

derme normal. Ces cellules, tassées les unes contre les autres, disposées en couches concentriques, constituent toute la substance de ces ongles hypertrophiés.

2° *Lésions du derme sous-unguéal.* — On s'est borné le plus souvent à décrire les lésions de la portion cornée de l'ongle, et, tout en reconnaissant que ces lésions sont consécutives à celles du lit de l'ongle, on n'a guère insisté sur ces dernières. Or, on trouve toujours le derme sous-unguéal augmenté de volume dans ces épaissements de la portion cornée de l'ongle. J'ai vu ce derme atteindre ainsi jusqu'à 5 millimètres de hauteur (fig. 14, c). L'étendue du lit de l'ongle est souvent notablement raccourcie. Mais, quand l'ongle a acquis une épaisseur très-grande, chez des vieillards où la nutrition se ralentit énormément, il peut agir sur le derme sous-unguéal comme un corps étranger, le comprimer, l'atrophier, et même diminuer l'épaisseur de la phalangette qui le supporte.

La surface du lit de l'ongle n'est pas toujours égale; on y constate parfois une saillie brusque qui se traduit à l'extérieur par une disposition correspondante de la portion cornée. Cette surface, au lieu d'être légèrement feuilletée, est assez souvent recouverte d'éminences papilliformes ou de lamelles hypertrophiées qui sont rouges et gorgées de vaisseaux. J'ai rencontré aussi des lits de l'ongle épais, mais peu vasculaires. Le tissu fibreux du derme était hypertrophié, et entre ces fibres on constatait de très-petits lobules graisseux.

On voit chez les adultes ou les enfants, à la suite d'onxyis ou d'inflammation de la peau voisine de l'ongle, ces hypertrophies unguéales, mais chez les vieillards il est probable que l'hypertrophie est due à un défaut de soins : les ongles n'étant plus coupés deviennent durs; ils s'allongent, et subissent alors de la part des souliers des chocs fréquents qui, transmis au lit de l'ongle, l'irritent et lui font sécréter en abondance de la matière cornée.

Ces hypertrophies des ongles n'amènent de douleurs que dans le cas où la portion cornée de l'ongle vient, en se recourbant, presser douloureusement contre une partie voisine du derme. Cet accident est assez fréquent dans les hospices de vieillards, et l'on est obligé alors de couper avec une petite scie la portion exubérante de l'ongle.

CHAPITRE III.

MALADIES DU TISSU CELLULAIRE.

Nous décrirons dans ce chapitre le *phlegmon circonscrit*, le *phlegmon diffus*, cette sorte de fibrome qu'on a désignée sous le titre de *tubercule sous-cutané douloureux*; enfin les accidents produits par la *filaire de Médine* ou *dragonneau*, qu'on trouve ordinairement dans le tissu cellulaire.

ARTICLE PREMIER.

PHLEGMON CIRCONSCRIT.

C'est déroger à l'habitude prise par quelques traités classiques, que de décrire parmi les maladies du tissu cellulaire le phlegmon circonscrit ou simple, qu'on étudie souvent dans l'histoire générale des abcès. Mais nous suivons en ce point l'exemple de Boyer, car nous pensons que des études sur les maladies du tissu cellulaire ne sauraient mieux commencer que par l'histoire de cette affection.

On désigne sous le nom de *phlegmon* (de φλέγω, je brûle), l'inflammation du tissu cellulaire situé dans l'intervalle des organes. On distingue le *phlegmon circonscrit* du *phlegmon diffus* par la circonscription exacte de la phlegmasie, et ce caractère, joint à la nature en général bénigne du phlegmon circonscrit, a suffi pour le faire encore appeler *phlegmon simple*.

Le phlegmon simple peut se développer dans toutes les parties du corps, mais on l'observe de préférence dans les points où abonde le tissu cellulaire sous-cutané; les régions axillaire, cervicale, inguinale, anale, sont surtout le siège de cette affection qui envahit plus rarement le tissu sous-aponévrotique ou celui situé entre les organes splanchniques.

HISTORIQUE. — On consultera, pour la bibliographie du phlegmon simple, les articles INFLAMMATION et ABCÈS.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Au début du phlegmon simple, les mailles du tissu cellulaire sont remplies d'une matière gélatiniforme, jaunâtre, qu'il est facile d'exprimer par la pression, et qui ressemble assez bien à l'exsudat couenneux qu'on trouve souvent au-dessous de l'épiderme soulevé par un vésicatoire. Ce dépôt plastique du phlegmon simple explique l'augmentation dans le volume, la densité et la résistance de la partie. L'induration du phlegmon, plus marquée au centre de la tuméfaction, diminue peu à peu vers sa circonférence, mais lorsqu'on pratique une incision étendue dans les parties voisines du mal, on les trouve encore infiltrées de sérosité. Les lésions ultérieures du phlegmon sont celles que nous avons décrites à l'article ABCÈS.

SYMPTOMATOLOGIE. — Il faut séparer ici les caractères du *phlegmon superficiel* de ceux du *phlegmon profond*.

Le *phlegmon superficiel* s'annonce par une tuméfaction peu saillante, circonscrite, arrondie, élastique, rénitente et douloureuse. La partie tuméfiée repose sur les tissus sains par une large base, et la peau qui la recouvre est d'un rouge qui ne cède point tout à fait à la pression du doigt. A mesure que la maladie se développe, la peau est plus tendue sur les tissus malades et perd de sa mobilité; la chaleur de la partie devient plus grande et la douleur plus vive. Le malade ressent là des élancements et des battements qui sont sans doute en rapport avec les pulsations des artères, car ils diminuent quand on donne à la partie une position élevée

qui rend moins facile l'abord du sang. Si l'on comprime la tuméfaction phlegmoneuse, on y développe une douleur assez vive.

Quand il s'agit d'un *phlegmon profond*, quelques-uns de ces signes font défaut ; ainsi la tuméfaction est vaguement limitée, la peau saine, la température de la partie peu élevée. La douleur seule persiste, elle est profonde et sourde, et peut, avec l'augmentation de volume du membre et une certaine gêne dans l'épaisseur des masses sous-cutanées, mettre sur la voie du diagnostic. Ce qui peut tromper quelquefois dans ce cas, c'est qu'au lieu d'augmenter, la douleur diminue notablement par la pression.

Les fonctions des organes, muscles ou viscères, voisins du phlegmon, sont entravées par le développement du mal.

Le phlegmon circonscrit ne s'accompagne assez souvent d'aucun trouble général de l'économie ; mais lorsque la tuméfaction est étendue, on voit un ensemble de phénomènes fébriles. La chaleur de la peau s'élève ; le pouls devient fort et fréquent ; une soif vive s'empare du malade. Chez de jeunes enfants, le développement d'un phlegmon simple peut s'accompagner rapidement de délire. Dans quelques cas, le pouls, au lieu d'être fort, reste petit et concentré ; mais souvent cette concentration du pouls est plus factice que réelle, et la circulation se relève promptement après une évacuation sanguine.

Le phlegmon circonscrit se termine de plusieurs façons. La terminaison par résolution s'observe quelquefois, mais elle n'est pas très-commune. Dans ce cas, la rougeur, la douleur et la tuméfaction diminuent peu à peu dans la partie malade, qu'on trouve recouverte d'écaillés furfuracées dues à la fragmentation de la couche épidermique de la peau. La résolution ne peut guère être obtenue que dans les six ou huit premiers jours du début d'un phlegmon, et elle est souvent lente à se faire. Il reste alors un noyau induré qui se dissipe en l'espace de plusieurs mois.

Quand le phlegmon circonscrit persiste avec tous ses caractères d'acuité pendant six à huit jours, on doit craindre la suppuration qui s'annonce par des douleurs pulsatives et par des frissons passagers. La rémission de tous ces symptômes indique la formation du pus, et nous renvoyons le lecteur à l'article ABCÈS pour ce qui concerne la suppuration du phlegmon simple.

La terminaison par gangrène est une terminaison rare. La violence de l'inflammation, la texture serrée de quelques parties (main, pied), certaines causes septiques du mal, sont des conditions favorables au développement de la gangrène. C'est le plus souvent le centre du phlegmon qui se mortifie, et, en général, la partie sphacélée s'élimine, tandis que le reste suppure.

Assez rarement encore le phlegmon se termine par induration ; les phénomènes inflammatoires ne subissent point alors de retrait complet, la partie s'indure et reste très-longtemps dans cet état. Cette terminaison du phlegmon aigu par induration n'est pas ce qu'on a décrit autrefois

sous le nom de *phlegmon chronique* ; car la plupart des faits classés sous ce titre paraissent appartenir aux formes tertiaires de la syphilis. Il serait difficile en effet de trouver quelque différence entre la description de la gomme syphilitique et celle de la maladie qu'on a nommée phlegmon chronique. C'est dans les deux cas une tuméfaction circonscrite du tissu cellulaire, avec coloration violacée de la peau, qui peu à peu s'amincit et s'ulcère comme la gomme syphilitique. J'ai vu à l'hôpital Saint-Antoine un cas qui mériterait mieux ce nom : c'était sur un malade dont la partie postérieure du bras avait été le siège d'une sorte de sclérème, et chez lequel la suppuration s'était lentement développée sur plusieurs points de la partie malade. Il n'y avait là rien de la syphilis, mais ce fait, dont je ne connais pas d'autre exemple, ne peut pas être assimilé à ce qu'on a appelé phlegmon chronique.

ÉTILOGIE. — Le phlegmon circonscrit peut provenir d'une cause interne qui nous est inconnue, mais il succède souvent à quelque violence extérieure, contusion ou plaie. Un corps étranger qui pénètre dans nos tissus peut devenir l'origine d'un phlegmon simple ; il en est de même du sang, ce qui donne lieu à une variété d'*abcès sanguins*. Un phlegmon peut aussi prendre naissance autour d'une tumeur, d'une nécrose, qui irritent par leur présence le tissu cellulaire qui les entoure.

DIAGNOSTIC. — Le gonflement douloureux des tissus ne permet pas de confondre le phlegmon circonscrit sous-cutané avec l'*érysipèle* ni avec l'*angioleucite*. Le phlegmon profond peut être assez facilement confondu à son début avec le *rhumatisme musculaire*, et plus tard avec la *périostite* et l'*ostéite*, surtout chez les enfants. Nous verrons ailleurs comment on peut distinguer un phlegmon profond de ces dernières affections que nous nous bornons à signaler aujourd'hui.

PRONOSTIC. — Le phlegmon simple, sous-cutané, peu étendu, qui ne siège point dans des parties riches en vaisseaux et en tissu cellulaire, n'est pas grave. Mais cette maladie peut devenir fort dangereuse par sa situation profonde dans certaines régions, comme le cou, par son étendue, son origine (cause interne) et sa terminaison (gangrène).

TRAITEMENT. — Les *émissions sanguines* générales ou locales sont recommandées au début du phlegmon simple, mais il ne faut pas s'exagérer leur valeur. La saignée générale diminue l'état fébrile ; les applications de sangsues éteignent plus ou moins la douleur, mais ces moyens ne réussissent pas souvent à amener la résolution franche d'un phlegmon simple à marche rapide. Quoi qu'il en soit, au seul point de vue de la limitation des accidents, les antiphlogistiques rendent de véritables services, dont on ne tient peut-être pas assez de compte dans le traitement de cette affection. On aidera leur action par des topiques émollients et narcotiques, par l'élévation de la partie malade, l'administration de quelques laxatifs, le repos et la diète.

On substitue avec avantage, dans certains phlegmons, les *ponctions* aux émissions sanguines ; on peut les pratiquer avec une lancette ou avec un

bistouri étroit sur plusieurs points de la surface phlegmoneuse, et l'on enfonce alors l'instrument à une profondeur variable, suivant l'épaisseur du phlegmon et les rapports anatomiques de la région malade. Ces piqûres doivent, en tout cas, traverser le phlegmon dans la plus grande partie de son épaisseur. J'ai vu ces ponctions, que Velpeau emploie souvent à la première période du phlegmon circonscrit, amener une résolution qu'on demanderait en vain à d'autres moyens.

Cependant ces ponctions ne sont pas facilement acceptées par le malade, et, dans quelques cas, le chirurgien doit s'en abstenir, s'il peut craindre, en les pratiquant, de léser quelque organe important à la vie. On a recours alors simplement à des topiques émollients.

On emploie souvent, d'après le conseil de Serre, d'Uzès (1), les larges et fréquentes onctions d'onguent napolitain, pour amener la résolution du phlegmon simple. Ces frictions sont faites toutes les deux heures pendant dix minutes au moins. On a prétendu qu'on pouvait obtenir ainsi la résolution du mal en vingt-quatre ou quarante-huit heures; mais cette médication échoue si souvent qu'on est forcé de lui reconnaître peu d'importance.

La compression exercée à l'aide de bandes sur un phlegmon circonscrit, loin d'avoir une action favorable, augmente les douleurs et hâte la terminaison par suppuration.

On doit, dans tous les cas de phlegmon circonscrit, rechercher si la maladie n'est pas due à quelque action mécanique, comme un corps étranger retenu dans les tissus; il faudrait alors extraire ce corps le plus promptement possible.

Quand le phlegmon circonscrit finit par la suppuration ou la gangrène, on doit se comporter comme nous l'avons dit aux articles ABCÈS et GANGRÈNE.

ARTICLE II.

PHLEGMON DIFFUS.

On appelle *phlegmon diffus*, l'inflammation aiguë, non circonscrite, du tissu cellulaire, avec tendance à envahir rapidement de proche en proche les couches celluluses voisines et à en produire la mortification.

On a encore désigné cette maladie sous les noms d'*érysipèle phlegmoneux*, de *phlegmon érysipélateux* ou *gangréneux*, mais nous préférons à ces expressions, qui n'ont pas peu contribué à jeter de la confusion dans ce sujet, celle de *phlegmon diffus*. En effet, la phlegmasie érysipélateuse de la peau n'est point un signe de la maladie; elle manque dans les phlegmons diffus profonds, et assez souvent aussi dans les phlegmons diffus du tissu cellulaire sous-cutané. Cela dit, on ne doit pas oublier toutefois que c'est sous la rubrique de l'érysipèle qu'a été d'abord décrite la maladie qui nous occupe.

(1) *Nouveau Traitement spécial et abortif de l'inflammation de la peau, du tissu cellulaire, etc.* Montpellier, 1834.

HISTORIQUE. — Il n'existe pas dans les auteurs anciens de description spéciale du phlegmon diffus. On commence, dit-on, à trouver dans Ambroise Paré, dans Fabrice de Hilden et dans Mauquest de la Motte, des faits qui se rapportent à cette affection; mais quelques-uns de ces faits ne sont pas du tout probants, et de ce nombre est l'observation si souvent citée de Charles IX, qui, à la suite d'une phlébotomie, eut au bras des accidents qu'on ne saurait avec la meilleure volonté du monde rapporter au phlegmon diffus (1). L'histoire scientifique du phlegmon diffus a commencé en Angleterre, vers 1814, par un travail de Hutchinson, inséré dans les *Medico-Chirurgical Transactions*. Quelques années après, d'importantes études sur ce sujet ont été faites par Colles, Duncan et Lawrence. Cette maladie n'a été bien connue en France qu'après les leçons que Dupuytren et Béclard ont professées sur ce sujet, et dont on trouve un bon exposé dans la thèse de Ch. Fournier (1827). Depuis cette époque, d'assez nombreux écrits ont été publiés sur cette question, et l'ont complétée sans y ajouter toutefois beaucoup de faits importants. Voici les principaux travaux à consulter :

HUTCHINSON, *On the Treatment of Erysipelas by Incision* (*Medico-Chirurg. Transact.*, London, 1814, vol. V, p. 278). — COLLES, *Fatal Consequences resulting from Slight Wounds received in Dissection* (*Dublin Hospit. Reports*, vol. III, p. 200, et vol. IV, p. 240). — ANDREW DUNCAN, *Cases of Diffuse Inflammation of the Cellular Texture with the Appearances on Dissection and Observations* (*Transact. of the Med. and Chirurg. Society of Edinburgh*, 1824, vol. I, p. 470). — CH. FOURNIER, *Dissertation sur le phlegmon diffus* (thèse de Paris, 1827). — DUPUYTREN, *Du phlegmon diffus et de l'anthrax* (*Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. IV, p. 430). — MACLACHLAN, *Report of Consecutive Cases of Traumatic Erysipelas and of Diffuse Inflammation of the Cellular Tissue occurring in the Hospital Practice of the 79th Regiment at Glasgow in March and April 1837* (*Edinburgh Med. and Surgical Journal*, 1837, t. XLVIII, p. 352). — GODIN, *Mémoire sur le phlegmon diffus* (*Archives générales de médecine*, 2^e série, t. XV, p. 397). — WACHSMANN, *De phlegmone diffusa* (dissert. inaug., Prague, 1843). — HACQUE, *Du phlegmon diffus* (thèse de Paris, 1834, n^o 153). — CHASSAIGNAC, *Mémoire sur l'emploi du drainage chirurgical dans le traitement du phlegmon diffus* (*Gazette médicale*, 1836, p. 235). — MÈDER, *De l'emploi du vésicatoire dans le traitement du phlegmon diffus* (thèse de Strasbourg, 1856).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le phlegmon diffus siège le plus souvent dans le tissu cellulaire sous-cutané des membres; quelquefois il envahit le cou, la région axillaire, ou bien le tissu cellulaire sous-aponévrotique. Les lésions varient suivant l'époque de la maladie dont le développement comprend plusieurs périodes. Il est bon de noter ici que l'anatomie pathologique du phlegmon diffus peut être assez bien faite sur le vivant à l'aide des incisions que commande presque toujours cette affection.

Si l'on fait une incision dans une partie qui commence à être atteinte de phlegmon diffus, on trouve que la vascularité du tissu cellulaire est

(1) Ambr. Paré, édition Malgaigne, t. II, p. 115.