

Traitement. — Il est prophylactique, abortif ou curatif et comporte des moyens locaux et généraux.

1° *Traitement prophylactique.* — Nous n'insisterons pas sur l'utilité des mesures préventives contre la pénétration des agents septiques. Un traitement convenable des états constitutionnels contribuera, dans une certaine mesure, à prévenir les phlegmons diffus spontanés.

2° *Traitement abortif.* — Les méthodes de traitement qui ont été employées pour faire avorter le phlegmon diffus ou pour arrêter sa marche envahissante sont assez nombreuses; peu ont une réelle efficacité, et nous comprenons mieux leur impuissance aujourd'hui, étant donné que le phlegmon diffus est une inflammation infectieuse.

Les cataplasmes, les émollients, les fomentations, les narcotiques (jusiame, opium) constituent des moyens purement palliatifs; les ponctions multiples de DOBSON avec une lancette (dix à cinquante) sont oubliées; les vésicatoires volants qui favorisent la gangrène du tégument ne méritent pas la faveur que leur accordaient DUPUYTREN et VELPEAU, les longues incisions dermiques de BÉCLARD ne sont plus pratiquées; le froid, eau ou glace, compte des succès à son actif; il agit, comme le dit BAUDENS, en faisant une *saignée de calorique*, mais il est dangereux parce qu'il est difficile de s'arrêter à temps pour ne pas dépasser la mesure. Les émissions sanguines locales (sangsues) appliquées sur le phlegmon ou à sa périphérie comptent encore des partisans; c'est un moyen peu sûr qui ne convient pas toutes les fois que le malade est débilité.

La position élevée du membre, vantée par GERDY, a été utilement employée par BROCA. — LABIT, CHANCEAULME citent des cas de succès dus à son emploi; LE DENTU craint qu'elle ne favorise la diffusion. La compression a été recommandée par VELPEAU, FOLLIN, PANAS; mais elle doit, pour ne pas présenter de dangers, être bien régulière, condition que la compression élastique avec l'ouate réalise. Il est bon de l'associer à l'élévation de la partie.

A tous ces moyens incertains on préfère habituellement la méthode de HUTCHINSON, qui pratique des incisions longues et multiples à la première période. LAWRENCE se bornait à faire deux grandes incisions dans toute la longueur du phlegmon. Aujourd'hui on fait des débridements multiples de 5 à 6 centimètres et distants de 3 à 4, qui intéressent toute la peau, le tissu cellulaire, et même les aponévroses s'il est nécessaire. L'écoulement de sang qui suit ces plaies est toujours assez abondant, quelquefois inquiétant, on l'a vu déterminer la mort; aussi est-il recommandé de saisir les vaisseaux béants avec une pince hémostatique laissée à demeure. D'ailleurs il faut autant que possible ne pas débrider au hasard et se laisser guider par la topographie des régions. Ce moyen de traitement, d'une efficacité incontestable, fait tomber la douleur, la fièvre, le gonflement. Comment agit-il? Est-ce simplement, comme on le croit généralement, en levant l'étranglement? N'est-il pas permis d'admettre que l'action de l'air sur les microbes anaérobies est pour quelque chose dans son efficacité? Nous le pensons, et ce qui nous confirme dans notre manière de voir c'est que le bain antiseptique phéniqué de VERNEUIL réussit également bien. Ce chirurgien incise le phlegmon dès le

début sur une longueur de quelques centimètres, puis plonge la partie dans un bain antiseptique prolongé. La température tombe, le phlegmon avorte le plus souvent s'il a été pris à temps.

Quelques chirurgiens, après les incisions, éteignent des cautères dans les plaies; BONNET, LABBÉ sont du nombre. Nous avons vu cette pratique réussir, cependant elle n'est pas préférable aux précédentes.

Traitement curatif. — Lorsque le traitement abortif échoue ou qu'il n'a pu être employé, il faut aider la nature dans son travail d'élimination, calmer les douleurs par l'emploi des émollients, des narcotiques, des bains antiseptiques, inciser les points fluctuants et ceux qui menacent de se sphaceler. Quand la suppuration est bien établie, on retire avec des pinces les débris du tissu cellulaire, en ayant la précaution de ne pas les arracher, mais de les couper avec des ciseaux.

Les lavages antiseptiques, le drainage, les excitants légers, le vin aromatique, une compression simple et élastique seront utilement combinés pour faciliter la détersion. S'il survient quelque hémorragie grave il convient de l'arrêter par la ligature des deux bouts du vaisseau.

Il arrive parfois, après la période de détersion, que les désordres d'une partie sont tels que la conservation du membre est impossible, par exemple lorsqu'il y a des hémorragies multiples, dénudation des os, ouverture des articulations et suppurations intarissables. Le sacrifice du membre s'impose alors comme une opération de nécessité. Enfin il faut surveiller attentivement la période de cicatrisation, faire des pansements simples, entretenir les fonctions des articulations voisines, recourir à la gymnastique suédoise, au massage, aux douches et au besoin aux eaux thermales pour favoriser le rétablissement définitif du membre.

Traitement général. — Le traitement général ne saurait guère être que symptomatique. Au début, il est bon d'administrer quelques laxatifs; de combattre le délire par de l'opium, l'adynamie par des excitants diffusibles. Plus tard, à la période de détersion, les toniques, une nourriture fortifiante rendront des services, contribueront à prévenir l'épuisement que les longues suppurations amènent trop souvent.

CHAPITRE II

MALADIES SPÉCIFIQUES DU TISSU CELLULAIRE

§ 1^{er}. — Abscess froids ou tuberculeux

Bibliographie. — LUGOL, *Emploi des injections iodurées dans les abscess froids*, in *Gaz. des Hôp.*, 1846, p. 158. — BOUVIER, *Mém. sur le sêton*, Rapport de LARREY, in

Mém. de la Soc. de chir., t. IV, 1857, p. 83 et 112. — Art. ABCÈS du *Dict. des sciences médicales*. — S. LAUGIER, *Dict. encycl.* — DENONVILLIERS, 1864. — VALETTE, *Clinique chirurgicale (Traitement par le seton caustique)*, p. 356. — BRISSAUD et JOSIAS, *Des gommes scrofuleuses et de leur nature tuberculeuse*, in *Revue mens. de méd. et de chirurgie*, oct.-nov. 1879. — BECKEL, *Guérison de certains abcès froids sans ouverture permanente*, in *Gaz. méd. de Strasb.*, 1879. — LANNELONGUE, *Abcès froids tuberculeux du tissu cellulaire dans le cours des affections chroniques des os sans qu'il y ait une altération osseuse*, in *Soc. de chir., Bulletins*, t. VI, 1880, p. 140, *Discussion*, p. 156 et 162. — TRÉLAT, *eod. loc.*, p. 672, *Abcès froid du cou, incision, rugination de la poche, réunion par première intention*. — LANNELONGUE, *Abcès froids et tuberculose osseuse*, Paris, 1881. — *Abcès froids transformés en kystes*. LE DENTU, NICAISE, TERRILLON, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. VII, 1881, *passim*. — LEPRÉVOST, *Abcès froids, nature et traitement*, in *Revue méd.*, 1881. — DESPRÉS, *Gaz. des Hôp.*, 1883.

Thèses de Paris. — 1827, BAILLEUL. — 1863, BAUGÉ. — 1872, JULLIÉ. — 1879, VALADIER. — 1880, BEZY. — 1882, CHAMEROY, CORBEIL. — 1883, LECOISNE. — 1884, MÉNARD.

La véritable nature de ces abcès a été pendant bien longtemps inconnue. Les observations cliniques de BILLROTH, GAUJOT, DUPLAY avaient fait soupçonner depuis plusieurs années l'origine tuberculeuse de ces lésions; les recherches histologiques de KÖSTER, FRIEDLANDER, LAVERAN, CHARCOT, BRISSAUD, JOSIAS, KIENER et MALASSEZ confirmèrent cette manière de voir, rendue indiscutable par les travaux de LANNELONGUE et RANVIER (1880-1881). C'est d'après les mémoires de ces auteurs que nous allons décrire cette affection.

Définition. — On nomme abcès froids ou tuberculeux des collections purulentes qui se forment lentement, presque sans douleur, dans le tissu cellulaire et sont limitées par une membrane spéciale dont le caractère propre est de contenir dans son épaisseur des follicules et des nodules tuberculeux.

Anatomie pathologique. — Il est facile de séparer par la dissection la poche de ces abcès des parties environnantes. Ainsi enlevée, cette poche présente à étudier : une face externe, une face interne, une cavité et un contenu.

a. *Face externe.* — Lisse et unie au début de l'affection et lorsque l'abcès peut se développer librement, elle devient plus tard hérissée et villose; les villosités sont de véritables végétations formées de tissu embryonnaire. Développées d'abord sur le trajet des vaisseaux, elles pénètrent les organes circonvoisins, passent à travers les mailles des aponévroses et dans les interstices ligamenteux.

b. *Face interne.* — Généralement grisâtre, cette face présente en certains points un piqueté vasculaire, çà et là des stries rosées, des plaques ardoisées. Rarement lisse, souvent inégale et villose, elle offre par place des saillies, des dépressions et de véritables boursouffures.

Les parties périphériques, vaisseaux, nerfs, tendons, cordes aponévrotiques, dissociées par la production morbide, forment à l'intérieur de la cavité des anfractuosités et des reliefs qui lui donnent l'aspect de la face interne du cœur.

c. *Cavité.* — Elle est simple ou multiloculaire. Simple, elle se montre arrondie ou ovoïde. Dans le second cas, on y trouve deux ou plusieurs loges sépa-

rées par des diaphragmes aponévrotiques ou celluloux, qui communiquent entre elles par des orifices plus ou moins rétrécis.

d. *Contenu de la cavité.* — Le pus des abcès froids est un liquide blanchâtre, plus fluide, plus séreux que celui des abcès phlegmoneux. Il contient en suspension de véritables grumeaux. Parfois on y trouve des globules rouges en quantité considérable, sans caillots. Ils communiquent au liquide une teinte café au lait. Enfin, lorsque l'abcès est fort ancien, fréquemment on ne trouve dans sa cavité qu'une sérosité citrine, en tout analogue au liquide des kystes.

Étude histologique de la paroi. — Lorsqu'on examine avec un faible grossissement une coupe perpendiculaire de cette paroi, on voit qu'elle est formée par de jeunes cellules embryonnaires disposées sans ordre ou groupées en noyaux autour d'une cellule géante; de loin en loin, dans ces amas cellulaires, on rencontre des foyers hémorragiques, des capillaires embryonnaires et des amas caséux. La prolifération cellulaire est surtout active du côté de la face externe de la paroi; là les cellules végètent abondamment, envahissent les tissus voisins, surtout le tissu connectif; du côté interne, au contraire, ces éléments semblent en voie de dégénérescence et sont prêts à tomber dans l'intérieur de l'abcès. Dans l'épaisseur de la membrane, on remarque des cavités spacieuses, irrégulières, véritables cavernes en voie de formation, et des follicules ouverts dans la poche de l'abcès. D'où proviennent ces cavités? Nous avons signalé déjà, en certains points de la paroi, des agglomérations d'éléments embryonnaires.

Ces masses se présentent sous deux formes : tantôt existent des cellules géantes; autour d'elles un groupe de grandes cellules épithélioïdes, puis enfin une quantité variable de cellules embryonnaires. Cette agglomération constitue le *follicule tuberculeux* de CHARCOT. Ou bien, il n'y a pas de cellule géante centrale, l'agglomération est uniquement formée par des cellules embryonnaires.

(*Nodules tuberculeux.*) — Follicules et nodules d'origine vasculaire ont une évolution semblable, les cellules centrales deviennent granuleuses, puis subissent la caséification; les cellules périphériques persistent seules, la destruction les envahit à leur tour; alors, comme nous avons vu que la vitalité des cellules était beaucoup plus grande à la face externe qu'à la face interne de la paroi, cette dernière est détruite, d'où l'ouverture du follicule dans la cavité. Si cette destruction n'a pas eu lieu, la coupe présentera une cavité pleine de matière caséuse et de grandeur très variable, car on comprend, par le mécanisme de la destruction, que deux ou plusieurs foyers aient pu être réunis.

Symptômes et évolution. — Avant d'arriver à la période d'état, les abcès froids ont déjà passé par deux périodes transitoires.

1° *Période de crudité.* — Tout à fait au début il existe chez le sujet une ou plusieurs petites masses, dures, résistantes, dont la grosseur varie entre celle d'une tête d'épingle et celle d'une noisette. Fort mobiles, ces petites tumeurs glissent sous la peau avec facilité; comme elles sont entièrement indolores, un examen attentif permet seul de les reconnaître. En quelques jours, quelques semaines au plus, ces productions augmentent de volume et la peau à leur niveau prend une coloration rougeâtre. Alors commence la deuxième période.

2° *Période.* — *Gomme.* — L'aspect de la tumeur est ici caractéristique. Depuis longtemps l'école de Saint-Louis l'a décrite sous le nom de gomme scrofuleuse. Elle se ramollit lentement, du centre à la circonférence; dès que la fluctuation devient manifeste, l'abcès est formé. Il se présente sous forme d'une tumeur molle, indolente, sans changement de couleur à la peau. La fluctuation y est des plus faciles à percevoir, car la collection est en général sous-cutanée. Le diagnostic, dans la plupart des circonstances, n'offre aucune difficulté, cependant nous verrons plus loin que dans certains cas on commet très facilement des erreurs.

Marche et terminaison. — La terminaison ordinaire des abcès tuberculeux est la guérison. Abandonnés à eux-mêmes, en effet, ils peuvent : 1° se résorber, 2° s'ulcérer, 3° se transformer en kystes, 4° persister et progresser.

1° *Résolution.* — Terminaison rare qui ne se voit que pour les abcès de petit volume. La tumeur diminue progressivement et finit par disparaître entièrement; à sa place, il reste une dépression cupuliforme, au niveau de laquelle la peau conserve pendant longtemps une coloration violacée, des marbrures, des points ecchymotiques, faits importants pour le diagnostic rétrospectif.

2° *Ulcération.* — La tumeur s'acumine, des adhérences se forment entre la poche et la peau, qui rougit et s'amincit; peu à peu une ulcération se produit, le pus s'écoule au dehors. La suppuration persiste plus ou moins longtemps, puis il s'établit une cicatrice, molle, déprimée, adhérente. Sa teinte, violacée au début, pâlit peu à peu et dénote l'origine spécifique de l'affection.

Dans d'autres cas, surtout si l'abcès est volumineux et le malade affaibli, la suppuration devient interminable. Épuisé par la fièvre hectique, le patient voit ses forces l'abandonner de jour en jour; il meurt dans le marasme. Enfin, le contact de l'air avec ce foyer purulent détermine fréquemment des accidents infectieux (infection purulente, septicémie), et le malade est emporté avec rapidité.

3° *Transformation kystique.* — Terminaison fort rare. Les éléments embryonnaires qui constituent la poche se transforment en éléments cellulofibreux, les globules de pus disparaissent, le contenu de la cavité change de nature; après un temps variable, il reste un liquide plus ou moins louche.

Signalons encore parmi les terminaisons possibles, le développement de l'infection générale ou granulie.

Pronostic. — Envisagés en tant que lésion locale, ces abcès, lorsqu'ils sont peu étendus, ne doivent pas être considérés comme une affection bien dangereuse, mais ils sont les symptômes avant-coureurs du développement d'une maladie dont on connaît la redoutable gravité. De là leur haute valeur au point de vue du pronostic pour l'état général.

Traitement. A. *Traitement local.* — Il y a peu d'années encore les accidents infectieux qui suivaient trop souvent l'ouverture des abcès froids rendaient les chirurgiens hésitants, et faisaient différer toute intervention active. La nature de ces abcès étant aujourd'hui mieux connue, la thérapeutique, surtout avec le pansement de Lister, a fait sur ce point des progrès très sérieux.

Les procédés les plus employés sont : 1° *L'aspiration combinée à l'injection phéniquée.* — BÆCKEL conseille, pour les grands abcès, lorsqu'on peut craindre

la suppuration, d'aspirer le liquide et de laver ensuite la cavité avec une solution phéniquée à 5 p. 100. Les lavages doivent être répétés jusqu'à ce que le liquide ressorte clair. Un pansement de Lister immobilisera ensuite la région en la comprimant doucement. Deux ponctions de ce genre, faites à cinq ou six jours d'intervalle, suffiront pour les petits abcès, trois ou quatre pour ceux qui contiennent une vaste collection purulente.

2° *Incision de la poche. Injection, puis drainage et compression méthodique.*

3° *Rugination de la poche* (VOLKMANN, TRÉLAT). Cette méthode comprend plusieurs temps. 1° Inciser largement, de façon à pouvoir examiner toute la cavité. 2° Ruginer toute la paroi de la poche, c'est-à-dire remettre à neuf cette surface suppurante en la transformant en plaie sanglante. 3° Laver la cavité avec une solution phéniquée forte. 4° Placer des drains dans toute la hauteur de la poche. 5° Suturer l'incision, sauf dans le point de sortie des drains. 6° Appliquer par-dessus un pansement de Lister compressif. On obtiendrait ainsi, d'après le professeur TRÉLAT, une guérison rapide; les délabrements et cicatrices résultant de l'opération seraient insignifiants, fait important dans les régions découvertes.

Dans ces deux dernières circonstances, plusieurs chirurgiens ont remplacé le pansement de Lister par l'iodoforme dont on remplit toute la cavité de l'abcès. Ce médicament a toujours donné les meilleurs résultats.

4° *Ablation de la poche* (LANNELONGUE). Ce chirurgien conseille : 1° d'inciser largement la tumeur; 2° une fois le pus écoulé, de procéder à la décortication de la paroi avec la spatule ou le doigt. L'hémorragie résultant de cette intervention serait d'une minime importance. Pansement de Lister, ne pas chercher la réunion immédiate.

B. *Traitement général.* — Sous l'influence de ces diverses opérations la manifestation locale sera rapidement améliorée; mais, comme nous l'avons dit, cette lésion locale n'est qu'un épiphénomène du développement de la tuberculose; c'est surtout à l'état général qu'il faut s'adresser. Pendant l'hiver on insistera sur l'usage de l'huile de foie de morue à aussi haute dose que l'estomac pourra le supporter; la médication balnéaire, pendant le cours de l'été, sera aussi un adjuvant très utile. Les bains de mer, lorsqu'ils pourront être tolérés, dans le cas contraire, une saison à Salins (Jura), Salies de Béarn, etc. rendront les plus grands services.

§ 2. — Lésions syphilitiques du tissu cellulaire. — Gommès

Bibliographie. — CULLERIER, *Dictionnaire en 60 volumes.* — THÉVENET, Th. de Paris, 1858. — VAN OORDT, *Ibid.*, 1859. — LANCEREAUX, *Traité de la syphilis*, p. 214. — CORNIL, *La Syphilis*, p. 215. — MAURIAC, *Annales de dermatologie*, 1881. Consulter les Classiques et les syphiliographes.

A toutes les périodes de la syphilis le tissu cellulaire peut présenter des lésions spéciales; les plus fréquentes sont des manifestations de la période tertiaire connues sous le nom de *gommès*.

D'après MAURIAC les gommès ne seraient pas les premières lésions dont le tissu cellulaire devient le siège, et il a décrit sous le nom d'*érythème nouveau syphilitique* des accidents plus précoces (quatrième mois) qui consistent dans la formation d'une tumeur ou de plaques ovoïdes, irrégulières, rouge violacé, variant du volume d'une noisette à celui d'un marron. Ces tumeurs adhèrent à la face profonde du derme, siègent aux jambes, aux bras et peuvent devenir confluentes; elles procèdent par poussées qui s'accompagnent d'un léger mouvement fébrile. Par lui-même l'érythème nouveau syphilitique est peu douloureux, mais il est sensible à la pression. A diverses périodes de son évolution on s'aperçoit que la plaque tend à s'isoler de la peau pour devenir exclusivement cellulaire; dans ce cas l'œdème qui entourait la nodosité disparaît; d'autres plaques au contraire s'avancent insensiblement vers la peau sans toutefois l'endommager sérieusement. Ce qui caractérise cette altération précoce, c'est qu'il n'y a jamais nécrobiose du tissu envahi et que la résolution est la règle. En trente ou quarante jours la poussée érythémateuse évolue complètement.

MAURIAC a également décrit dans les premières périodes de la syphilis des nodosités du tissu cellulaire isolées, indolentes, non inflammatoires, susceptibles de se ramollir, mais qui ne suppurent jamais.

Les *gommès*, que l'on peut considérer comme une inflammation spécifique du tissu conjonctif, peuvent apparaître exceptionnellement dans le cours de la première année; généralement elles constituent des accidents tardifs; on en a vu se développer trente ans après le début du chancre; la période moyenne est de trois ou quatre ans. Les gommès se rencontrent de préférence au cuir chevelu, à la face, au cou et sur les membres; celles du tissu cellulaire sous-muqueux sont assez fréquentes (voile du palais, pharynx, langue, etc.). Uniques ou multiples, les productions gommeuses procèdent quelquefois par poussées. LISFRANC en a compté cent cinquante sur le même malade; d'autres auteurs, plus de cinquante sur un membre.

On distingue dans l'évolution des gommès quatre périodes: 1° de formation ou de crudité; 2° de ramollissement; 3° d'ulcération; 4° de suppuration.

Le début de l'affection est toujours insidieux; il se développe sous la peau une nodosité dure, indolente. Cette tumeur s'accroît peu à peu sans changer de caractères et acquiert parfois les dimensions d'un œuf de pigeon ou de poule; elle est alors adhérente à la face profonde de la peau qui conserve son aspect normal. La consistance de la gomme diminue sans qu'il se manifeste de changements appréciables dans les autres phénomènes. Ce ramollissement se traduit par une mollesse plus grande de la petite tumeur qui devient pâteuse, diffuse.

A la troisième période, la peau amincie s'enflamme, rougit, devient douloureuse et s'ulcère. Il en résulte un orifice étroit par où sort un liquide puriforme, visqueux, analogue à la gomme qui s'écoule des arbres. La tumeur ouverte ne s'affaisse pas de suite et continue à donner issue par l'ulcération qui s'agrandit aux débris nécrosés du tissu conjonctif mêlés à du pus; c'est une sorte de bourbillon analogue à celui des furoncles qui s'élimine lentement; ainsi se forme une caverne ulcéreuse et irrégulière à parois indurées.

Ces parois, après l'élimination des produits nécrosés, se tapissent de bourgeons charnus de bonne nature; cette période contraste par son évolution rapide avec les précédentes et aboutit à la formation d'une cicatrice adhérente aux organes sous-jacents et aux os, blanche, quelquefois pigmentée.

Anatomie pathologique. — Dans les premières périodes de la maladie, la peau est intacte; à la périphérie de la tumeur les faisceaux conjonctifs sont séparés « par des rangées de cellules rondes »; au centre, la dissociation du tissu par les mêmes éléments est encore plus marquée et la circulation sanguine compromise par cette accumulation de leucocytes; les capillaires eux-mêmes altérés, contiennent dans leur lumière des cellules rondes, des cellules endothéliales gonflées et des coagulums fibrineux.

A la seconde période les éléments cellulaires subissent la transformation granulo-graisseuse, se fondent en partie; les faisceaux se dissocient davantage et la portion centrale de la tumeur devient plus fluide. Les éléments cellulaires mentionnés plus haut infiltrent le derme qui s'enflamme et la perforation en est la conséquence.

Diagnostic. — Les antécédents, la coexistence d'autres manifestations de la vérole, l'indolence, le siège et souvent la multiplication des gommès ne permettent guère de confondre les loupes qui ont une localisation spéciale et une évolution très lente avec les abcès froids: ces derniers en effet présentent de bonne heure tous les symptômes de la fluctuation et une fois ouverts, n'éliminent pas de bourbillons. Toutefois, au début, les gommès syphilitiques et scrofuleuses offrent beaucoup d'analogie. Certains néoplasmes du tissu cellulaire et de la peau sont d'un diagnostic plus difficile et même pour le sein l'hésitation est permise. En pareil cas le traitement approprié à l'évolution de l'affection lèverait les doutes.

Pronostic. — En elle-même la gomme n'est pas une affection très dangereuse, mais elle indique une syphilis grave; cependant elle peut compromettre les fonctions des parties (voile du palais) et les cicatrices qu'elle forme sont indélébiles. Les gommès se résorbent encore sans suppurer sous l'influence d'un traitement convenable.

Traitement. — La meilleure médication des gommès consiste à attaquer la maladie générale qui les produit; on aura de préférence recours au traitement mixte, mercure et iodure de potassium. Si les gommès s'abcèdent, il faut les traiter comme les abcès ordinaires.