

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 Bèclard 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'antrax* (*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.

augmentée. La circulation artérielle paraît se faire avec plus d'activité et les veines sont gorgées de sang. Le tissu cellulaire est infiltré d'une sérosité opaline, gélatiniforme, qui lui donne une épaisseur plus considérable, du double ou même d'un tiers, et le fait ressembler à de la pulpe d'orange.

Plus tard apparaît le pus, qui se forme d'abord au-dessous du pannicule graisseux dans le tissu cellulaire qui est à la surface des aponévroses d'enveloppe. Ce pus, étendu en nappe, est le plus souvent concret et d'une coloration jaune-verdâtre; il ne s'écoule point par l'incision comme le pus du phlegmon simple, mais on peut l'enlever en raclant la surface des aponévroses; plus rarement, la matière purulente se développe à la fois dans toutes les mailles du tissu cellulaire. Si le phlegmon est situé au-dessous des aponévroses, celles-ci perdent leur coloration d'un blanc nacré et deviennent verdâtres. Quand on ouvre les gaines aponévrotiques, on voit alors les muscles recouverts d'une couche purulente blanchâtre ou verdâtre, poisseuse, qui se détache difficilement.

Le pus concret se fluidifie bientôt. Il devient rougeâtre et s'écoule par les incisions; il n'est jamais circonscrit par aucune production plastique, mais infiltré dans la trame organique. Les aréoles du tissu cellulaire remplies de pus communiquent les unes avec les autres, et l'on voit des cordons vasculaires ou nerveux rester isolés dans ces cavités purulentes.

On observe à une période plus avancée le sphacèle du tissu cellulaire. Ainsi, lorsque le pus est formé, sa quantité augmente bientôt, les brides vasculo-nerveuses qui servent à cloisonner le tissu cellulaire se rompent, puis ce tissu, privé de ses éléments nutritifs, se sphacèle et peut être entraîné au dehors sous la forme de masses que Duncan compare à des étoupes ou à des écheveaux de fil. Ce ne sont pas là les seules parties qui subissent une désorganisation profonde. La peau, décollée, s'affaisse, et, sans connexion avec le tissu cellulaire, elle se mortifie. Si la phlegmasie a gagné les parties profondes, on voit les muscles décollés par le pus, les tendons mis à nu, les os dépouillés de leur périoste et nécrosés, les articulations ouvertes. Les artères et les nerfs restent souvent intacts, entourés de tous côtés par la matière purulente. Cependant cette inaltérabilité des vaisseaux n'est point de règle absolue, et l'on sait que dans quelques cas, des artères volumineuses se sont enflammées, ramollies et ulcérées sous l'influence du phlegmon diffus.

Chassaignac, qui a fourni des matériaux intéressants à l'histoire du phlegmon diffus, a désigné par des noms différents le siège anatomique varié de la lésion. Il appelle *phlegmon diffus par nappe purulente*, celui qu'on voit très-fréquemment dans le tissu cellulaire au-dessus des aponévroses; *phlegmon diffus panniculaire*, celui dans lequel les mailles du tissu adipeux sont chargées d'une plus ou moins grande quantité de matière concrète; *phlegmon diffus aponévrotique*, l'affection développée à l'intérieur des gaines musculaires; enfin *phlegmon diffus total*, celui qui envahit tout un membre. Dans les deux premiers cas, l'aponévrose a sa coloration nor-

male; mais, dans les deux derniers, la couleur de la membrane est jaunâtre et verdâtre.

Ces noms n'ajoutent pas grand'chose à ce que nous savions déjà; mais de plus Chassaignac prétend qu'il n'y a pas de phlegmon diffus sans suppuration, et que tous les phlegmons qui ne débutent point par de la purulence d'emblée sont de faux phlegmons diffus. Les eschares ne seraient que la conséquence du dépôt de produits plastiques dans les aréoles du tissu cellulaire, une sorte de *diphthérie interstitielle* des plaies. Nous n'adoptons pas la doctrine de Chassaignac, parce que l'examen anatomique des phlegmons diffus sur le vivant à l'aide d'incisions hâtives et profondes jusqu'aux aponévroses, ne nous a fait souvent découvrir aucune trace de pus au début du mal. Si les premiers médecins qui ont écrit sur le phlegmon diffus l'ont souvent confondu avec l'angioleucite et certaines formes d'érysipèle, il ne faut pas non plus porter trop loin l'analyse, et séparer de la maladie en question les lésions phlegmoneuses du tissu cellulaire qui ne débutent point par de la purulence.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes du phlegmon diffus sont locaux et généraux; dans quelques cas la maladie commence par les symptômes généraux des exanthèmes, du frisson, de la lassitude, de l'anxiété, des nausées avec vomissements, céphalalgie; puis, durant la réaction, paraissent les lésions locales; d'autres fois ces phénomènes généraux sont ceux des fièvres typhoïdes. Dans des cas plus alarmants, comme ceux qui proviennent d'une inoculation de matières septiques, les symptômes généraux éclatent en même temps que se montrent les signes locaux. Enfin, quand la maladie reconnaît pour cause des violences extérieures, les troubles locaux précèdent l'affection générale.

On peut admettre pour la facilité de l'exposition trois périodes distinctes dans le développement du phlegmon diffus: 1° une *période inflammatoire*, 2° une *période de mortification*, 3° une *période d'élimination des eschares*.

1° *Période inflammatoire*. — Un ou deux jours avant le frisson et les autres symptômes généraux qui l'accompagnent, une douleur, d'abord légère, se manifeste dans le point que va envahir le phlegmon diffus. Le gonflement se montre bientôt; il est rapide, considérable, sans limites précises, et efface les saillies osseuses des parties sur lesquelles il se montre. La douleur devient extrêmement vive, profonde, accompagnée de tension et de battements; la peau peut être affectée primitivement de rougeur érysipélateuse, mais assez souvent cette rougeur n'existe que consécutivement, et c'est alors une coloration inégale, disposée par plaques, par lignes ondulées qui sillonnent la surface des membres; d'un rouge vif en différents points, cette peau est ailleurs livide, violette, ardoisée et en quelques endroits presque noire. Il y a parfois des phlyctènes remplies de sérosité limpide ou sanguinolente. Les ganglions lymphatiques voisins de la partie enflammée se tuméfient souvent et deviennent très-douloureux.

Lorsqu'on applique les doigts sur la partie malade en la comprimant un peu, elle en conserve quelques instants l'impression et fait éprouver au toucher une sensation toute particulière, que Duncan comparait à celle que fournit alors une surface ferme, douce et unie, recouvrant une partie spongieuse pleine de liquides. Selon Béclard, cette sensation tient le milieu entre la mollesse de l'œdème, la dureté du phlegmon circonscrit et l'élasticité de l'emphysème.

Le malade éprouve dans la partie affectée, tantôt une sensation de compression et d'étranglement, tantôt celle d'une chaleur brûlante que l'eau la plus froide peut à peine apaiser. Chose curieuse ! on a vu alors la peau être au thermomètre beaucoup plus froide que dans l'état sain.

Dans les cas graves, des troubles généraux marchent conjointement avec les symptômes locaux. La fièvre est très-vive, la dépression des forces considérable, l'anxiété et l'agitation très-marquées. Le malade se plaint d'une insomnie continue; on observe aussi du délire tantôt fugace, tantôt très-violent. L'appétit est éteint, la soif vive, la langue sèche, brunâtre; les urines sont rares et briquetées. Il y a souvent au début du phlegmon de la constipation, et plus tard de la diarrhée.

La maladie peut à cette période se terminer par résolution; mais c'est une chose très-rare. Duncan rapporte un fait où des sueurs très-abondantes, fétides et noirâtres, ont servi de crise à cette affection, qui disparut dès lors rapidement. Dans d'autres cas le phlegmon se modifie, la suppuration s'établit, mais il ne se forme que de petits foyers circonscrits.

2^o *Période de mortification.* — Du quatrième au sixième jour, tous les symptômes inflammatoires, arrivés à leur plus haut degré d'intensité, paraissent s'amender; la tension, la douleur, la rougeur même, diminuent dans la partie malade; et le toucher fait de nouveau reconnaître un empâtement œdémateux. La cessation des accidents généraux pourrait faire croire à un chirurgien peu expérimenté que la résolution est prochaine, mais cette illusion ne serait pas de longue durée. Cette rémission apparente du mal n'est en effet que le signe de la mortification du tissu cellulaire.

3^o *Période d'élimination des eschares.* — La maladie, abandonnée à elle-même, fait d'incessants progrès. La peau se décolle du tissu cellulaire, s'amincit et se perforé en un grand nombre d'endroits; puis par ces ouvertures spontanées s'écoule en abondance un pus d'abord assez louable, mais qui s'altère bientôt et devient ichoreux, fétide, séreux ou sanguinolent. On fait sortir avec le pus des lambeaux du tissu cellulaire sphacélé, des portions de tendons et d'aponévroses. La peau, amincie, disparaît souvent avec rapidité par une absorption ulcéralive qui réunit en une seule ses diverses ouvertures; dans d'autres cas, les téguments qui séparent les divers trous se sphacèlent complètement. C'est dans cette période qu'on a pu voir quelques hémorrhagies par destruction ulcéralive des artères.

La mort est une terminaison fréquente du phlegmon diffus de vaste étendue. Un malade déjà affaibli peut succomber à l'intensité de la douleur et à la réaction fébrile, mais la mort arrive plus souvent par l'oppression complète des forces, conséquence de l'étendue de la phlegmasie et de la nature infectieuse de la lésion. Si le malade résiste aux premiers accidents, il aura à subir les conséquences d'une suppuration intarissable, et restera assez longtemps encore sous l'imminence d'une infection purulente. Enfin, si la guérison arrive, lorsque la cicatrisation s'opère, le tissu cellulaire détruit est remplacé par une lymphe plastique qui fait adhérer ensemble des organes habitués à se mouvoir les uns sur les autres. La partie semble alors comme atrophiée. La guérison obtenue, les fonctions du membre se rétablissent difficilement ou sont à jamais détruites, soit que les articulations aient été envahies par l'inflammation, soit que des adhérences insolites se soient établies entre la peau et les tissus qui glissent sous elle, soit enfin que certains tendons ou muscles aient été désorganisés.

Il faut reconnaître toutefois que dans quelques cas le phlegmon diffus est assez borné et n'a que peu de gravité.

ÉTIOLOGIE. — Le phlegmon diffus est bien plus rare chez l'enfant que chez l'adulte. Il est moins fréquent chez les femmes que chez les hommes, exposés dans leurs travaux à des causes fréquentes de cette maladie.

Les causes du phlegmon diffus sont générales ou locales. Les causes générales prédisposantes sont mal connues. Cette affection paraît se développer de préférence chez certains individus doués à cet égard d'une funeste idiosyncrasie: ainsi, tel élève en médecine sera plus que ses camarades apte à contracter par les piqûres anatomiques cette terrible phlegmasie. Cependant la faiblesse native ou acquise, une tendance marquée aux affections suppuratives, etc., sont de véritables causes prédisposantes de phlegmon diffus.

Les causes locales et efficaces du phlegmon diffus sont nombreuses et variées. Ce sont des efforts musculaires violents, des piqûres, des plaies contuses, des brûlures, les applications de substances irritantes sur des ulcères ou des plaies, la contusion forcée de certains cors ou durillons par des chaussures trop étroites; l'infiltration dans le tissu cellulaire de liquides normaux irritants (urine, bile), ou de médicaments (vin infiltré dans les bourses durant l'opération de l'hydrocèle); les écrasements de doigts ou d'orteils.

Nélaton a remarqué que les blessures du petit doigt et du pouce sont bien plus fréquemment une cause de phlegmon diffus de l'avant-bras que les plaies des autres doigts de la main, et cela s'explique par la disposition anatomique des gaines tendineuses du pouce et de l'auriculaire, qui sont tous deux munis d'une bourse synoviale, l'une externe, l'autre interne.

La contusion des bourses séreuses sous-cutanées est aussi une cause fréquente de phlegmon diffus. Ainsi la contusion de la bourse séreuse olécranienne est souvent le point de départ de phlegmons diffus