

prise et celle du tissu lui-même expliquent les symptômes cliniques locaux, ainsi que la restitution *ad integrum*, une fois la résorption de l'exsudation faite.

Lorsque le contenu cellulaire et la plasticité de l'exsudat augmentent rapidement, on constate en différents points les symptômes de l'inflammation phlegmoneuse de la peau, abcès miliaires et communs, plaques gangreneuses.

En cas d'érysipèle revenant fréquemment dans la même région, comme à la face, aux jambes, une partie de l'exsudat séreux subsiste parfois, et s'accumule alors sous forme d'œdème chronique, ayant les caractères de l'œdème dit lymphatique (Virchow) (1), qui contient de très nombreuses cellules d'exsudat. Ces dernières se transforment avec le temps en corpuscules de tissu conjonctif et se réunissent en fibrilles (Young). C'est ainsi qu'il en résulte un tissu conjonctif nouveau et un épaissement de la peau atteinte, — pachydermie. On voit alors, comme je l'ai déjà dit, après des érysipèles récidivés, les joues, les oreilles, les lèvres, rester épaissies; il en est de même aux jambes.

On voit quelquefois aussi l'érysipèle exercer une action consécutive favorable, par exemple la régression, voire même la disparition complète d'infiltrats chroniques, inflammatoires et néoplasiques, de tumeurs bénignes et malignes; dans ces cas, l'érysipèle a mérité l'épithète de « salulaire ». Que des dermatoses chroniques, comme l'eczéma, le psoriasis, même des syphilides, disparaissent sous l'influence de l'érysipèle, on peut l'attribuer à la fièvre qui accompagne l'érysipèle; la fièvre peut avoir en toutes circonstances cette même influence. Mais nous avons en vue l'effet local, d'autant que foyer érysipélateux et foyer de dermatoses ou de néoplasies coïncident. Le Dr Bieder en a récemment communiqué un cas très remarquable: chez un enfant de neuf ans, un sarcome déclaré inopérable, remplissant com-

(1) Il est impossible d'omettre ici les noms de VULPIAN, qui a établi, le premier, les caractères de la dermite congestive érysipélateuse, avec infiltration de tous les espaces interfasciculaires du derme distendus par les globules blancs sortis des vaisseaux, — *Arch. de physiologie*, 1868 — et de J. RENAUT, 1873, 1874, dont les recherches — *Contribution à l'étude anatomique et clinique de l'érysipèle et des œdèmes de la peau* — ont montré que les cellules fixes du tissu connectif *prolifèrent* et fournissent un certain contingent d'éléments migrants, et ont, en outre, établi l'inflammation constante du « pannicule adipeux sous-cutané » (hypoderme), lequel reste à l'état embryonnaire, et constitue, en majeure partie, la cause de l'induration en masse que l'on observe dans l'érysipèle vrai.

plètement l'espace naso-pharyngien et menaçant d'amener la mort par suffocation, disparut complètement en très peu de temps, grâce à l'effet exercé par un érysipèle survenu accidentellement.

Appuyés sur cette expérience, Busch, Volkmann, Fehleisen, Janicke et Neisser, ces derniers avec des cocci de cultures pures d'érysipèle, les premiers avec de la matière érysipélateuse, ont fait des inoculations tout autour de tumeurs malignes et ont provoqué ainsi artificiellement un érysipèle. Le succès, quant au résultat final, ne fut rien moins qu'encourageant; mais toutefois les derniers des auteurs susnommés déclarent avoir, à l'autopsie, constaté histologiquement la régression du néoplasme malin dans les points où l'on reconnaissait que des cocci de l'érysipèle avaient émigré en grand nombre.

Le diagnostic de l'érysipèle n'est pas toujours facile, si l'on tient compte des caractères que j'ai décrits; on peut le confondre avec l'érythème, la dermite phlegmoneuse et, spécialement dans sa forme bulleuse, avec l'eczéma aigu.

Le pronostic est, en général, favorable. La plupart des cas se terminent par la guérison. Sur 241 cas d'érysipèle qui ont été observés à l'Hôpital général dans les années 1883 et 1884, 32 eurent une terminaison fatale, c'est-à-dire 13.3 0/0. Mais dans ce nombre sont comprises toutes les formes d'érysipèle de la face, du tronc et des membres, ainsi que l'érysipèle type des plaies, comme aussi tous les cas dans lesquels il existait antérieurement à l'érysipèle une maladie de Bright, de la tuberculose, du marasme sénile et des états graves analogues. L'analyse attentive des cas montre que la mortalité à la suite de l'érysipèle est beaucoup plus faible. Dans l'espace de dix ans, de 1875 à 1884, il a été traité dans notre clinique et division dermatologiques, 157 cas d'érysipèle (79 hommes et 78 femmes), parmi lesquels 127 cas d'érysipèle de la face. De ce nombre, 7 moururent, donc 5.5 0/0. Mais tous les cas de mort concernaient des sujets atteints de marasme sénile ou de maladie de Bright chronique, parmi lesquels deux personnes dans l'état puerpéral. Pour l'érysipèle simple non compliqué de la face, la mortalité peut être de 1 à 2 0/0. Les individus atteints de marasme sénile, de maladies du cœur et des vaisseaux, d'alcoolisme, ainsi que ceux dans l'état puerpéral, sont en général le plus gravement compromis.

En ce qui concerne l'érysipèle du tronc et des membres, le pronostic dépend en première ligne du processus étiologique local, et il est impossible ici d'apprécier le rapport de mortalité. Cependant, en toutes circonstances, il convient d'être prudent en matière de pronostic, car on ne peut jamais savoir absolument quelle extension le processus prendra, et s'il ne surgira pas de complications graves.

J'ai déjà dit que l'érysipèle ambulante et l'érysipèle de la face peuvent devenir une affection sérieuse, surtout chez les alcooliques et les personnes âgées, et que l'érysipèle ombilical des enfants est dangereux. L. Fürth cite 57 cas de mort, c'est-à-dire 31.14 0/0 pour 183 cas d'érysipèle par vaccination dans la maison des Enfants trouvés à Vienne, dans l'espace de dix ans, de 1854 à 1864.

La thérapeutique de l'érysipèle, sous le rapport de ses symptômes généraux, est la même que celle de toutes les maladies fébriles, et on doit se guider d'après les mêmes indications; on luttera contre la chaleur exagérée du corps, le délire, l'agitation, etc., par des enveloppements froids, des applications locales de glace, l'appareil de réfrigération de Leiter, etc. Si l'exacerbation fébrile prend un type régulier, on administrera du sulfate de quinine, du salicylate de soude, de l'antipyrine; si la fièvre est modérée ou nulle, on pourra se borner à la médecine expectante. Nous proscrivons d'une manière absolue la saignée, les sangsues et les ventouses.

Les efforts tentés pour limiter et entraver les progrès de l'inflammation érysipélateuse de la peau par des moyens locaux ont été de tout temps très nombreux; cependant nous les tenons pour inutiles.

Tracer une ligne de démarcation autour de la circonférence de l'érysipèle avec la pierre infernale n'a jamais mis obstacle à son extension: des applications de collodion, de vernis, de teinture d'iode, de térébenthine phéniquée, etc., ou une médication dite antiseptique, locale ou interne, ont été également impuissantes à arrêter sa marche.

Le traitement rationnel se pose pour premier problème de découvrir le point de départ de l'érysipèle et d'empêcher la continuation de l'influence nocive. Dans l'érysipèle de la face, il faut chercher s'il n'y a pas un abcès dentaire, et, dans ce cas, l'ouvrir, mais surtout examiner avec soin la cavité nasale, ouvrir les pustules qui s'y trouvent, ramollir les croûtes et les foyers purulents par l'introduction de bourdonnets imprégnés de pommade et d'huile. J'ai déjà guéri d'une manière durable maints cas d'érysipèle de la face récidivant depuis plusieurs années, en apprenant aux malades à empêcher, même après la guérison de la maladie, la formation de croûtes dans les fosses nasales. De même, il faut rechercher sur plusieurs points du corps, par exemple aux jambes, les foyers purulents, aisément perceptibles ou même cachés, comme les abcès de la marge de l'anus dans l'érysipèle de la région fessière, les pustules, les abcès, et il faut les évacuer en ramollissant les croûtes qui les couvrent ou en incisant leur enveloppe cutanée. La meilleure manière de limiter le processus érysipélateux,

c'est d'éloigner l'occasion d'une résorption nouvelle de substances provoquant l'inflammation (1).

On laisse complètement à nu les parties de la peau enflammées, ou bien on les recouvre d'ouate sèche, de vessies de glace ou de cataplasmes (eau, sous-acétate de plomb, liqueur de Burow), suivant que les malades préfèrent l'un ou l'autre de ces moyens, c'est-à-dire qu'ils trouvent l'une ou l'autre de ces méthodes plus agréable ou plus satisfaisante. On recommande, dans l'érysipèle de la face, les applications d'onguent hydrargyrique étendu sur de la toile; toutefois, il faut avoir égard, dans ce cas, au danger de la salivation. Hueter, Neudörfer, etc., ont prétendu avoir arrêté localement l'érysipèle, dix à douze fois, par une injection sous-cutanée quotidienne, faite dans la zone marginale du foyer érysipélateux, d'une solution phéniquée de 1 à 2 pour 100; je n'ai pas fait d'expérience sur ce point.

Il m'est aussi impossible de justifier que d'approuver l'opinion d'autres auteurs qui vantent les applications et les lotions d'eau phéniquée dans l'érysipèle des membres, ou l'huile phéniquée dans l'érysipèle de la face.

Dans l'érysipèle du tronc et des membres, de simples applications d'eau et de graisse sont tout aussi efficaces, pourvu que les foyers purulents que l'on doit regarder comme les points de départ de l'érysipèle soient débarrassés de leurs croûtes, mis à nu, évacués, et que les surfaces érysipélateuses enflammées soient traitées dans le sens antiphlogistique. Dans l'érysipèle de la face, les choses ne se passent pas autrement et l'effet est seulement plus rare, parce que les points de départ de l'inflammation sont d'ordinaire inaccessibles (les narines prises pour exemple).

(1) Tout cela est fort sage, et tous les médecins attentifs font de même; mais quand nous avons ainsi conjuré ou réprimé une complication phlegmasique de voisinage, nous ne nous considérons pas toujours comme fondés à croire que c'est bien un érysipèle *vrai* que nous avons prévenu ou combattu. A côté des érysipèles récidivants, à virus atténué ou à tissus vaccinés, il y a des dermites *érysipélateuses* nées de produits septiques *divers*, et que des soins locaux, quelques antiseptiques internes (sulfate de quinine) ou externes (acide salicylique, etc.) enrayent assez aisément. Pour tous ces cas, aussi bien que pour l'érysipèle *vrai*, nous employons avec succès les applications *permanentes* de *lint* boriqué, ou de compresses de mousseline imprégnées de solution de salicylate de soude à 1/20, neutralisée — Voy. HALLOPEAU, Du traitement de l'érysipèle par le salicylate de soude administré *intus et extra*, in *Bullet. de la Soc. méd. des Hôp.*; Mémoires, p. 85, 1880 — ; mais nous ne recommandons pas l'usage interne du salicylate de soude chez les érysipélateux. E. B. — A. D.

Je dois même mettre en garde, en m'appuyant sur une grande expérience, contre l'usage de l'acide phénique et de l'iodoforme dans l'érysipèle, car le premier produit en général des pustules phéniquées et des furoncles, et par là de nouveaux foyers d'inflammation et de lymphangite; le dernier augmente directement la dermite érysipélateuse.

L'application de pommades anodines étendues sur de la toile (cérat simple, pommade de zinc ou de précipité (1 sur 40), de glycérine, de vaseline, de la pâte de Lister, d'acétate de plomb, etc.) peut diminuer un peu la tension; il faut la recommander comme avantageuse, surtout au moment de la dessiccation.

Le bain continu m'a paru efficace dans de nombreux cas d'érysipèle du tronc et des membres; dans l'espace de douze à vingt-quatre heures, on pouvait constater, simultanément avec la défervescence, l'arrêt et la régression de l'érysipèle, grâce surtout à l'influence favorable que le bain continu exerce même sur les foyers gangreneux et purulents qui sont l'origine de l'érysipèle.

Enfin, en raison de la transmissibilité de certaines formes de l'érysipèle, qui a été souvent constatée et dont il a été question dans l'étiologie, il faut avoir soin de recommander l'isolement aussi complet que possible des malades atteints d'érysipèle et la désinfection scrupuleuse des instruments et des mains qui les ont touchés, afin de s'opposer par là à la diffusion de la maladie.

Les inflammations phlegmoneuses de la peau se caractérisent par une rougeur intense qu'on peut difficilement faire disparaître, par de la chaleur, de la douleur, et par une infiltration et une tuméfaction très prononcées de la peau envahie, qui devient très dure, et par sa terminaison habituelle en fonte purulente ou nécrose en masse (gangrène) du tissu.

Sous leur forme diffuse, ces inflammations constituent ce qu'on appelle le pseudo-érysipèle (phlegmoneux). Le plus souvent précédé de frissons et de fièvre, le pseudo-érysipèle se manifeste sous forme d'une tuméfaction et d'une rougeur de la peau, douloureuses, dures, s'étendant, suivant le degré d'acuité, à de grandes surfaces, par exemple à tout un membre. Les phénomènes inflammatoires peuvent disparaître au bout de quelques jours avec la cessation de la fièvre, en laissant après eux une pigmentation brune et de la desquamation. Mais, le plus souvent, il se produit avec une grande rapidité, dans l'intervalle d'un à trois jours, une fonte purulente très étendue du tissu, laquelle se traduit par une fièvre plus forte, et localement par de la fluctuation. Après l'ouverture du phlegmon et l'écoulement du pus, souvent sanieux et abon-

dant, auquel sont toujours mêlés des débris plus grossiers de tissu, on voit souvent une destruction énorme du tissu cellulaire sous-cutané, ou même des tissus sous-jacents, fascias, muscles, la dénudation ou la nécrose des os, l'ouverture des articulations. Le plus grave, sous ce rapport, est le phlegmon de la main, qui met de bonne heure en danger les os des phalanges et des articulations.

Outre les conséquences locales, on a à redouter, dans le pseudo-érysipèle, des adénites persistantes, ensuite de la pyémie, de l'ictère, des métastases, un état cachectique prolongé ou une mort rapide (1).

La cause de cette affection est toujours une infection en général septique, une intoxication résultant de l'introduction d'une matière septique dans une plaie (excoriation), soit qu'elle vienne du dehors par virus cadavérique, matière variolique, sécrétion puerpérale, ou sanie, substances animales en putréfaction, soit qu'elle ait son point de départ dans un foyer purulent de l'individu lui-même, dont le contenu pénétrerait par la voie lymphatique. Dans l'état actuel de la science, il est encore tout à fait impossible de décider si et jusqu'à quel point il s'agit ici d'un microbe spécifique (*streptococcus pyogène*, etc.), et encore s'il s'agit uniquement de ces microbes ou bien d'une substance chimique provenant de la sécrétion de ces microbes (ptomaine) ou des substances albumineuses des éléments de tissu. Dans ce dernier cas, l'effet se traduit par des phlegmons métastatiques proprement dits, comme ceux qu'on observe après la variole vraie ou chez les femmes en couche.

A cette place doivent aussi figurer les phlegmons produits par l'action des venins ayant leur point de départ dans les morsures, ou dans les piqûres d'animaux divers, et qui se terminent comme une affection locale, ou entraînent la mort par un empoisonnement général du sang.

Relativement à leur traitement, qui est du domaine de la chirurgie, je me borne à indiquer la nécessité de faire, aussitôt que possible, des incisions suffisamment profondes, même si l'on n'a pas encore constaté un foyer purulent.

L'inflammation phlegmoneuse de la peau se présente sous une forme circonscrite dans les maladies connues sous le nom de furoncles et d'anthrax, ainsi que dans les zoonoses : la morve, la pustule d'infection cadavérique et la pustule maligne.

(1) Voyez, pour la discussion de ce point obscur, et sur la question de l'érysipèle phlegmoneux, l'article ÉRYSIPELE du *Dict. encyclop. des sc. méd.*, p. 212, partie rédigée par P. SPILLMANN et L. GANZINOTTY.

Le furoncle représente une nodosité de la peau, inflammatoire, circonscrite, dure, dans le centre de laquelle il se produit ordinairement une nécrose du tissu sous forme d'un bourbillon qui finit par s'éliminer. Son développement s'annonce par une douleur localisée et une dureté de la peau ; le jour suivant seulement surviennent de la rougeur et une augmentation de chaleur. La tuméfaction, la dureté et la rougeur s'étendent peu à peu, de sorte que la nodosité, qui était d'abord peu saillante, peut prendre la grosseur d'une noisette ou d'une noix. Dans le furoncle folliculaire, ayant évidemment son siège autour d'un follicule pileux, on aperçoit de bonne heure un point jaune traversé par un poil ou par-dessus encore une vésicule remplie de sang ou de sérum ; mais dans ce qu'on est convenu d'appeler le furoncle du tissu cellulaire, on ne voit ce même point qu'au bout de plusieurs jours, ou bien la peau amincie et rouge bleu se soulève, tandis que, au centre, il s'est déjà produit un ramollissement puriforme durant la période de douleur et de pulsations. Après l'ouverture de l'abcès, les douleurs diminuent un peu ; cependant, elles ne cessent tout à fait qu'au bout de huit à dix jours, lorsque la masse nécrotique s'est détachée par suppuration. Elle est chassée au dehors sous la forme d'un bourbillon vert jaunâtre, visqueux, imbibé de pus. Après cette expulsion, l'occlusion de la cavité entr'ouverte en forme de cupule s'effectue graduellement par granulation.

Quelquefois, la nodosité furonculaire s'ouvre sur plusieurs points, et plusieurs bourbillons se détachent. La peau, dans ces points, est alors perforée comme les alvéoles d'un nid de guêpes — furoncle vespajo — furoncle alvéolaire.

Chez les individus irritables, la période d'inflammation et de suppuration du furoncle est accompagnée d'une fièvre plus ou moins intense.

On doit diviser l'anthrax (*carbunkel*) en deux variétés, d'après sa cause, sa marche et sa signification.

1° L'anthrax commun ou anthrax furoncle, furoncle vulgaire, appelé aussi purement et simplement anthrax ou *carbunkel*, débute par une infiltration peu mobile de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, très dure, le plus souvent provenant d'un furoncle en alvéoles, en général très douloureuse, mais dont la dimension est celle d'une pièce de cinq francs en argent jusqu'à celle de la paume de la main et même davantage. Son siège le plus fréquent est la région de la nuque ; cependant, on le voit aussi à la face, sur les joues, aux lèvres, sur le dos, dans la région lombaire. La douleur et la fièvre, dans cette affection, sont souvent très intenses, même lorsqu'elle est localisée à la nuque et à la face ; on observe aussi quelquefois du délire et de la somnolence. Sur l'anthrax, la peau se nécrose dans

une étendue et sous une forme diverses, en se convertissant en une pulpe noir bleuâtre, ou en une eschare sèche, semblable à du cuir ; à la chute de celle-ci, il se produit une nouvelle exfoliation du tissu conjonctif profond, qui est traversé très irrégulièrement par des foyers purulents, par des débris de tissu décomposé, de vaisseaux sanguins thrombosés. C'est seulement après que les masses infiltrées une fois ramollies ont été rejetées par une suppuration éliminatrice, que l'on voit une plaie rouge en voie de granulation, souvent très profonde, qui guérit méthodiquement.

L'anthrax, alors même que sa marche est aussi favorable, constitue une maladie sérieuse ; il devient positivement dangereux, lorsque l'infiltration et la gangrène font des progrès et que la lésion ne se limite pas ; la mort peut alors survenir par pyémie ou par œdème du cerveau. Les sujets âgés sont toujours très gravement affectés par l'anthrax, et le pronostic de cette affection doit pour eux être fait avec réserve.

Nous sommes peu renseignés au sujet des lésions anatomiques du furoncle, puisqu'on n'a jamais pu les examiner avant le commencement de la nécrose des tissus. Autant que nous l'enseignent l'aspect et la forme des éléments qui constituent le bourbillon une fois détaché, l'inflammation et la mortification partent le plus souvent d'un follicule pileux ou d'une glande sébacée (Billroth) et du tissu périfolliculaire ; suivant Rindfleisch, elles pourraient provenir du cordon de tissu conjonctif, qui va du fond du follicule pileux dans la couche cellulaire sous-cutanée (Wertheim). D'autres auteurs pensent que la cause de l'inflammation et de la gangrène du tissu est dans une thrombose des vaisseaux qui alimentent la base du follicule ; ce qui, cependant, il faut le dire, n'a jamais été prouvé.

Dans l'anthrax, les lésions anatomiques sont encore plus compliquées.

D'ailleurs, le furoncle et l'anthrax doivent, au point de vue pathologique, être considérés comme ayant la même signification, puisque tous les deux se produisent habituellement dans des circonstances identiques et que très souvent une série de furoncles se termine par un anthrax.

Les furoncles surviennent sporadiquement, ou en grand nombre par séries successives, de sorte qu'on les voit surgir pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années, avec de courtes interruptions, ou d'une manière continue, et sur différentes régions du corps ou plus spécialement sur des parties déterminées. C'est alors la furonculose, c'est-à-dire une affection chronique qui peut affaiblir considérablement les malades par des douleurs fréquentes, de la fièvre et de la

suppuration, ou devenir dangereuse par l'intercurrence d'un anthrax.

Suivant leurs causes, on peut distinguer les furoncles et les anthrax en idiopathiques et en symptomatiques. Les premiers se développent chez des individus bien portants, spontanément, et alors le plus souvent il n'y a qu'un seul furoncle; ou bien il en survient plusieurs successivement à la suite de l'irritation de la peau causée par les douches répétées, les cures d'eau froide, le séjour dans le bain continu et le grattage, comme dans les affections prurigineuses de la peau, eczéma, prurigo, gale, phthiriose, ou encore il se produit, comme métastases, des furoncles d'infection provenant de pustules et de foyers purulents appartenant à ces dermatoses.

On peut, au contraire, considérer comme symptomatiques les furoncles et les anthrax, s'ils surviennent, comme on l'a constaté, à la suite ou comme complication de troubles généraux de la nutrition, de dyspepsie chronique, de marasme sénile, du diabète sucré (1).

Le traitement de ces affections est, à proprement parler, en général peu efficace. On ne peut abrégier ni changer le cours d'un furoncle isolé ni par l'application de la glace ou d'une chaleur humide, ni par des incisions faites de bonne heure. On n'est amené à conseiller de préférence l'une ou l'autre de ces méthodes que d'après les appréciations

(1) Plusieurs états dyscrasiques peuvent s'accompagner de furonculose sans que l'on sache encore bien par quel mécanisme; il est vraisemblable, toutefois, que c'est surtout *médiatement* que les altérations des liquides mettent les tissus tégumentaires en état de réceptivité furonculaire, en affaiblissant leur degré de résistance vitale, quelle que soit d'ailleurs la nature de l'adulteration du sang. Ce serait surtout la déshydratation commune à tous les diabètes, à toutes les polyuries, qui serait l'agent immédiat des troubles de nutrition cutanée qui préparent le terrain pour la furonculose, que l'on voit survenir dans la polyurie simple, aussi bien que dans la polyurie azoturique, glycosurique, etc. — Voy. BOUCHARD, *Maladies par ralentissement de la nutrition*; — et P. SPILLMANN et P. PARISOT, *Furonculose et Polyurie, in Ann. de Dermat. et de Syph.*, t. X, 1889; — G. LÖWENBERG, *Progrès méd.*, 1881, etc.; — GINGEOT, *Bullet. de Thérap.*, 1885, et *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1888; — Discuss. sur l'anthrax et le furoncle. *Bullet. de l'Acad. de méd.*, 1888, etc.

En fait, la furonculose est une maladie à *facteurs multiples et à microphytes variés*; les médecins qui n'y veulent voir que le terrain, aussi bien que ceux qui limitent leur coup d'œil à la contemplation des microphytes, sont également dans l'erreur, et ceux-là seuls qui tiennent un compte éclairé et judicieux de l'état *du furoncleux*, ainsi que de toutes les *conditions extrinsèques qui l'entourent*, lui, en particulier, réunissent les meilleurs moyens de le guérir et de le prévenir.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

du malade lui-même. Au début, cependant, le froid convient mieux; à la période de suppuration, ce seront les fomentations chaudes, les cataplasmes ou les onguents et les emplâtres indifférents.

L'extraction du bourbillon nécrotique, avant qu'on ait constaté sa mobilité complète, n'offre aucun avantage. Au contraire, dans l'anthrax, il est expressément indiqué d'avoir recours à l'emploi de la glace et aux incisions profondes et dans plusieurs directions, faites d'aussi bonne heure que possible, — c'est dans ces cas que le tissu induré crie sous le scalpel; — suivant les circonstances on excise, on racle les parties nécrosées, ou même dans le tissu infiltré on peut faire, à partir de la périphérie et de la base, de nombreuses incisions et sections qui ont pour but d'ouvrir le plus de foyers purulents possible.

Quand le ramollissement de la masse indurée se produit, ce qui convient le mieux, ce sont des fomentations chaudes ou des pansements désinfectants (pâte phéniquée, etc.).

Dans la furonculose, on fait, à l'égard des nodosités isolées de l'éruption, la médecine des symptômes, exactement comme pour les furoncles sporadiques. En outre, il faut tâcher d'en découvrir la cause générale accidentelle et de la combattre par des remèdes appropriés, le régime, les amers, la soude, le fer, les eaux thermales de Franzensbad, Karlsbad, Marienbad, etc. En général, les bains ne paraissent pas avantageux; cependant, on a, à différentes reprises, conseillé et trouvé efficaces les bains d'alun et de soude (1,000 gr. pour un bain), ainsi que les bains de sublimé (10 gr. pour un bain). J'ai souvent cru devoir essayer de semblables traitements, et j'y étais parfaitement autorisé, puisque la furonculose, maladie extrêmement pénible, réclame toujours de nouvelles recherches pour découvrir un moyen de la guérir.

Mais la méthode la plus défectueuse est celle que l'on pratique aujourd'hui et qui est inspirée par le désir de rester fidèle au principe de l'asepsie, de ne traiter les furoncles qu'au moyen de l'acide phénique, puisque cet agent provoque constamment de nouveaux furoncles (1).

(1) Ce n'est pas, à vrai dire, l'acide phénique qu'il y a à incriminer, mais bien son emploi défectueux ou les doses excessives auxquelles il a été appliqué. — Il faut ajouter que les injections intracutanées d'acide phénique peuvent être employées avec succès dans les cas graves d'anthrax. — Voy. ARNOZAN, LANDE et MAURANGE, *in Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1889. — Ces auteurs ont injecté aux points extrêmes de la tumeur, par cinq piqûres, 5 grammes d'une solution au 1/10^e, composée de glycérine neutre et eau distillée, de chaque 15 grammes, acide phénique, 3 grammes.

E. B. — A. D.

2° L'anthrax vrai (1), *carbunculus verus*, charbon, anthrax charbonneux, pustule maligne, débute avec une sensation de prurit et de brûlure, sous forme d'une tache rouge, saillante, comme à la suite de la piqure d'un insecte. Bientôt après, l'épiderme se soulève en forme de vésicule hémorrhagique, laquelle peut se dessécher au centre, se développer périphériquement ou se confondre avec celles qui sont voisines. Il se forme à la base une infiltration de la peau très dure et peu douloureuse, constituant une saillie ayant l'aspect d'un cône aplati, dont l'étendue varie de celle d'une pièce de cinq francs en argent à celle de la paume de la main, sur laquelle s'élève peu après une bulle hémorrhagique; ou bien une partie de la peau se transforme en une eschare sèche et de mauvais aspect. Celle-ci s'enfonce un peu au-dessous du niveau du tégument, de sorte qu'il apparaît recouvert par la tumeur environnante comme d'un bourrelet; ou, si cette tumeur présente à sa périphérie de grandes crevasses, elle le surplombe comme un jabot. Souvent aussi des vésicules hémorrhagiques apparaissent là consécutivement. Quant à son siège, l'anthrax atteint surtout le dos des mains, plus rarement la face, les lèvres, les ailes du nez, les joues, les paupières (lesquelles, dans ce cas, se remplissent d'un infiltrat très dur et se tuméfient énormément).

Si le processus n'amène pas rapidement la mort, la plus grande partie du tissu infiltré se nécrose, et, après son élimination, il se forme des granulations et la plaie se cicatrise. Il survient souvent de la lymphangite et de l'adénite axillaire purulente ou une suppuration sanieuse au niveau du muscle pectoral. Le pronostic n'est favorable que lorsque l'affection est limitée localement et qu'il n'y a pas de symptômes généraux. D'ailleurs, le pronostic est très incertain, car il est rare qu'il ne se déclare pas des phénomènes pyémiques généraux, et dans ce cas la mort a lieu à bref délai.

L'anthrax charbonneux se manifeste aussi quelquefois sous la forme d'œdème charbonneux externe (œdème malin), dans lequel l'infiltration prédomine et qui peut être facilement méconnu. Souvent on voit dans ces cas se former brusquement, sur les nodosités œdémateuses,

(1) Cette lésion, ou mieux cette maladie, dont l'auteur fait la « seconde variété » de « l'anthrax », n'est autre que le *charbon*. Quelle qu'ait pu être la nomenclature du passé, l'usage est à présent établi de réserver le nom d'*anthrax* à l'anthrax commun; l'ancien « anthrax vrai ou malin » est aujourd'hui classé sous le nom de *charbon*; il n'y a donc aucune raison, ni de conserver ce double emploi du même mot, ni d'associer ces deux choses distinctes dans un même genre, et de les décrire dans un même chapitre.

des eschares gangreneuses étendues, gris foncé jusqu'à noir ardoisé (Bollinger).

Comme troisième forme de l'anthrax, W. Koch signale le charbon embolique de la peau, qui a été décrit par Weigert et Waldeyer, et se traduit chez un homme mort de charbon typique des poumons et de l'intestin, par des taches hémorrhagiques punctiformes, de la dimension d'une lentille et même plus considérables, des papules et des vésicules hémorrhagiques, ombiliquées, plates ou reposant sur des papules, qui avaient leur siège principal à la face et sur le tronc.

Le meilleur traitement est purement symptomatique. Des fomentations, froides ou chaudes, suivant le degré des phénomènes inflammatoires concomitants, notamment des parties environnantes, et suivant l'intensité plus ou moins grande de la lymphangite qui existe en même temps. La cautérisation de la pustule maligne, recommandée par différents auteurs, ou des autres nodosités ou pustules d'infection au moyen de l'acide nitrique fumant, est, lorsqu'elle a été énergique, parfois suivie de succès; mais si elle fut incomplète, elle est plutôt nuisible. Il se forme ensuite des plaies propices à la propagation des bacilles de l'anthrax charbonneux. On a aussi proposé récemment comme rationnels l'excision totale et le raclage de l'anthrax, accompagnés de la cautérisation de la base.

On considère, depuis Pollender et Davaine (1), comme causes de l'anthrax charbonneux et comme agents de transmission de la matière contagieuse pour l'anthrax charbonneux, les bâtonnets mobiles, les bactériidies, les bacilles de la pustule maligne que l'on a constamment trouvés dans le sang des animaux charbonneux et dans le tissu de l'anthrax lui-même.

D'après les recherches actuelles de Wagner, de Rob. Koch et Turner, il existe, dans l'anthrax, dans le derme et jusque dans la couche du pannicule graisseux, une infiltration des cellules inflammatoires en forme de traînées et de foyers, des hémorrhagies, des fragments de tissu nécrosé de mauvais aspect, dur ou en bouillie, et seulement durant la première période plus d'hyperhémie et de dissociation séreuse; l'épiderme est en quelques points très adhérent; plus tard, surtout au centre, soulevé. Les bacilles de la pustule maligne remplissent les vaisseaux sanguins et lymphatiques et (dans des cas de Wagner) les papules hypertrophiées d'une manière si compacte, que l'on n'y

(1) Lisez: RAYER-DAVAINE, 1850, ... et... POLLENDER, 1855. — Voyez, pour tout ce qui concerne le *Charbon*, les remarquables leçons de I. STRAUS, — *Le charbon des animaux et de l'homme* — professées à la Faculté de médecine de Paris en 1877. E. B. — A. D.