegmon est spontané.

Le phlegmon diffus est-il contagieux? DUNCAN et les auteurs du *Compendium* ont relaté des observations qui tendent à le prouver. Il n'y aurait là rien d'étonnant, si les personnes contaminées présentaient une porte d'entrée au poison; mais on comprend moins bien les épidémies de panaris signalées par RAVATON à Landau (1766) et par EDDY en 1819.

Anatomie pathologique. — Les travaux de KOCH ont appris qu'au contact du tissu conjonctif les microbes détruisent les cellules, se multiplient dans les détritiques, se propagent à une plus ou moins grande distance suivant la résistance qu'ils rencontrent de la part des leucocytes. Ce sont les lésions ainsi produites que nous allons succinctement analyser.

Une incision des téguments faite au début montre un tissu cellulaire sous-cutané blanc jaunâtre ou orangé, assez souvent verdâtre, gonflé, infiltré par une matière plus ou moins épaisse, riche en leucocytes. Ce sont les lésions du phlegmon simple, avec cette différence que le poison septique frappe de mort