Ueber Lymphgeschwülste, in *Bibliotheck f. d. Chirurgie*, 1809, t. II, p. 493, et *Nosol. u. Therapie der Krankheiten*, 1822, p. 197, t. II. — Jobert, *Des abcès froids*, in *Gazette des hôpitaux*, 1855, p. 100. —Bouvier, *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV. — Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, 5e édit., t. I, p. 378, 1855.

Consulter en outre dans la bibliographie des abcès en général : Boyer, Dupuytren, Roux et Ph. Bérard, Denonvilliers, Velpeau, Nélaton, Chassaignac, Follin, etc.

CHAPITRE II.

PHLEGMON DIFFUS.

Désigné encore sous le nom d'*érysipèle phlegmoneux*, de *phlegmon érysipélateux*, de *phlegmon gangréneux*, le *phlegmon diffus* diffère du phlegmon circonscrit par la rapidité avec laquelle il s'étend à travers le tissu cellulaire, et par la facilité avec laquelle celui-ci et la peau se mortifient.

Nous distinguerons, avec M. Nélaton, trois périodes dans le phlegmon diffus.

Première période. — Inflammatoire. — Le tissu cellulaire paraît épaissi par suite de l'accumulation d'une très-grande quantité de sérosité qui en distend les mailles ; plus tard la sérosité perd sa fluidité et sa transparence, adhère aux cloisons celluleuses, et ne peut plus sortir au dehors par les incisions ; plus tard encore, elle redevient plus liquide, elle est lactescente.

Deuxième période. — Période de mortification. — Le liquide contenu dans les mailles du tissu cellulaire devient du véritable pus ; celui-ci est tantôt de bonne nature, d'autres fois il est séreux, il baigne les vacuoles du tissu cellulaire, qui se réunissent en masses pelotonnées, jaunâtres, analogues à des écheveaux de fil : ces masses se séparent les unes des autres et se détachent par lambeaux. La peau décollée, amincie, ne tarde pas à perdre sa couleur, elle devient noirâtre.

Troisième période. — Élimination des eschares. — A moins que le pus ne puisse se faire jour à l'extérieur, la maladie se limite, les eschares des téguments se détachent très-vite et donnent passage au pus, aux lambeaux de tissu cellulaire ; toutes les parties dénudées se recouvrent de bourgeons charnus. Si, au contraire, le pus ne trouve pas d'issue au dehors, il fuse dans les gaînes aponévrotiques, passe de l'une à l'autre à travers les trous ménagés aux aponévroses pour donner passage aux nerfs et aux vaisseaux. Alors les muscles baignés de pus participent à la mortification, les tendons sont détruits, et quand les

parois du foyer sont ouvertes, ils sortent au dehors sous forme de filaments blancs ; le pus décolle également le périoste, et les accidents ne cessent qu'à la mort du malade. C'est ainsi que les phlegmons s'étendent depuis l'extrémité inférieure d'un membre jusqu'à sa racine ; car si les aponévroses s'opposent quelquefois à la migration du pus, il ne faut pas oublier qu'elles sont percées d'orifices à travers lesquels le pus peut se faire jour, et que souvent toutes les gaînes aponévrotiques d'un membre peuvent être disséquées par la suppuration.

Le phlegmon diffus marche dès le début avec beaucoup de rapidité ; la peau, dans une très-grande étendue, se gonfle, devient d'un rouge dont les nuances sont assez variables ; à certains endroits, elle est d'un violet foncé, tandis que dans d'autres elle est beaucoup plus pâle. En outre elle est tendue, couverte de phlyctènes remplies de sérosité roussâtre, principalement vers les points où la maladie a débuté. Si l'on comprime la partie tuméfiée, elle cède à la pression et conserve l'empreinte du doigt ; au bout de quelque temps elle devient dure, se laisse déprimer plus difficilement, et le chirurgien éprouve une sensation particulière, désignée sous le nom d'*empâtement*. La partie malade est le siége d'une douleur vive avec sensation de compression.

Les symptômes généraux sont très-intenses : au début un frisson, puis de la chaleur avec accélération du pouls ; ce frisson présente des intermittences assez régulières pour que l'on ait pu croire à l'existence d'une fièvre d'accès. La soif est vive, le malade éprouve quelquefois des nausées, des vomissements ; ces symptômes tantôt précèdent l'apparition des symptômes locaux, d'autres fois ce sont ceux-ci qui apparaissent les premiers ; la peau est sèche, le malade est tourmenté par l'insomnie, il a du délire ; la langue est sèche, fendillée, couverte d'un enduit limoneux ; il y a constipation.

Tout à coup, au bout de cinq à six jours, les symptômes locaux s'amendent, la tuméfaction diminue, la douleur est moins vive, la peau se laisse une seconde fois déprimer facilement et garde l'impression du doigt. Vidal a désigné cette infiltration secondaire sous le nom d'*œdème de retour*. Les phlyctènes se crèvent, laissent écouler une sérosité sanguinolente ; au-dessous on trouve le derme profondément ulcéré, noirâtre ; il s'amincit et donne bientôt passage à du pus, tantôt bien lié, d'autres fois séro-purulent, mais toujours mêlé à des flocons de tissu cellulaire gangrené. La peau est décollée, il ne reste plus que quelques filaments vasculaires, insuffisants pour la nourrir et elle ne tarde pas à tomber en gangrène. Le pus fuse à travers les aponévroses, les muscles sont décollés, les articulations s'ouvrent quelquefois.

Les eschares se détachent facilement et laissent une ou plusieurs plaies très-vastes avec des décollements très-étendus et une perte de substance variable avec l'intensité de la maladie ; la suppuration est très-considérable, elle se trouve quelquefois accompagnée d'hémorrhagies souvent très-graves, causées par la destruction des vaisseaux gangrenés. Les malades ont de la fièvre, le pouls est petit, fréquent. Des sueurs très-abondantes, un dévoiement colliquatif, se joignent

souvent aux symptômes locaux dont nous venons de parler ; des abcès métastatiques se développent dans le poumon, le foie, la rate, et le malade ne tarde pas à succomber.

Pronostic. — Le phlegmon diffus est une affection excessivement grave, car le malade se trouve exposé à des causes de mort nombreuses. Dans la première période, l'intensité du mal, son étendue, peuvent être assez considérables pour causer la perte du malade. Mais s'il peut résister aux accidents de cette première période, l'infection purulente peut être la cause de sa mort ; ou bien il peut périr épuisé par l'abondance de la suppuration. Enfin quand le malade, robuste, peut résister à tous ces dangers, les vastes pertes de substance qu'entraîne la gangrène du tissu cellulaire, des téguments, des muscles mêmes, causent des délabrements tellement grands, que la cicatrisation est souvent très-difficile à obtenir, et que l'atrophie et même la perte du membre, sont les résultats de cette affreuse maladie.

Causes. — Le phlegmon diffus arrive souvent sans causes connues ; lorsqu'il existe des prédispositions particulières sous l'influence d'une plaie simple, et surtout d'une plaie contuse, on ne tarde pas à le voir se développer avec une grande intensité. Le défaut de soins, la malpropreté, l'action de pommades irritantes, la présence de corps étrangers dans les tissus, sont les causes les plus fréquentes du phlegmon diffus. Il faut le dire, des prédispositions individuelles sont souvent la cause de cette affection. Quelques auteurs ont rapporté des cas de contagion du phlegmon diffus?

Traitement. — Il faut avant toute chose, quand un phlegmon diffus se développe, en détruire la cause, si cela est possible ; puis diriger tous ses soins pour faire avorter la maladie ; on a conseillé :

1° Les saignées locales : les sangsues appliquées en grand nombre sur la partie malade. Des cataplasmes émollients, des bains locaux prolongés, sont les moyens qui doivent venir en aide aux émissions sanguines.

La saignée générale pourrait être aussi employée, mais avec une grande réserve, car la saignée du bras peut être le point de départ d'un nouveau phlegmon. Il faut encore se rappeler que le malade ne doit pas perdre une trop grande quantité de sang, car il devra fournir au travail d'une longue suppuration et d'une cicatrisation difficile, si le phlegmon n'avorte pas ; on doit donc ménager les ressources du malade autant que possible.

2° Béclard faisait, sur la surface enflammée, de longues incisions qui ne divisaient que la couche superficielle du derme, puis il favorisait l'écoulement du sang par des lotions d'eau tiède. Ce moyen a souvent été suivi de bons résultats ; mais il est très-douloureux.

3° Quant au procédé de Dobson, qui consiste à faire sur la surface du phlegmon un grand nombre de piqûres avec une lancette, à répéter ces incisions plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, il a été abandonné ; cependant il serait préférable au précédent.

4° Il vaut infiniment mieux employer les grandes incisions qui divisent la peau dans toute son épaisseur, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané, et même l'aponévrose d'enveloppe si le phlegmon est profond. Les incisions donnent passage à une grande quantité de sang, arrêtent la marche de la maladie et en amènent la résolution ; une suppuration très-peu abondante se manifeste sur les bords des incisions ; mais leur cicatrisation est, en général, assez rapide, et le phlegmon est bientôt guéri. D'ailleurs, ces larges incisions doivent toujours être pratiquées quand même le mal serait trop avancé pour qu'on puisse espérer en déterminer la résolution : elles préviennent les fusées purulentes, car elles ont l'avantage d'ouvrir une large issue au pus et aux lambeaux du tissu cellulaire.

5° M. le professeur Velpeau emploie avec beaucoup de succès la compression dans les phlegmons diffus ; il la fait modérée, mais permanente. Elle détermine rapidement le dégorgement des tissus : aussi le bandage doit-il être réappliqué plusieurs fois en vingt-quatre heures. Il ne faut pas user de ce moyen lorsque le phlegmon est assez avancé pour que l'on ne puisse compter sur la résolution ; cependant si l'on avait l'espoir d'amener la résolution d'une partie du phlegmon, il serait encore applicable : car partout où la suppuration ne sera pas encore établie, on pourra voir la maladie avorter.

6° Le vésicatoire est presque entièrement abandonné, il est très-douloureux, ne fait pas toujours avorter le phlegmon, et prédispose à la gangrène des téguments. Si cependant on voulait se servir de ce moyen, les vésicatoires qu'il faudrait préférer sont ceux dont M. Velpeau a conseillé l'usage : ils doivent recouvrir la partie malade tout entière, et on ne doit pas en entretenir la suppuration.

Lorsque l'on n'aura pu prévenir la suppuration, on pratiquera de larges incisions pour ouvrir au pus un libre accès, partout où la peau est saine et décollée, on fera une légère compression, afin de chasser le pus et de faciliter le recollement des téguments ; si, malgré ces précautions, le pus sortait mal, des *contre-ouvertures* seraient indispensables. On peut aussi employer les tubes à drainage de M. Chassaignac.

Le traitement général devra aussi fixer l'attention du chirurgien ; au début, la diète et les boissons laxatives ; mais dans la période de suppuration, il ne conseillera pas un régime trop débilitant. D'un autre côté, on fera attention à la diarrhée si fréquente dans la même période de cette maladie, et tout en prescrivant des aliments d'une digestion facile, on s'attachera à combattre cette complication par des moyens appropriés.

BIBLIOGRAPHIE. — Hutchinson, *On the treatement of erysipelas by incision*, in *Med.-chir. Trans.* London. 1814, vol. V, p. 278.— Patissier, *Essai sur l'érysipèle phlegmoneux*, thèse. Paris, 1815. — Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. II, p. 34, 1822. — Duncan (jeune), *Cases of diffuse inflammation*, etc., in *Trans. of the Med.-chir. Society of Edinburgh*, 1824, vol. I, p. 470. — Ch. Fournier, *Dissertation sur le phlegmon diffus*, thèse. Paris, 1827, n° 131. — Dobson, in *Med.-chir. Trans.*, t. XIV, p. 206, 1828.— Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. IV, p. 430, 3e édit., 1839.—Maclachlan, *Report of consecutive cases of traumatic erysipelas*, etc., in *Edinburgh med. and surg. Journal*, 1837, t. XLVIII, p. 352. — Hacque, *Du phlegmon diffus*, thèse. Paris, 1854, n° 155. — Chassaignac, *Mémoire sur l'emploi du drainage chirurgical dans le traitement du phlegmon diffus*, in *Gazette médicale*, 1856, p. 255. — Nélaton, *Eléments de pathologie chirurgicale*, 1844-59, t. I, p. 92. — A. Bérard et Denonvilliers, *Compendium de chirurgie*, t. I, p. 210, 1845. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*. Paris, 1863, t. II, p. 90.—Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, 4e édit., t. I, p. 577, 1855.

CHAPITRE III.

PLAIES.

Les plaies sont des solutions de continuité produites par cause externe.

Les plaies sont *simples*, *composées* ou *compliquées*.

Les plaies *simples* sont celles qui, n'affectant qu'un ou deux tissus, ne présentent d'autres indications que la réunion; les plaies *composées* intéressent plusieurs tissus; enfin les plaies *compliquées* sont accompagnées d'accidents graves ou de quelques maladies qui modifient les indications thérapeutiques.

Les plaies peuvent être observées sur toutes les parties du corps, et leur gravité est en raison de l'importance des organes qui sont blessés.

Il est très-utile de noter la direction des plaies, et par rapport à l'axe du corps, et par rapport aux tissus blessés. Une plaie sera *longitudinale* lorsqu'elle sera parallèle à l'axe du corps, *transversale* lorsqu'elle lui sera perpendiculaire, *oblique* quand elle tiendra le milieu entre ces deux directions. Sous le rapport des tissus divisés elles seront également longitudinales, transversales et obliques. On conçoit parfaitement que telle plaie, longitudinale par rapport à l'axe du corps, peut être transversale par rapport à la direction des organes blessés : ainsi une plaie du muscle grand pectoral ou du trapèze sera transversale à ces muscles si elle est longitudinale par rapport à l'axe du corps, et réciproquement.

On appelle *plaies à lambeau* toutes celles qui sont formées par plusieurs solutions de continuité qui se réunissent à une de leurs extrémités, ou bien qui se croisent dans leur longueur.

Les instruments qui produisent les plaies les ont fait distinguer en

plaies par instruments piquants, tranchants et *contondants*; elles peuvent encore être produites par *arrachement*, par *morsure d'animaux enragés* ou *venimeux*.

Les plaies présentent une étendue quelquefois très-grande; cette étendue peut exister dans les trois sens : longueur, largeur et profondeur.

Une plaie peut être très-étendue en longueur, sans pour cela être large et profonde; lorsqu'elle est simple, elle est peu grave.

Toutes les fois qu'une plaie est très-étendue en largeur, il y a perte de substance. Il est vrai qu'une plaie d'une longueur même médiocre peut présenter une certaine étendue en largeur, sans perte de substance; cette disposition tient à la contractilité et à l'élasticité des tissus intéressés.

Les plaies par instrument piquant ont une plus grande étendue en profondeur que dans les autres sens; presque sans importance lorsque l'instrument est très-fin et très-acéré, comme on le voit dans l'acupuncture, elles peuvent être très-graves lorsque, pénétrant très-profondément elles lèsent de gros vaisseaux, de gros filets nerveux, ou qu'elles pénètrent dans une des cavités splanchniques.

Plus la plaie sera nette, plus elle guérira facilement. Il est bien entendu qu'il est question ici des plaies simples; car, toutes les fois qu'il survient une complication, la guérison est retardée.

§ 1er. — Plaies par instruments tranchants.

Les plaies faites par un instrument tranchant sont produites par un instrument, qui pénètre tantôt dans les chairs comme le ferait un coin, tantôt en sciant; dans ce dernier cas, elles sont en général plus profondes et divisent les parties molles avec plus de netteté.

Quoi qu'il en soit, les phénomènes qui les accompagnent sont *primitifs* ou *consécutifs*.

A. *Phénomènes primitifs*. — Ce sont : 1° l'*effusion de sang*; 2° la *douleur*; 3° l'*écartement des lèvres de la solution de continuité*. Nous verrons bientôt que ces phénomènes, qui appartiennent à toutes les plaies, peuvent, lorsqu'ils sont exagérés, causer des accidents, l'hémorrhagie, les douleurs très-vives, etc.

1° *Hémorrhagie*. — Aucun instrument ne peut pénétrer dans nos tissus sans rompre un ou plusieurs vaisseaux; aussi les plaies par instrument tranchant seront-elles accompagnées d'un écoulement de sang plus ou moins considérable. L'hémorrhagie variera avec la vascularité de la partie blessée, avec la profondeur et l'étendue de la plaie. A moins qu'il n'y ait de gros vaisseaux ouverts, l'écoulement de sang ne doit pas être considéré comme une complication : il s'arrête en général de lui-même. Le sang qui est fourni par les solutions de continuité est plus rouge que noir, quoique des veines aient été