

chéloïde et une complication fréquente. Nous renvoyons à ce chapitre (Voir Lésions des éléments anatomiques néoformés. Cicatrices).

§ 8. — Condylomes.

Les condylomes ne sont qu'une hypertrophie papillaire spéciale à certaines régions, soumises selon toute apparence, sinon à la syphilis, au moins aux maladies vénériennes, et que l'étude des maladies de la région anale ou de la région pénienne doit nécessairement comprendre.

§ 9. — Éléphantiasis.

L'éléphantiasis, comme le révèlent les recherches pathologiques, présente une hypertrophie totale de la peau et du tissu conjonctif sous-cutané dans laquelle, selon toute probabilité, l'élément lymphatique et l'élément veineux jouent le principal rôle, soit qu'ils aient en quelque sorte présidé aux débuts même de l'affection, soit qu'ils aient suivi l'impulsion générale.

L'histoire de cette affection revient à propos des grandes régions de l'économie, et son traitement, basé sur l'état général, sur le volume de l'hypertrophie, est toujours soumis aux procédés qui peuvent entraver la fâcheuse disposition individuelle ou la supprimer. Aussi préférons-nous réserver pour l'étude des maladies des régions ce qui nous semble devoir être dit de cette affection, contre laquelle la chirurgie ne paraît avoir encore qu'une action très limitée.

CHAPITRE II. — LÉSIONS CHIRURGICALES DU SYSTÈME CONNECTIF ET DE SES DÉRIVÉS.

Considérations anatomo-physiologiques.

Le tissu connectif constitue la trame générale au milieu de laquelle sont déposés tous les différents éléments du corps. C'est lui qui forme la charpente de tous nos organes et qui sert de lien entre eux. Dérivé du feuillet moyen de blastoderme, il débute toujours et partout par une masse molle de consistance mucôide, presque gélatineuse, dans laquelle sont déposées des cellules embryonnaires désignées souvent sous le nom de cellules plasmatiques. Cette substance fondamentale se condense sous forme de fibrilles plus ou moins épaisses entre-croisées en tous sens. Si les fibrilles restent molles, infiltrées de liquides, le tissu connectif conserve sa forme embryonnaire et constitue le *tissu connectif muqueux* que l'on retrouve chez le fœtus dans la gelée de Wharton du cordon ombilical et chez l'adulte dans le corps vitré. A un degré de condensation un peu plus avancé, mais réduit toujours à des fibrilles d'une ténuité extrême, il

forme d'abord la *névroglie* (1), gangue dans laquelle sont déposées les cellules et les fibres des centres nerveux; puis le tissu connectif intercellulaire des parenchymes; plus condensé encore, il forme le tissu connectif lâche sous-cutané ou interstitiel. Partout où des pressions normales ou accidentelles se produisent, qu'elles soient dues à des mouvements des muscles sous-jacents ou à des résistances extérieures, le tissu connectif lâche se condense de plus en plus, s'étale en lames dont l'épaisseur et la résistance seront en rapport avec les pressions prolongées. Mais c'est beaucoup plus à la répétition incessante des compressions qu'est due la condensation du tissu connectif qu'à une action brusque et violente. C'est ainsi que se forment les couches connectives qui constituent la périphérie des séreuses en général, qu'elles appartiennent aux bourses séreuses, aux gaines tendineuses, aux synoviales articulaires ou aux grandes séreuses de l'économie. Lorsque, par suite d'une irritation permanente et de longue durée, une hyperplasie connective intervient dans ces tissus, quand l'hypergenèse de leurs éléments, d'autant plus facile que c'est eux seulement qui sont en possession de la faculté de reproduction chez les animaux supérieurs, se développe, les parois s'épaississent, deviennent épaisses, fibreuses, etc.

Aux mêmes causes est due la formation des lames aponévrotiques qui entourent les grands groupes musculaires. Ces aponévroses se continuent en réalité directement avec le tissu cellulaire sous-cutané d'une part et avec le même tissu intermusculaire d'autre part, de telle sorte qu'une gaine aponévrotique qui entoure un membre se continue avec des gaines moins épaisses isolant les différents plans musculaires; ces gaines à leur tour se continuent avec celles qui séparent les différents muscles des groupes tout comme ces dernières se continuent avec les éléments connectifs qui séparent les faisceaux et plus profondément encore les fibrilles de ces muscles.

Les capsules fibreuses, véritables manchons connectifs qui entourent les articulations, sont des formations de même nature, les ligaments n'en étant que des parties épaissies destinées à s'opposer à l'exagération des mouvements et à limiter leur extension; la nature et l'espèce des mouvements étant toujours et uniquement déterminées par la forme des surfaces articulaires.

Les tendons eux-mêmes ne sont que des variétés du tissu connectif. Ce sont des aponévroses roulées en cordes; en effet, ce que nous appelons, en anatomie descriptive, les aponévroses des muscles de l'abdomen, ne sont que des tendons aplatis disposés en lames; si nous les supposons arrondies et ramassées sur elles-mêmes, leur fibres formeront des cordages de grosseurs variées. Et cependant il ne faut pas oublier que dans les tendons les cellules du tissu connectif affectent une disposition spéciale étudiée par Ranvier.

Dans la texture de toutes ces variétés d'un seul et même tissu l'on trouve toujours, et en quantité variable, des éléments particuliers sur la genèse desquels nous ne sommes pas encore fixés, ce sont les fibres élastiques. Accumulées quelquefois en nombre considérable jusqu'à constituer, comme dans les ligaments jaunes et dans les tuniques des gros vaisseaux artériels, la presque totalité des éléments, on les voit diminuer de quantité dans le substratum des sé-

(1) Il est cependant à remarquer que la névroglie que paraît pas se développer aux dépens du feuillet moyen, comme tous les autres tissus connectifs, qu'elle provient du feuillet externe avec les éléments nerveux centraux auxquels elle sert de trame de soutènement.

reuses, dans les aponévroses d'enveloppe où cependant leur présence joue un rôle important; elles ne sont plus dans les tendons et les aponévroses tendineuses qu'en nombre restreint. En effet, les aponévroses d'enveloppe des membres, étirées dans la flexion, doivent, par leur élasticité, pouvoir revenir sur elles-mêmes lorsque intervient l'extension. Ce retrait des aponévroses n'est possible qu'en raison de la présence des fibres élastiques dans leur texture. Les tendons, au contraire, ne sauraient être que fort peu ou pas élastiques, sans quoi une partie de la force développée par le muscle dont ils sont le cordage de transmission, serait perdue et utilisée à vaincre l'élasticité du tendon, l'effet utile de la force se trouverait diminué, et la quantité de calorique consommée pour produire ce déchet serait dépensée en pure perte.

C'est dans les paquets fibrillaires du tissu connectif que cheminent les vaisseaux sanguins; si les vaisseaux sont volumineux et si leurs alternatives d'expansion et de retrait sont fréquentes et considérables, les éléments connectifs environnants se condensent et il se forme autour d'eux un véritable canal fibroïde connu sous le nom de gaine des vaisseaux, qui se continue sur leurs parois elles-mêmes et forme ce que nous sommes convenus d'appeler leur tunique externe, bien qu'en réalité cette tunique ne soit qu'une dépendance du tissu connectif général de l'économie.

Les petits vaisseaux, ainsi que les capillaires, n'arrivent aux territoires organiques, dont ils assurent la nutrition, que par l'intermédiaire des trabécules connectives qui leur servent de soutien et de guides. Mais les tissus connectifs, étant des parties très vivantes, reçoivent eux-mêmes des vaisseaux destinés à les irriguer.

Il est aisé de comprendre que plus ces tissus seront devenus denses et compacts, plus ils sont tassés, moins ils contiendront de liquides, moins aussi leur circulation sanguine sera grande, et elle ne se développera que lorsque, par suite d'une irritation continue, les petites anastomoses ou les petits vaisseaux rudimentaires qui suffisent normalement à leur circulation viendront à se dilater. Lorsque, au contraire, sous l'influence d'un stase sanguine, d'une obstruction de ces petits vaisseaux, dues à un processus inflammatoire aigu, leur calibre se trouve oblitéré et la circulation entravée, la mort des trabécules connectives s'ensuivra; tous les processus nécrobiotiques s'y développeront en entraînant souvent les mêmes accidents pour les territoires auxquels étaient destinés les vaisseaux dont ils étaient les soutiens et auxquels ils servaient de voie de cheminement.

Nous avons dit que les trabécules connectives sont entre-croisées en tous sens. Par l'effet même de cet entre-croisement, elles laissent entre elles des lacunes, très petites souvent, plus grosses quelquefois. Ces lacunes sont en rapport inverse avec le nombre plus considérable de fibrilles et avec leur condensation. C'est dans ces lacunes que s'accumulent les liquides qui imbibent les tissus connectifs néoformés ou leurs analogues les tissus muqueux. Les méthodes d'argentation ont prouvé que toujours les parois de ces lacunes sont tapissées par un endothélium discontinu. C'est là aussi que l'on rencontre les cellules plasmatiques et là encore qu'au niveau des points nodaux de l'entre-croisement fibrillaire se voient des leucocytes. Ces petits espaces lacunaires communiquent entre eux, non point par un système canaliculé à parois propres, mais bien par les interstices infiniment petits qui existent entre les fibrilles auxquelles ils doivent leur existence. Ce sont ces lacunes et ce système interstitiel qui constituent les voies de la circulation du plasma extravasé au travers des parois capillaires. Par les mêmes voies

reviennent les produits de désassimilation des éléments organiques. Ces lacunes et ces espaces interfibrillaires aboutissent plus loin à un système canaliculé, *système lymphatique*, qui a donc ses origines partout dans la trame de nos tissus et dont la richesse est en rapport avec l'activité nutritive de ces tissus.

Je n'ai pas à m'étendre ici sur ces questions d'anatomie générale, ce que je viens d'en dire suffit à la compréhension des lésions pathologiques.

Un mot cependant encore. Plus les tissus connectifs seront compacts, moins leur vascularité sera grande, moins aussi les lacunes lymphatiques y seront nombreuses, et par conséquent moins on trouvera de leucocytes dans leur texture. Au contraire dans des formes plus molles, moins condensées et soumises à des alternatives fréquentes de déplétion ou de réplétion vasculaires, le nombre des leucocytes sera considérable, ils infiltreront et distendront les lacunes connectives. Cette disposition se voit surtout sous la muqueuse intestinale soumise, en raison de la digestion, à des variations circulatoires énormes; la forme des lacunes distendues par un nombre très grand de leucocytes, la disposition en surface de ce tissu connectif sous-muqueux lui a fait donner le nom de *tissu adénoïde*. Sa structure rappelle en effet celle des follicules lymphatiques élémentaires.

C'est également par l'intermédiaire des trabécules connectives que les fibrilles nerveuses arrivent à leur destination et peuvent atteindre leurs éléments cellulaires périphériques.

Supposons maintenant que la substance fondamentale qui constitue le tissu connectif et les cellules embryonnaires qui s'y trouvent viennent à varier de nature physique et chimique, de consistance et de forme, nous verrons se produire toutes les transitions entre les tissus fibreux, cartilagineux et osseux. Déjà nous avons étudié longuement ces modifications (Voir liv. I, chap. I et II). Nous aurons du reste à y revenir en étudiant plus particulièrement les affections chirurgicales du système cartilagineux et du système osseux.

ARTICLE I^{er}. — AFFECTIONS CHIRURGICALES DU TISSU CONNECTIF SOUS-CUTANÉ.

§ 1. — Phlegmon circonscrit.

L'inflammation du tissu conjonctif sous-cutané ou situé dans l'intervalle des organes peut rester limitée à un département restreint de ce tissu: c'est le *phlegmon circonscrit*.

Quels que soient ses caractères, il est toujours lié à l'intensité de la cause déterminante et aux qualités du terrain sur lequel il s'est développé. Aussi le voit-on quelquefois se terminer par résolution, mais la suppuration est la règle, et le pus, quand il se produit, est la conséquence d'une sorte d'infection locale portée plus ou moins directement dans l'intimité des tissus.

Toute substance irritante peut déterminer autour d'elle une inflammation, mais l'infiltration de pus et sa collection sous forme de foyer unique ou multiple réclame l'intervention d'un agent septique.

Celui-ci proviendra de l'air extérieur, d'un instrument souillé, de liquides introduits par la dent des animaux, de pansements mal faits, quand il existe une plaie.

Si au contraire le phlegmon circonscrit se développe sans solution de continuité des téguments, à la suite de maladies graves, dans le cours d'intoxications générales, après une contusion violente, il est de toute évidence que l'agent septique a été fourni par le sang, par les tissus altérés, et que son action aura été favorisée par un état général mauvais.

Un épanchement traumatique de sang après une contusion aura d'autant plus de chances de déterminer un phlegmon suppuré que l'attrition aura été plus vive et que les tissus privés par le traumatisme de leur circulation interstitielle ou capillaire ne se prêteront plus à la résorption. Le sang deviendra un véritable corps étranger; il irritera les parties voisines, et la suppuration surviendra.

Le processus sera le même quand dans une injection sous-cutanée le liquide injecté aura entraîné avec lui des germes dont les tissus ne peuvent supporter le contact, ou quand la nature du liquide aura été trop irritante. La circulation sera frappée d'arrêt, autour des vaisseaux atteints les tissus perdront leur activité nutritive et l'inflammation, dès lors plus vive autour du foyer dont la vie est compromise, amènera la suppuration.

Il nous semble que la marche du phlegmon circonscrit est ainsi soumise par inoculation directe ou par un travail nécrobiotique des tissus, à une étiologie générale à laquelle aucun cas n'échappe.

Le phlegmon circonscrit une fois développé, revêtira une forme variable suivant la région atteinte. Superficiel ou profond, il sera ou très limité ou bien plus ou moins étalé en surface par des aponévroses qui le brident. Il fusera dans les interstices musculaires, mais jamais il ne prendra les caractères graves que nous verrons se présenter dans le phlegmon diffus.

Autour des cavités séreuses ou dans les viscères qui de toute part sont revêtus par ces séreuses, le processus inflammatoire déterminera à la périphérie du foyer l'adhérence des deux feuillets opposés, véritable soudure cicatricielle. Lorsqu'au contraire, un liquide épanché entre les feuillets séreux empêchera leur adhérence, le pus se déversera dans la cavité splanchnique, si le phlegmon s'est fait jour vers elle. Mais les adhérences, quand elles ont eu le temps de se former, préviendront tout épanchement, et le pus pourra s'avancer au loin et rencontrer sur son passage une voie d'évacuation moins dangereuse, comme l'issue des abcès du foie à travers les bronches ou dans un viscère voisin, en offre quelquefois des exemples.

Le tissu conjonctif est le terrain anatomique du phlegmon. Soumis à l'irritation, suivant les lois déjà plusieurs fois exposées dans cet ouvrage, il devient le siège d'un épanchement séro-fibrineux qui distend

ses mailles, et il se présente dès le début au milieu des parties saines comme une zone indurée. Bientôt le centre, quand la suppuration apparaît, se ramollit, et la *fluctuation* décèle la présence du pus.

Le symptôme de la *fluctuation* n'est autre chose qu'un phénomène physique; en effet, les liquides étant incompressibles et transmettant les chocs dans tous les sens, il s'ensuit qu'un liquide contenu dans une poche s'il vient sur un point à être soumis à un choc, le transmettra intégralement à tous les points de la poche qui le contient. Lorsque donc deux ou plusieurs doigts d'une main sont appliqués sur le pourtour de la cavité qui contient le liquide et que les doigts de l'autre main percutent la paroi de cette cavité du côté opposé, les sensations de flot liquide se transmettent directement aux doigts de la première main. Ce phénomène de la fluctuation n'est perceptible qu'à la condition que les parois de la poche liquide ne soient pas trop épaisses; l'épaisseur peut être due à la masse des tissus sains périphériques (abcès profonds), à l'induration de la coque qui forme les parois ou encore à la distension tellement considérable de la poche par les liquides contenus que le déplacement de l'onde ne soit plus possible.

Il est bon de faire remarquer déjà ici que souvent un chirurgien inexpérimenté peut être induit en erreur et prendre pour de la fluctuation la sensation molle et semi-fluide que donnent les fibres musculaires à l'état de non-contraction. Le phénomène physique est le même, la substance musculaire est en effet toujours très riche en liquides, d'une élasticité très faible, et donne à la palpation la sensation d'un corps mou très dépressible, transmettant les chocs en raison de la grande quantité de liquide qu'elle contient; cette sensation peut simuler la fluctuation et est connue sous le nom de *fausse fluctuation*.

Nous ne parlerons pas ici des caractères généraux de l'inflammation que nous avons longuement décrits (Voir Inflammation).

La peau, amincie peu à peu par un travail de résorption lente, s'ulcère, et le foyer se vide rapidement ou progressivement selon que ce foyer est plus ou moins étendu. Les bourgeons charnus se forment et la réparation s'opère, mais toujours elle laisse après elle une induration d'une durée variable. Il faut en effet un certain temps pour que le tissu conjonctif dont les éléments sont entrés en prolifération embryonnaire puisse réabsorber les liquides épanchés, en même temps que s'organisent sous forme de fibres conjonctives les éléments proliférés.

Ce travail intime s'accuse à un plus haut degré au voisinage des os, sur la voûte du crâne, où le périoste participe à l'inflammation. Le phlegmon circonscrit est dans ces régions entouré d'un cercle dur qui semble formé autour d'une cavité profonde.

Les collections purulentes phlegmoneuses ont une tendance marquée à se porter vers la peau, ou bien, retenues par des aponévroses, elles cheminent vers les muqueuses ou les séreuses. Elles suivent en effet la

voie qui leur offre le moins de résistance, poussées par le mouvement des artères, la contraction des muscles et la pesanteur des liquides formés.

Dès le début nous avons fait pressentir que la terminaison du phlegmon circonscrit par résolution était rare. Quand elle a lieu, les liquides surabondants dus à l'exagération nutritive se résorbent peu à peu, l'induration de la première période persiste, mais la rougeur, la douleur et l'élévation de température s'effacent. L'état chronique après l'issue du pus est rare aussi, on le voit cependant à la suite des plaies mâchonnées, des plaies venimeuses et empoisonnées; la production d'abcès successifs en est en effet le principal caractère.

La région où se produit l'inflammation circonscrite modifie aussi beaucoup la marche du phlegmon circonscrit. L'aisselle par exemple, où le tissu cellulaire est lâche et lamelleux, est rapidement envahie, et la suppuration laisse après elle une cavité d'une réparation si difficile, que des trajets fistuleux peuvent quelquefois persister pendant longtemps. Au niveau des plis articulaires, au pli de l'aîne, au creux poplité les mêmes résultats peuvent, sous une forme atténuée, se présenter aussi et le chirurgien doit se préoccuper souvent d'assurer la guérison par l'immobilité longtemps maintenue. En effet la condition essentielle du travail de réparation étant l'adossement possible des parties maintenu jusqu'à la guérison, cette condition ne saurait que difficilement être obtenue dans l'aisselle et la fosse ischio-rectale, en raison de leur disposition anatomique, et aux niveaux des plis articulaires en raison de leur mobilité.

Enfin les phlegmons profonds, sous-aponévrotiques, à cause de leur voisinage avec les gaines musculaires, les articulations, les vaisseaux, les os, offrent une certaine gravité qui imposera toujours une intervention rapide.

Il est rare cependant que les vaisseaux souffrent beaucoup du contact du pus. Ils traversent aussi bien les collections purulentes, mais dans quelques cas on les a vus s'ulcérer et produire ainsi des hémorragies graves; tous ces phénomènes s'expliquent aisément par la structure des artères et par la richesse de leur réseau de vasa-vasorum dont les anastomoses se font toujours par des rameaux multiples venus de loin en amont et en aval.

Le diagnostic du phlegmon circonscrit ne paraît pas offrir de difficulté sérieuse. Considéré en général le diagnostic différentiel des phlegmons des différentes régions trouvera mieux sa place dans l'étude de la pathologie spéciale.

L'inflammation phlegmoneuse superficielle est toujours facilement reconnue. Profonde, elle se trahit aussi par des signes certains; mais à supposer qu'il fût alors presque impossible de constater le signe certain d'une collection purulente, la fluctuation, il faudrait accorder à l'œdème

de plus en plus accusé et à la douleur vive au centre de cet œdème, quand on vient à déprimer les tissus avec le doigt, une grande importance.

Traitement. — Ce point de diagnostic a en effet une importance capitale vis-à-vis du traitement. Évacuer au plus vite la collection de pus doit être la première préoccupation. Les incisions suffisamment larges faites au bistouri, dans le point le plus déclive, assurent l'écoulement des liquides, jointes au drainage.

Les drains en caoutchouc vulcanisé sont de tous les meilleurs parce qu'ils ne se laissent pas affaisser ou comprimer, et parce qu'ils permettent de faire dans le foyer des injections complètes. A ce sujet on ne saurait trop recommander de faire, immédiatement après l'incision, des lavages avec l'eau phéniquée ou simplement alcoolisée de façon à évacuer totalement le contenu du foyer. Ces lavages, poussés jusqu'au moment où le liquide revient absolument clair, préparent souvent le retrait rapide de la cavité et une sorte de réunion par première intention. Nous avons été ainsi témoins de guérisons rapides dans des phlegmons périnéphrétiques, dans des phlegmons étendus, dans des abcès de la paume de la main. Mais il ne faut pas oublier que la nature même de la cause qui a présidé à la naissance du phlegmon modifiera toujours beaucoup les résultats du traitement: tels sont par exemple les abcès urinaires, les abcès septiques qui altèrent profondément la texture des tissus autour d'eux.

Le traitement abortif du phlegmon circonscrit est utile, mais il sera toujours peu efficace; tout au plus pourra-t-il modifier l'intensité du mal et rétrécir ses limites. Les bains locaux, les émoullients rendus aseptiques sont toujours employés. Les seuls moyens qui offrent des chances de succès sont les précautions antiseptiques aujourd'hui dirigées contre les plaies de mauvaise nature, et dont le but est non pas d'arrêter sur place une inflammation déjà née, mais de la prévenir quand il en est temps encore.

§ 2. — Phlegmon diffus.

Le *phlegmon diffus*, par son étiologie et par sa marche, se rapproche de toutes les affections que nous avons signalées comme appartenant à la grande classe des maladies septiques.

Ses caractères principaux sont un envahissement rapide du tissu conjonctif, et une tendance marquée des parties envahies à la gangrène et à la suppuration.

Il convient cependant d'établir, avant de donner de cette affection une description méthodique, que sa physionomie n'est pas toujours la même et que l'on a cru devoir rapprocher du phlegmon diffus franc le phlegmon diffus érysipélateux. Ces deux variétés n'ont d'autre trait dis-

linctif fondamental que la marche moins fréquente et surtout moins rapide vers la suppuration dans le phlegmon diffus érysipélateux.

Si pour type de la description on prend le phlegmon diffus vrai, on est forcé de reconnaître qu'il existe encore ici des variétés nombreuses basées sur l'étiologie, et qu'il sera nécessaire de ne pas confondre le phlegmon développé après une lésion simple de la peau ou du tissu cellulaire avec celui qui résultera d'une attrition profonde dans un grand traumatisme. C'est qu'en effet le phlegmon diffus est soumis aux grandes lois qui président à l'infection du sang par les germes, infection d'autant plus rapide que telle ou telle variété de vaisseaux aura subi l'inoculation.

Mais les divers cas auxquels il convient de donner une place distincte dans la description ne seront-ils pas modifiés par l'état de la nutrition et les altérations viscérales? Ce fait est prouvé jusqu'à l'évidence pour l'affection que nous étudions. L'agent septique évolue, se multiplie d'autant plus vite sur place ou dans l'économie tout entière, qu'il rencontre sur son chemin un terrain mieux préparé ou doué d'une résistance moins grande. Ces conditions expliquent l'envahissement rapide des tissus par l'inflammation. La mortification très rapide du tissu cellulaire, de la peau, trouve encore son explication, et cette explication dérive très naturellement de la nature infectieuse de la maladie. Grâce à cette nature infectieuse, l'inflammation s'étend et envahit de proche en proche le tissu conjonctif de toute une région; la circulation est frappée de stase dans les vaisseaux, un épanchement de sérosité dû aux conditions physiques que nous connaissons se produit dans les mailles du tissu, et des leucocytes ne tardent pas à se présenter en grand nombre ainsi que des produits fibrineux en rapport avec la tension énorme des vaisseaux; ils s'accumulent et distendent les fibres au milieu desquelles ils ont été épanchés. La peau elle-même, en raison du tissu connectif dermique, ne reste pas étrangère à ces lésions inflammatoires, elle cède devant la tension des tissus qui la doublent; mais, en raison même de la grande étendue de la région frappée, il survient une limite que son élasticité ne saurait franchir, et bientôt elle devient elle-même une cause efficiente d'étranglement.

L'inflammation diffuse aboutit donc, d'une part à produire un arrêt de la circulation capillaire, d'autre part à déterminer un étranglement général des parties atteintes, qui conduisent rapidement à la mortification et à une suppuration considérable puisqu'elle est déjà préparée par l'épanchement considérable de sérosité, de lymphes plastique, de leucocytes et d'évolution microbienne.

Qu'on suppose maintenant les mêmes lésions plus profondément placées sous les aponévroses d'enveloppe, les conséquences de l'inflammation seront plus rapides et plus intenses encore.

Qu'on admette un instant que dans un traumatisme grave les vais-

seaux importants ont été lésés et que les parties molles plus ou moins altérées sont en contact avec l'air extérieur par une plaie d'une certaine importance: sur ces tissus altérés l'inoculation septique déterminée par les germes morbides en suspension dans l'air extérieur aura un effet rapide, et l'on verra apparaître le phlegmon diffus tel que nous l'avons fait pressentir avec sa coloration bronzée sur la peau et le trajet des veines ou des gros lymphatiques, avec production rapide de gaz. Ici la gangrène s'accuse dès le début et va devenir foudroyante dès que l'inflammation prendra sa marche envahissante.

Voici la succession des cas graves. Rapprochons d'eux au contraire la forme de transition entre les lymphangites, l'érysipèle et le phlegmon diffus, nous voulons parler du phlegmon diffus érysipélateux. Il se produit ordinairement à la suite d'excoriations superficielles, de lésions quelquefois inaperçues tant elles sont légères. Ce ne sont plus les vaisseaux sanguins, mais les réseaux lymphatiques superficiels qui ont été atteints; sans doute l'inoculation, en raison de la nature ou du terrain préparé par un état général mauvais, pourra déterminer une inflammation rapide sur une région ou la totalité d'un membre, mais jamais on ne verra la marche foudroyante des cas précédents, ni même bien souvent des désordres aussi accentués à sa suite.

On pourrait donc résumer ces notions générales qui nous ont paru indispensables pour bien connaître la nature spéciale du phlegmon diffus, en disant que trois causes générales président à son développement et contribuent à modifier son aspect: la nature de l'agent septique, la qualité des vaisseaux qui ont subi l'inoculation, enfin l'état général du sujet.

Tout ce que nous avons exposé dans les lignes précédentes nous dispense de reprendre ici l'énumération des causes de cette terrible affection. Le phlegmon diffus franc du tissu conjonctif sous-cutané nous servira d'exemple pour retracer son histoire et montrer parallèlement les symptômes et la lésion anatomique. Plus tard nous reviendrons sur les variétés observées en clinique, variétés qu'il convient de bien connaître pour ne pas les confondre avec des maladies similaires assez nombreuses.

Nélaton a divisé la marche du phlegmon diffus en trois périodes: l'inflammation, la mortification, la suppuration suivie de la réparation. Le caractère général de l'affection s'accorde mal de cette division trop nette. La rapidité avec laquelle évoluent les transformations du liquide épanché ne permet pas de séparer l'inflammation des deux complications suivantes: où le liquide se répand, la suppuration apparaît presque aussitôt, et la gangrène s'empare avec rapidité des parties étranglées par la congestion locale.

Dès le début, le phlegmon diffus s'annonce quelquefois par des signes généraux: un ou plusieurs frissons, de la courbature et de la fièvre qui