

bientôt devient continue. Mais il faut, ce nous semble, tenir grand compte, pour apprécier à sa juste valeur le début de l'affection, des causes générales, des maladies dyscrasiques.

Certains phlegmons sont annoncés par un appareil fébrile accusé, parce qu'ils constituent l'expression d'altérations plus profondes qui les ont depuis longtemps préparés; d'autres au contraire se développent sur un terrain que n'a encore atteint aucun trouble de la santé générale, et les accidents fébriles suivront peu à peu la progression du mal et par conséquent ne le précéderont pas.

Une écorchure des extrémités souillée par des liquides irritants, une plaie mal entretenue et mal pansée, pour ne prendre que les exemples les plus connus, va devenir tout à coup le siège d'une vive inflammation. Autour de cette plaie le tissu conjonctif rapidement tuméfié va produire de l'œdème, et les téguments présenteront une couleur rouge intense qui, s'étendant de proche en proche, gagnera la totalité d'un membre ou une région large du corps. Rougeur et tuméfaction œdémateuse marchent ensemble. Sur les limites de cette tuméfaction on verra quelquefois des traînées lymphatiques ou des plaques rappelant celles de l'érysipèle, mais il est plus commun d'observer une transition insensible entre les tissus malades et les tissus sains.

Partout la douleur est vive : son caractère térébrant est ici la règle et toujours la position déclive accompagnée d'une tension des plus insupportables rappelle à quel degré tous les tissus sont soumis à une sorte d'étranglement inflammatoire.

Le doigt promené sur la surface malade perçoit une sensation très nette de résistance élastique; elle se laisse peu déprimer et conserve à peine la trace de la pression qu'elle a subie. Plus loin cependant, sur les limites de la zone enflammée, l'œdème simple se montre, mais il est bientôt remplacé par les caractères de dureté élastique que nous venons de signaler.

La main éprouve partout la sensation d'une chaleur accusée : la température locale s'élève en effet très vite en raison de la suractivité circulatoire.

Il n'a fallu que quelques heures, au plus une demi-journée pour que le phlegmon ait acquis ces caractères. Il est temps d'agir pour arrêter cette marche rapide, et le chirurgien intervient par de larges débridements. Que voit-il? La peau incisée s'écarte en donnant quelquefois du sang en abondance; les petites artérioles dilatées sont le siège d'un écoulement par jet qui bientôt s'arrête. Le tissu cellulaire sous-cutané offre l'aspect d'un tissu gélatiniforme jaune, verdâtre, d'où s'écoule un liquide louche, ou bien frappé, dans quelques cas très graves, d'une rapide mortification, il est sec, jaune et comme infiltré d'une suppuration épaisse.

Plus loin, au-dessous du tissu conjonctif, les aponévroses restent in-

tactes; mais elles peuvent aussi dans le phlegmon total se trouver prises, et leur couleur ne diffère pas de celle du tissu qui les recouvrait. Il en est de même des interstices musculaires, des parties sous-aponévrotiques; mais la connaissance exacte de ce qui se passe dans le phlegmon superficiel sous-cutané suffit pour faire saisir l'ensemble des désordres observés dans le phlegmon total, et nous n'irons pas plus loin dans la description.

Sous l'influence des débridements qui viennent d'être faits, l'inflammation cède quelquefois, et ses conséquences redoutables sont ainsi évitées: la peau diminue de tension, perd peu à peu sa couleur sombre, de la sérosité louche coule abondamment par les incisions, et tout rentre dans l'ordre après quelques jours. C'est là l'exception. Bien plus souvent la progression rapide est sans doute arrêtée, mais il se fait sur place, dans les points primitivement envahis, un travail d'élimination qui partout détermine une abondante suppuration.

Pour s'en bien rendre compte on peut supposer un débridement plus tardif, à l'époque où quelques heures plus tard le pus s'est déjà collecté sous la peau. Les téguments ont alors une couleur plus foncée, livide : ils sont recouverts de vastes phlyctènes retenant de la sérosité sanglante. Au-dessous d'elles le derme est noir et comme escharifié; puis çà et là on distingue déjà des points où la tension élastique a été remplacée par une sorte de mollesse, par de la fluctuation difficile à bien saisir: ces collections purulentes déjà formées sous la peau peuvent avoir dans quelques cas acquis une telle étendue qu'elles donnent lieu à une sorte de fluctuation ondulante.

Les incisions faites à cette période de la maladie arrivent sur du pus collecté qui s'écoule et entraîne avec lui des lambeaux de tissu conjonctif sphacélé, jaunâtre, qu'on a à juste titre comparés à des écheveaux de fil. La peau privée de ces moyens de nutrition est atteinte elle-même de lésions inflammatoires; indépendamment des petites eschares qu'on a déjà vues et par lesquelles suintait du pus et se montrait le tissu conjonctif sphacélé, elle va bien souvent se mortifier et former de larges lambeaux où la vie s'éteindra peu à peu. C'est alors que la trace des incisions chirurgicales disparaîtra pour faire place à de larges pertes de substances, à de vastes plaies au fond desquelles la suppuration restera intarissable jusqu'à complète élimination du tissu conjonctif. Quel espoir restera-t-il alors pour la cicatrisation, qui devra se faire sur des parties privées de vaisseaux suffisants, et dans des conditions de santé générale profondément troublée?

Cette destruction du tissu conjonctif par le sphacèle et la suppuration respecte les vaisseaux importants et les nerfs qu'on voit traverser les foyers et se recouvrir plus tard de bourgeons charnus; mais il peut aussi survenir des accidents, l'infection purulente, l'hémorragie par ulcération des artères. La suppuration elle-même devenue incessante

et retenue dans des clapiers fournira tous les éléments d'une infection progressive, et la septicémie, la résorption putride arrivera.

Les complications locales en rappellent encore d'autres dont le mécanisme est facile à comprendre quand on passe en revue l'importance des régions qui peuvent être envahies.

La phlébite des sinus crâniens, l'œdème de la glotte et la dyspnée, la pleurésie purulente, la péritonite : telles sont les lésions graves qui ont été constatées quand le phlegmon apparaissait à la tête, au cou, sur la poitrine, sur les parois abdominales.

La période de réparation, indépendamment de sa longue durée qui peut épuiser les forces du sujet et le conduire à une fin misérable, n'est pas exempte de dangers plus rapides : l'érysipèle, l'infection purulente, l'hémorrhagie même sont à craindre tant qu'il reste une trace de suppuration et des cavités non comblées. Et plus tard enfin, la perte des fonctions du membre, la raideur des doigts, de la main, l'impossibilité de fléchir une articulation, de mouvoir des muscles enserrés dans un tissu cicatriciel inextensible. C'est là une complication dernière dont on comprend toute la gravité en pensant qu'elle rend souvent nécessaire l'amputation d'un membre inutile.

Le tableau du phlegmon diffus superficiel est assez grave pour qu'on puisse saisir ce que sera celui du phlegmon sous-aponévrotique. Tuméfaction énorme, douleur profonde, troubles généraux graves, délire, menace de fusées purulentes dans tous les sens, tous ces signes réclament une intervention des plus rapides, car les os, les articulations doivent nécessairement être atteints très rapidement.

Avec des symptômes aussi nets que ceux du phlegmon diffus on comprend difficilement comment il a pu rester aussi longtemps confondu avec d'autres lésions d'un caractère bien différent, l'érysipèle, la lymphangite simple, la gangrène même. Cependant la nécessité où se trouvent aujourd'hui les pathologistes d'admettre une forme de phlegmon diffus érysipélateux rend compte des difficultés rencontrées par ceux qui les premiers décrivirent le phlegmon diffus.

Dans les lignes précédentes nous avons fait entrevoir les points de contact qui existent entre les inflammations lymphatiques et le phlegmon diffus, en disant que, sur les limites de ce dernier, apparaissaient assez souvent des traînées de lymphangite et des plaques érysipélateuses.

Le *phlegmon érysipélateux* caractérisé par la rapide progression de la rougeur, du gonflement, par la tension douloureuse sous forme de prurit des plus pénibles, par la couleur des téguments d'un rouge assez vif, mais beaucoup moins accusé que dans le phlegmon vrai, se distingue encore par une tendance beaucoup moins marquée vers la suppuration. Il peut s'étendre sur place, céder à la compression, et ne présenter que des abcès isolés, mais quelquefois il revêtira à un moment donné un aspect plus grave et présentera l'ensemble des caractères qu'il convien-

drait d'attribuer à un phlegmon diffus de moyenne intensité. Il se distingue de l'érysipèle par l'absence habituelle de bords festonnés, de bourrelet, et revêt plutôt la forme d'une lymphangite réticulaire intense qui pénétrerait profondément en faisant participer à la congestion inflammatoire les nappes celluluses sous-jacentes.

L'inoculation des matières septiques sur les réseaux vasculaires, lymphatiques ou veineux, et l'attrition des parties molles profondes entraînent une forme spéciale à marche foudroyante dont nous avons parlé dans les généralités du début ; la lymphangite bronzée de Velpeau en est le caractère principal. Comme dans les grands traumatismes, surtout quand ils atteignent les extrémités et ouvrent les articulations, principalement chez des sujets épuisés ou ruinés par l'alcoolisme, cette variété nous est déjà connue. Nous en reparlons ici pour rappeler ses tendances spéciales à la gangrène et à la suppuration avec production de gaz dans le tissu cellulaire. Elle doit être distinguée de la septicémie gazeuse foudroyante bien qu'elle ait avec elle beaucoup d'analogie. Elle est cependant moins grave, car elle affecte la même marche que le phlegmon diffus, auquel elle appartient, et peut être assez souvent conjurée par le traitement rationnel basé sur les grandes incisions, contrairement à la septicémie foudroyante qui, malgré l'intervention locale, poursuit avec rapidité sa marche sur l'économie tout entière, qu'elle infecte dès le début et frappe bientôt d'une intoxication irrémédiable.

Nous ne poursuivrons pas le diagnostic différentiel du phlegmon diffus jusqu'à le comparer aux phlegmons circonscrits, nous terminerons en disant que le phlegmon diffus total, sous-aponévrotique, peut être primitif ou bien consécutif à un phlegmon superficiel. Dans le premier cas il s'accompagne d'une liberté relative de la peau et du tissu conjonctif, qui rend le diagnostic très difficile quelquefois.

Une question d'une grande importance s'impose en effet dès le début de cette forme grave, surtout si on se trouve en présence d'un sujet jeune susceptible d'être atteint de l'affection connue sous le nom de périostite phlegmoneuse diffuse. La périostite a des caractères locaux comparables à ceux du phlegmon, mais ils sont plus lents dans leur apparition et sont toujours accompagnés d'un ensemble de lésions générales plus graves qui peuvent devenir des renseignements utiles pour le diagnostic. Enfin la tuméfaction est dès le début profonde, localisée sur les os, et la douleur reste fixée sur le point malade qu'on saisit avec le doigt.

Nous sommes aussi très disposés à rejeter loin du phlegmon diffus toutes les phlegmasies graves, qui se développent sur les moignons d'amputés ou à la suite d'opérations sur les os. Elles appartiennent de droit à l'ostéomyélite dont on ne pourrait vraiment pas comparer le processus et les suites à ceux du phlegmon diffus qui s'étend sur un tissu mou, aréolaire.

Pour des raisons analogues l'infiltration d'urine mérite une descrip-

tion spéciale : elle a sans doute la même marche et le même siège que le phlegmon diffus, mais elle a par son point de départ, son siège et ses conséquences, une physionomie à part. Rangeons à côté d'elle la cellulite pelvienne consécutive aux opérations dirigées sur le bas-ventre et le périnée. Comme l'infiltration d'urine, elle est un phlegmon diffus, mais un phlegmon spécial dont la description est inséparable des maladies dont elle fait la complication redoutable.

Traitement. — Le traitement du phlegmon diffus a subi des vicissitudes : il serait fastidieux de les reproduire. Aujourd'hui les indications, basées sur une longue expérience, sont trop nettes pour qu'il ne soit pas permis de les reproduire sans discussion.

Le traitement chirurgical est basé sur les larges incisions qui doivent dépasser la zone enflammée tant en profondeur qu'en surface.

Ces incisions doivent être faites le plus vite possible et être suivies de pansements antiseptiques qui préviendront une partie des complications.

Le drainage, si le débridement est bien fait, devient inutile, à moins que plus tard il ne se forme des clapiers où stagne le pus. Le drainage, aidé d'injections détersives, trouvera alors son indication.

Enfin, pour que le débridement ait toute son efficacité il est toujours nécessaire de rechercher d'abord les limites de l'inflammation, ensuite les points les plus tendus et les plus déclives. Sur tous ces points le bistouri doit être porté hardiment pour donner une issue facile aux liquides septiques et permettre à la circulation de se rétablir dans des conditions telles que la nutrition des tissus soit assurée.

Le chirurgien ne doit pas oublier le traitement médical, qui s'adressera aux complications générales : le diabète, l'albuminurie, l'épuisement, l'alcoolisme, si fréquentes dans l'étiologie du phlegmon diffus.

Enfin il ne désespérera pas de la période de réparation si longue et si pénible qu'elle soit. Avant de proposer l'amputation, il épuiera tous les moyens destinés à l'éviter.

Nous terminerions ici cette énumération des devoirs du chirurgien en présence de cas aussi graves, s'il n'était encore un moyen qu'il saura dans certains cas employer sans faiblesse. Nous voulons parler du cautère actuel, du feu, qui obtient réellement des résultats merveilleux dans certains cas de phlegmon diffus gangréneux observé chez des gens âgés où la lymphangite suppurative a dominé l'ensemble des symptômes. La suppuration est lente, disséminée, il se fait d'une façon incessante des poussées successives. Le cautère, promené sans ménagements sur les traînées de lymphangite, éteint donc les foyers multiples, jusqu'à ce que la région imprégnée de pus et de débris purulents soit séchée; loin de compliquer la situation, il l'améliorera très souvent. L'état général, les forces digestives se relèveront, la fièvre hectique disparaîtra,

et à une suppuration bâtarde, interminable, succédera une suppuration franche, bientôt suivie d'un bourgeonnement efficace.

§ 3. — Abscesses froids.

Les abscesses froids du tissu cellulaire dérivent dans leur processus du tubercule.

Lentement développés, sous-cutanés ou profonds, présentant les signes physiques d'une collection liquide à parois plus ou moins épaisses, ils s'accompagnent de peu de réaction inflammatoire et contiennent un pus mal lié, séreux à grumeaux épais.

Ces divers caractères suffisent pour établir quelles différences les séparent des abscesses chauds, et indiquent à priori l'origine tuberculeuse qu'ils ont en réalité.

Entre l'abscesses froid et la gomme ou la caverne tuberculeuse il ne saurait exister de distinction réelle.

Charles Nélaton a bien étudié la marche du processus que suit une masse tuberculeuse développée dans le tissu conjonctif sous-cutané ou profond pour arriver à se détruire, ou à s'étendre aux parties voisines.

Au début c'est une gomme de la grosseur d'un pois ou davantage, libre dans le tissu conjonctif, dure et mobile. Les parties centrales se ramollissent, dégénèrent, tandis qu'à la périphérie reste une zone où des granulations plus claires, infiltrées de bactéries, affirment la lésion tuberculeuse.

Cette petite tumeur, ramollie à son centre, représente l'ébauche d'un abscesses froid.

Si à cette période le processus s'arrête, le tissu conjonctif voisin légèrement irrité fournit une paroi épaisse, une enveloppe, l'enkystement se produit, et toute la masse tuberculeuse disparaît peu à peu ou subit la transformation caséuse.

Dans le cas contraire, autour de la masse tuberculeuse il se fait une infiltration des zones conjonctives voisines qui, ne pouvant opposer par elles-mêmes aucune limite au processus destructeur, le laissent s'étendre d'une manière indéfinie. Il est aussi bien facile de comprendre comment les abscesses froids profonds, suivant les interstices musculaires, se laissent étaler par les aponévroses; mais souvent les éléments connectifs interfibrillaires des muscles ou leurs lames fibreuses se laissent à leur tour envahir par l'infiltration bactérienne et n'offrent plus aucune résistance à l'extension de l'abscesses froid.

L'infiltration de proche en proche marche simultanément avec un autre phénomène; au centre le point de ramollissement s'étend, il s'augmente des zones les plus anciennes, qui subissent à leur tour la transformation caséuse nécrobiotique, tombent dans le liquide purulent et s'ajoutent à lui.

L'extension du foyer est ordinairement régulière, mais il arrivera aussi qu'en divers points la prolifération sera plus active, gagnera les parties où le tissu sain se laissera plus facilement pénétrer parce qu'il sera plus lâche. Ces sortes de bourgeons subiront à leur tour la même altération centrale, et la cavité de l'abcès se trouvera bientôt criblée de perforations, de diverticules qui lui donneront l'aspect d'une caverne tuberculeuse.

A cette période, beaucoup plus avancée que celle où l'on saisit le phénomène sous une forme réduite qui n'est autre que la gomme, la guérison spontanée peut encore avoir lieu par enkystement ou résorption; mais cette terminaison est rare, et il faudra des conditions spéciales de vitalité et de nature du terrain pour qu'elle soit obtenue. Ce n'est guère que dans la gomme qu'on en trouvera des exemples.

Jusqu'à présent nous avons considéré la gomme et l'abcès froid à l'état de cavités closes, sans altération de la peau et communication avec l'air extérieur.

La peau peu à peu se laisse envahir par les éléments morbides; elle fait corps avec la gomme tuberculeuse ou la partie centrale de l'abcès. Bientôt elle se perfore et par son ouverture s'échappe du pus séreux, granuleux, mal lié, plus rarement épais si au processus ordinaire est venu s'ajouter un certain degré d'inflammation.

L'issue du pus est loin d'annoncer une guérison prochaine dans la plupart des cas. La suppuration interminable qui la suit souvent en est la preuve la plus évidente: autour du foyer revenu sur lui-même, l'infiltration microbienne continue son évolution. Il semble cependant que l'ouverture du foyer amène par son contact avec l'air une irritation propre à activer soit l'enkystement périphérique, soit la dégénérescence et l'élimination des tubercules déjà formés; on en voit des exemples sur les petits foyers rapidement guéris après leur ouverture.

L'ouverture de la collection purulente, quand elle est volumineuse, pourra avoir d'autres conséquences autrement importantes. Ici comme précédemment le contact de l'air déterminera une irritation des parois du foyer, mais le pus qui ne s'écoulera pas facilement, qui sera retenu dans des clapiers et des diverticules s'altérera, et les capillaires sanguins ou les lacunes lymphatiques de la paroi suppurante développés outre mesure absorberont ces produits altérés et infecteront l'économie.

Les signes offerts par les abcès froids et leur marche se déduisent naturellement de ces faits d'anatomie pathologique, l'abcès froid ne pouvant être considéré que comme une manifestation de la tuberculose et puisant dans son processus habituel tous ses caractères.

Pourquoi ce genre de lésion se développe-t-il chez les sujets surmenés, à la suite de maladies graves, après des travaux excessifs, des préoccupations morales trop longtemps supportées, sous l'influence d'irritations locales souvent répétées? Parce que ces irritations locales ont déterminé

par elles-mêmes un *locus minoris resistentiæ* ou bien parce que ces causes générales, en amenant une dénutrition progressive, ont créé un terrain propice à l'évolution de la bactérie tuberculeuse. Avant même que ces faits fussent connus et contrôlés par l'histologie, la clinique s'était depuis longtemps préoccupée des antécédents tuberculeux chez les sujets atteints d'abcès froids et les recherchait toujours pour affirmer son diagnostic.

L'abcès froid a des signes extérieurs qui varient avec son siège et son volume. Une tumeur liquide, molle, se forme peu à peu, soulevant la peau, sans chaleur ni rougeur. La fluctuation apparaît. Autour de la collection il n'y a pas d'empatement, pas d'œdème: à peine dans quelques circonstances existe-t-il une zone indurée formant à la périphérie un bourrelet saillant. Saisie à pleines mains, cette collection est quelquefois assez mobile sur les parties profondes pour qu'on ait pu la confondre avec un kyste sébacé volumineux dont le contenu était fluide.

Plus mince au centre, la peau adhère enfin et prend une coloration lie de vin qui fait prévoir la perforation. Cette perforation se produit et le pus s'écoule comme nous l'avons indiqué plus haut. On sait quelles conséquences peut avoir cette perforation. Mais à supposer que la guérison survienne, il existera après la suppuration qui l'aura précédée une cicatrice irrégulière, adhérente profondément et entourée d'une induration très marquée qui ne disparaîtra qu'après un temps très long.

La marche est toujours la même. Il est évident que dans les cas favorables où la résorption se produit, on voit la collection disparaître lentement sans laisser après elle d'autres traces qu'une induration qui à son tour s'efface.

Dans quelques régions où la nappe celluleuse est très lâche, l'abcès froid, tout en gagnant de proche en proche suivant son processus tuberculeux, s'étendra aussi guidé par son poids et par la pression. D'un point central qui restera légèrement douloureux comme si là existait une lésion osseuse, il descendra, relié à son point d'origine par un pédicule. Il arrivera même dans quelques circonstances que le foyer changera de place s'étendant dans les régions voisines, tandis que celle où il s'était développé au début subira peu à peu une marche lente vers la guérison.

La migration du pus collecté se produit avec d'autant plus de facilité qu'il s'ajoute à ses causes ordinaires des pressions dues aux plans musculaires voisins. Aussi est-il quelquefois très difficile de reconnaître la véritable origine d'abcès froids profonds. Sont-ils dus à des tubercules développés dans les os et par conséquent ossifluents, ou sont-ils le résultat de tubercules du tissu connectif?

Il est enfin un dernier siège dont l'interprétation est en partie éclaircie par l'anatomie pathologique. Un abcès peut paraître formé de plusieurs loges se renvoyant péniblement la fluctuation ou indépendantes. On a