

Les synovites tendineuses d'origine syphilitique ne sont pas rares, elles se développent surtout aux mains, plus rarement aux pieds, à la patte d'oie, etc. Souvent leur apparition a lieu de chaque côté, elles affectent donc une disposition symétrique. La durée de l'épanchement est très-variable (quinze jours à dix mois), et il peut subir des intermittences très-nettement accusées.

Quant au traitement, il consiste surtout dans l'administration des antisiphilitiques; localement, on peut utiliser la compression, les révulsifs, la teinture d'iode, le collodion, etc.

Les lésions de la période tertiaire ont été signalées par le professeur Verneuil, en particulier au niveau de la patte d'oie, à la synoviale du tendon du péronier antérieur (Chouet), etc. Ces lésions pourraient être confondues avec la synovite fongueuse (Gosselin), dont elles offrent à peu près les symptômes. Toutefois, l'examen du malade, ses antécédents, la marche plus rapide des gommés, devront les faire reconnaître, au moins le plus souvent.

Il faut instituer un traitement antisiphilitique avec l'iodure de potassium; parfois le traitement mixte doit être prescrit. Localement on peut appliquer l'emplâtre de Vigo (Verneuil).

BIBLIOGRAPHIE. — Desault, *Œuvres chirurgicales*, éd. Bichat, t. I, p. 192, 1798. — Villermé, *Dictionnaire en 60 vol.*, t. LIV, p. 115, 1821. — Boyer, *Maladies chirurgicales*, t. III, p. 176, 1831. — Ollivier, *Dictionnaire en 30 vol.*, t. V, p. 537, 1833. — Poulain, *Mémoire sur la crépitation des gaines tendineuses*, in *Gaz. méd.*, p. 236 et 386, 1835. — J. Cloquet, *Dictionnaire en 30 vol.*, t. XIII, p. 584, 1836. — A. Leguey, *Recherches anatomiques chirurgicales et physiologiques sur les bourses synoviales des tendons fléchisseurs des doigts*, thèse de Paris, 1837, n° 374. — Dupuytren, *Des kystes séreux contenant de petits corps blancs ou hydatides*, in *Leçons orales de clinique chirurg.*, t. II, p. 148, 2<sup>e</sup> édit., 1839. — Velpeau, *Recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur les cavités closes, etc.*, Paris, 1843. — Deville, *Lésion chron. des bourses séreuses de la main*, in *Bulletins de la Société anatomique*, t. XXVI, p. 210, 1851. — Gosselin, *Recherches sur les kystes synoviaux de la main et du poignet*, in *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XVI, p. 367, 1851. — Michon, *Des tumeurs synoviales de la partie inférieure de l'avant-bras, etc.*, thèse de concours de clin. chirurg., Paris, 1851. — Baudoin, *Des kystes synoviaux tendineux de la région poplitée*, thèse de Paris, 1855, n° 222. — Foucher, *Note pour servir à l'histoire des tumeurs synoviales de la région poplitée*, in *Gazette hebdom.*, 1855, p. 271; et *Mémoire sur les kystes de la région poplitée*, in *Archiv. gén. de méd.*, vol. II, p. 313 et 426, 1856. — Legouest, *Des kystes synoviaux du poignet et de la main*, th. de concours d'ag. en chirurgie, Paris, 1857. — Bidart, *De la synovite tendineuse chronique*, thèse de Paris, 1858, n° 96. — Malgaigne, *Système séreux*, in *Traité d'anatomie chi-*

rurgicale, t. I, p. 108, 2<sup>e</sup> éd., 1859. — R. Barwell, *On synovial tumours, etc.*, in *The Lancet*, 1858, vol. II, p. 371. — E. Cazanou, *Tumeurs blanches des syn. tendineuses, etc.*, th. de Paris, 1866, n° 215. — E. Lantier, *Des kystes synov. tendineux*, *ibid.*, 1866, n° 33. — R. Virchow, *Hygromes, ganglions*, in *Traité des tumeurs* (trad. franc.), t. I, p. 191 et suiv., 1867. — R. Guerlou, *Des t. syn. tend. du poignet*, th. de Paris, 1868, n° 122. — A. Verneuil, *De l'hydrop. des gaines tend. des ext. des doigts*, in *Gazette hebdom.*, 1868, p. 609, et *Lésions syph. tertiaires, etc.*, in *ibid.*, 1873, p. 22. — A. Fournier, *Note sur les lésions des gaines tend. dans la syphilis secondaire*, in *Gaz. hebdom.*, 1868, p. 645. — Nicaise, *De la synovite tend. à grains riziformes, etc.* (ext. de la *Gaz. médicale*), 1872 (Bibliogr.). — Roch, *Quelques obs. d'hydrop. des gaines tend. dans la syphilis secondaire*, thèse de Paris, 1872, n° 37. — Philippi, Pillenet, *Synovites tendineuses*, *ibid.*, 1873, nos 234 et 444. — Eltchaninoff, *Des manifest. de la blennorrh. sur les synov. artic. et tendineuses*, *ibid.*, 1873, n° 303. — Moreau, *Des aff. syphil. tert. des bourses séreuses*, *ibid.*, 1873, n° 360. — Boillerault, *Essai sur le rhumat. non blennorrh. des synov. tendineuses, etc.*, *ibid.*, 1874, n° 10. — Chouet, *De la syphilis dans les bourses séreuses artic. sous-cutanées et tendineuses*, *ibid.*, 1874, n° 255.

### CHAPITRE III

#### AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA PEAU

##### ARTICLE 1<sup>er</sup>. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA PEAU.

Ces lésions ont été déjà étudiées aux différents articles ayant pour objet : les plaies, les contusions, les brûlures, etc.; nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur.

##### ARTICLE II. — LÉSIONS INFLAMMATOIRES DE LA PEAU.

Il est bien entendu qu'il n'est question ici que des lésions inflammatoires ayant quelque intérêt pour le chirurgien; ce sont : l'érythème simple, l'érysipèle, le furoncle, l'anthrax et l'hydrosadénite (Verneuil).

##### § 1<sup>er</sup>. — Érythème simple.

Sous le nom d'érythème, on décrit un certain nombre d'affections caractérisées surtout par la rougeur de la peau, mais qui d'ailleurs sont très-différentes par leur cause, leur nature, leurs symptômes, et dont la majeure partie est du domaine de la pathologie interne (1).

(1) Voyez A. Tardieu, *loc. cit.*, p. 88 et suiv.

Toutefois, avec Follin, nous rangerons dans l'érythème simple, les irritations cutanées résultant plus spécialement de l'action des agents extérieurs, comme : le froid, la chaleur vive, la lumière, les liquides excitants, caustiques, les frottements (*intertrigo*), les pressions continues (*Érythème paratrimme*), etc.

*Symptômes.* — L'érythème simple se caractérise assez bien par l'apparition de taches rosées ou rouges, superficielles, tantôt régulières, tantôt irrégulières, et d'étendue variable. Si l'on vient à exercer une certaine pression avec le doigt sur ces taches, leur coloration disparaît un moment, enfin leurs bords se confondent insensiblement avec les parties voisines (Follin).

Ces taches donnent lieu à une légère douleur ou à du prurit; parfois, et lorsque la lésion est étendue, on observe un peu de fièvre.

En général, la maladie se termine par résolution en moins d'un septénaire, et les points primitivement lésés sont le siège d'une desquamation épidermique. Dans certains cas, cependant, la cause productrice de l'érythème continuant à agir, il se fait des exoriation, des fissures et même des ulcérations de la peau, lésions très-douloureuses, qui peuvent devenir graves.

Enfin on a signalé un *érythème chronique*, résultant de l'action continue de la chaleur; on l'observe à la face interne des cuisses chez les vieilles femmes qui usent de chaufferettes, sur le visage chez les ouvriers verriers, etc.

*Diagnostic.* — L'érysipèle peut être confondu avec l'érythème; cependant, la cause de cette dernière affection, la rougeur diffuse et fixe des téguments, la feront facilement reconnaître. Nous croyons toutefois que certains érythèmes qui se développent sur les téguments des membres œdématisés peuvent être facilement pris au début pour des érysipèles.

Le pronostic est ordinairement bénin, à la condition surtout qu'on puisse faire cesser la cause qui détermine l'irritation de la peau.

*Traitement.* — Il faut tenir aussi propres et aussi sèches que possible les parties atteintes; à cet effet, les lavages et l'emploi des poudres d'amidon, de lycopode, etc., produiront d'assez bons résultats (Follin).

**BIBLIOGRAPHIE.** — Consulter les divers traités sur les affections de la peau, en particulier les leçons de Hardy et de Bazin.

## § 2. — Érysipèle.

Au point de vue clinique nous n'avons rien à ajouter au paragraphe déjà consacré à l'étude de l'*Érysipèle traumatique* (1), mais nous croyons devoir compléter ce que nous avons dit de l'*Anatomie pathologique*, en résumant brièvement les travaux tout récents sur cette importante question.

Aux recherches déjà citées de Vulpian, Volkmann et Steudner (2), il faut ajouter celles de Liouville, Cadiat et Renaut.

Pour ce dernier, les lésions cutanées de l'érysipèle sont celles d'une inflammation simple, une *dermite*, caractérisée 1° par l'infiltration des globules blancs, et 2° la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif (Ranvier), prolifération qui paraît jouer un grand rôle dans les indurations consécutives à l'érysipèle.

Les globules blancs, apportés par les vaisseaux sanguins, sont repris en majeure partie par les lymphatiques, qui peuvent s'enflammer consécutivement. De là, production d'une endo-lymphangite, d'une lymphangite interstitielle ou d'une péri-lymphangite. Le passage des globules blancs dans les lymphatiques s'effectuerait au niveau des lacunes lymphatiques de la peau, creusées au milieu des faisceaux conjonctifs (Renaut).

Enfin, dans l'érysipèle intense, le tissu adipeux s'enflamme, et prend une notable part à l'induration érysipélateuse primitive et secondaire.

En résumé, quoique l'érysipèle soit une affection tout à fait spéciale, ses lésions cutanées diffèrent fort peu de celles qu'on déterminerait expérimentalement par l'irritation de la peau.

Notons qu'avant Renaut, Liouville et Cadiat avaient tous deux trouvé du pus dans les capillaires lymphatiques du derme.

**BIBLIOGRAPHIE.** — Vulpian, *Sur un cas d'érysipèle, etc.*, in *Arch. de physiol.*, t. I, p. 314, 1868. — Volkmann et Steudner, *Zur path. Anat. der Erysipelas*, in *Centralblatt*, 1868, n° 36, s. 561. — H. Liouville, *Étude sur les lymphatiques dans l'érysipèle*, in *C.-r. de la Soc. de biologie*, 1872, juillet. — Cadiat, *Examen histol. des lymph. dans l'érysipèle*, in *Bull. de la Soc. anat.*, 1873, 2<sup>e</sup> série, t. XVIII, p. 134. — J. Renaut, *Contrib. à l'étude anatomique et clinique de l'érysipèle et des œdèmes de la peau*, th. de Paris, 1874, n° 154.

(1) Voyez page 88.

(2) Et non Steidener, comme on l'a imprimé par erreur.

toute  
soier  
La  
table  
ont é  
leur  
prés  
O  
cha  
enfir  
L  
d'ab  
infla  
infla  
d'ail  
mat  
S  
asse  
par  
renc  
fect

Il  
flan  
pré  
cor  
des  
mé  
E  
sur  
suc  
I  
con  
son  
I  
spo  
ver  
I  
situ  
rul

## § 3. — Furoncle.

Le furoncle est constitué par une tumeur inflammatoire, peu étendue, se terminant presque toujours par la suppuration, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, et laissant échapper avec le pus une petite masse jaunâtre spongieuse appelée *bourbillon*.

*Anatomie et physiologie pathologiques.*— Quoique cette affection de la peau soit très-commune, on n'est pas encore bien fixé sur sa nature.

Avec les anciens auteurs, Dupuytren pensait que le furoncle résultait d'une inflammation circonscrite du tissu cellulaire sous-cutané. Quant au bourbillon, ce serait un produit gangréneux provenant de l'étranglement des paquets celluloso-adipeux, dans les aréoles inextensibles du derme.

Gendrin, Denonvilliers, Gosselin, Malgaigne, Nélaton, n'admirent pas cette théorie de la gangrène par étranglement, tout en plaçant le siège du furoncle dans le tissu sous-cutané. Le bourbillon fut regardé : soit comme le résultat de la gangrène du tissu cellulaire, l'inflammation furonculaire étant elle-même de nature gangréneuse (Malgaigne); soit comme un produit de sécrétion pseudo-membraneux (Gendrin). Les récentes recherches sur l'anatomie pathologique de l'érysipèle pourraient être invoquées, croyons-nous, à l'appui de cette dernière théorie.

Enfin, un certain nombre d'auteurs admettent aujourd'hui l'origine glandulaire de cette lésion. Le professeur Richet, par exemple, affirme que le furoncle se développe dans les glandes pilo-sébacées; mais comme il se montre aussi dans des régions où celles-ci n'existent pas (paume de la main, plante du pied), on a dû admettre l'existence de furoncles nés des glandes sudoripares (Denucé). Quant aux furoncles des muqueuses qui tapissent les lèvres, la vulve, l'anus, ils se développeraient dans les glandes de ces régions (?).

Un fait important à noter, c'est que l'examen microscopique du bourbillon démontre qu'il ne contient pas seulement des globules blancs et un exsudat plastique, mais encore des fibres celluloses ou fibreuses en petite quantité (Follin). Ceci indique une mortification limitée des éléments cutanés, sans qu'on puisse affirmer toutefois qu'il s'agisse d'une glande plutôt que d'un paquet cellulofibreux. En résumé, il ne nous paraît pas prouvé que le furoncle soit toujours « une inflammation gangréneuse des glandes tégumentaires » (Denucé).

*Étiologie.* — Les causes du furoncle sont locales ou générales.

Parmi les causes *locales*, il faut citer toutes celles qui amènent une irritation de la peau : application de topiques irritants, de vésicatoires, de cataplasmes de farine de graine de lin. La malpropreté, les poussières métalliques ou autres, les frottements répétés, développent des furoncles; tout le monde sait que les cavaliers sont fréquemment atteints de furoncles aux fesses, ce qui tiendrait tout à la fois au frottement rude (Gaudain) et au contact du cheval (Levillain).

Les causes *générales* sont plus mal connues, au moins dans les cas où une série de furoncles se développent chez un individu très-bien portant. Toutefois, on peut dire qu'une perturbation dans la nutrition doit souvent être cause de ces sortes d'éruptions furonculaires (Denucé). Cette relation est évidente dans l'apparition des furoncles après des fièvres continues, des fièvres éruptives, et surtout dans le diabète, soit que l'affection existe déjà, soit qu'elle se développe en même temps que les lésions cutanées. Notons que ce diabète peut être passager et disparaître avec l'éruption furonculaire (Wagner, Vulpian, Soulé).

Quelques auteurs ont signalé des épidémies furonculaires (Laycock, Kinglake, Hunt, Tholozan, Cazin).

*Symptômes.* — Au début, le furoncle dépasse à peine le niveau de la peau; mais, au bout de trois ou quatre jours, il forme une tumeur d'un rouge vif, dure, à base large, à sommet acuminé saillant. La forme de cette tumeur peut être comparée à un clou; dans un assez grand nombre de cas, le sommet du furoncle présente une petite vésicule remplie de sérosité sanguinolente; de plus, on y remarquerait souvent un petit poil (Denucé).

Du quatrième au sixième jour, la pointe s'élève encore, blanchit, la peau se gerce, puis se perce et donne passage à une petite quantité de pus par une ouverture très-étroite, à travers laquelle on aperçoit le bourbillon. Du huitième au douzième jour, celui-ci se détache, tantôt par lambeaux, d'autres fois d'une seule pièce, et l'on trouve, au fond de la plaie, une cavité cylindrique qui ne tarde pas à se rétrécir et à se cicatriser.

La douleur qui accompagne le furoncle est très-vive jusqu'à la sortie du bourbillon; on l'a comparée à celle que produirait une vrille, un clou qu'on enfoncerait dans les tissus. Cette douleur peut déterminer une gêne considérable dans l'accomplissement de certaines fonctions.

Le furoncle est une affection essentiellement locale, qui cause rarement des symptômes généraux. Toutefois les furoncles volumi-

neux et multiples peuvent déterminer des phénomènes fébriles; enfin, lorsque le furoncle est symptomatique d'une altération de nutrition (diabète, albuminurie), qu'il y a une véritable *éruption furonculaire*, on peut voir se développer des phénomènes généraux graves, revêtant la forme ataxo-adyamique (Denucé). Notons, cependant, que ces symptômes sont surtout fréquents dans l'anthrax.

*Marche.* — Comme nous l'avons dit, le furoncle se termine presque toujours par suppuration et élimination du bourbillon; dans quelques cas, cette suppuration peut envahir le tissu cellulaire voisin et donner lieu à un abcès (*furoncle phlegmoneux*); d'autres fois, la partie acuminée de la tumeur furonculaire se gangrène, et il se produit une véritable eschare (*furoncle gangréneux*). Cette dernière marche serait fréquente dans le diabète (Denucé). Enfin le furoncle peut avorter, et la tumeur dure et violacée finit peu à peu par se résoudre (Follin).

*Complications.* — Les furoncles qui se développent aux lèvres, aux autres régions de la face et au cou, donnent parfois naissance à des complications graves, entraînant souvent la mort (Trude, Nadaud, Denucé, Verneuil, Reverdin, etc.). Ces complications sont: la phlébite des veines de la région où siège le furoncle et la propagation de cette inflammation dans les sinus crâniens, le plus souvent par la veine ophthalmique; l'inflammation des méninges, du tissu cérébral; le phlegmon du tissu cellulaire et en particulier de celui de l'orbite; enfin des phénomènes de septicémie aiguë ou de pyohémie avec abcès métastatiques.

Les adhérences de la peau aux parties sous-jacentes, la multiplicité des veines de la face et du cou, leur communication facile avec les sinus du crâne, expliquent jusqu'à un certain point la gravité des furoncles développés dans la région dite *cervico-faciale* par Denucé.

Ces graves accidents s'annoncent par des frissons répétés, de vives douleurs du côté de la tête, du thorax, de l'abdomen, ou bien au niveau d'une ou de plusieurs articulations. La tumeur furonculaire devient énorme, il apparaît un œdème de la face ou du cou, de l'exophthalmie lors de phlébite de la veine ophthalmique; les téguments deviennent violacés, noirâtres; on y voit des traînées rougeâtres suivant le trajet des vaisseaux veineux; enfin, lorsqu'il existait de la suppuration au niveau du furoncle, elle diminue et même disparaît tout à fait.

Bientôt naissent des accidents encéphaliques: délire, agitations

suivis de coma, et se terminant par la mort; d'autres fois, celle-ci survient sans perte de connaissance et à la suite d'accidents septicémiques ou de pyohémie.

*Diagnostic.* — Il est très-facile, toutefois au début il serait possible de confondre le furoncle avec la pustule maligne (1), en particulier lorsque la partie saillante de la tumeur présente une vésicule ou bien offre des signes de gangrène (Denucé).

*Pronostic.* — Ordinairement bénin, il devient plus sérieux lorsque le furoncle est symptomatique d'une altération de nutrition (diabète, albuminurie). Le pronostic acquiert une excessive gravité s'il survient des complications du côté des veines, ce qu'on observe surtout dans les furoncles de la face.

*Traitement.* — Dans le but de faire avorter le furoncle, on a conseillé de cautériser légèrement la tumeur, d'appliquer sur le mal de la teinture d'iode ou des compresses trempées dans l'alcool.

Pour remédier à l'étranglement *supposé* des parties, Lallemand propose de faire une incision circulaire autour de la tumeur; à ce moyen on préfère, avec raison, une incision simple ou une incision cruciale lorsque la tumeur est volumineuse, afin de faciliter la sortie ultérieure du bourbillon. Nous ajouterons que ces incisions ne sont pas toujours nécessaires et que parfois même elles seraient nuisibles (Denucé). Follin les conseille lorsque les douleurs sont très-vives.

Les saignées locales doivent être abandonnées, car elles sont inutiles, jamais elles ne déterminent l'avortement du furoncle, souvent même elles augmentent l'irritation des parties.

Les bains locaux et généraux, les cataplasmes de fécule ou de riz, sont indiqués pour faciliter l'élimination du bourbillon et tempérer les phénomènes dus à l'inflammation aiguë.

Le traitement général varie suivant les cas. S'il existait quelque embarras du côté des voies digestives, de légers purgatifs, de l'eau de Sedlitz par exemple, seraient administrés avec avantage.

D'autres auteurs ont préconisé les arsenicaux (Schroesch), les alcalins (Denucé), la levûre de bière (Mosse), etc.

Parfois, il faut changer les conditions d'habitation et d'alimentation, pour faire cesser une éruption furonculaire rebelle (Follin).

(1) Voyez page 194.

Il n'est pas besoin de dire que si le furoncle est symptomatique du diabète, il faut traiter avant tout cette affection (1).

Quant au traitement général et local des complications de phlébite et de pyohémie, il est assez difficile à formuler, et l'on fait souvent une médication de symptômes. Toutefois on a conseillé d'inciser largement la tumeur dès le début des accidents et de la cautériser avec un fer rougi à blanc (Denucé).

BIBLIOGRAPHIE. — Jourdan, *Dictionnaire* en 60 vol., t. XVII, art. FURONCLE, p. 163, 1816. — Levillain, *Du furoncle*, thèse de Paris, 1828, n° 38. — Marjolin, *Dictionnaire* en 30 vol., t. XIII, p. 532, 1836. — Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurg.*, t. IV, p. 470, 1839. — Th. Laycock, *Affect. furonc. epidém.*, in *Union médicale*, 1815, p. 196. — H. Kinglake, *On the occ. epidem. orig. of furunculosis, etc.*, in *The Edinburg monthly journ.*, 1852, vol. XV, p. 18. — Hunt, *On carbuncles and boils, etc.*, in *The Lancet*, 1852, vol. II, p. 149. — Jarjavay, *Traité d'anatomie chirurgicale*, t. I, p. 443, 1852. — Gaudaire, *Du furoncle*, thèse de Paris, 1854, n° 253. — Tholozan, *Note sur l'épidémicité de certaines affections du tissu cellulaire, etc.*, in *Gaz. méd.*, 1853, p. 2. — Malgaigne, *Traité d'anatomie chirurgicale*, art. DES TÉGUMENTS, p. 73 et suiv., 1859, 2<sup>e</sup> édit. — A. Richet, *Traité prat. d'anat. médico-chirurgicale*, p. 5, 2<sup>e</sup> édit., 1860. — Ch. Trüde, *Falle v. plötzlichem Tode bei Furunkeln im Gesichte*, in *Schmidt's Jahrbüch.*, Bd. CX, s. 302, 1861. — Manger-Lavente, *Des phlegmasies furonculeuses*, thèse de Paris, 1863, n° 46. — E.-P. Lesourd-Dussisple, *Des tum. furonculeuses, etc.*, *ibid.*, 1864, n° 201. — P.-P.-L. Nadaud, *Du furoncle de la face*, *ibid.*, 1864, n° 74. — O. Weber, *Von den Furunkeln oder Blutschwären*, in *Handb. d. allg. u. spec. Chir. v. Pitha u. Billroth*, Bd. II, A. 2, L. 1, s. 15, Erl., 1865. — P. Denucé, *Des formes malignes du furoncle et de l'anthrax*, in *Compte-rendu du congrès méd. de France*, 3<sup>e</sup> session, Bordeaux, 1865, p. 251 et suiv. — Reverdin, *Recherches sur les causes de la gravité particul. des anthrax et des furoncles de la face*, in *Arch. gén. de méd.*, 6<sup>e</sup> série, t. XV, p. 641, et t. XVI, p. 24 et 147, Paris, 1870. — Denucé, *Furoncle*, in *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XV, p. 528, 1872 (Bibliographie.). — Voir aussi les classiques et la Bibliographie de l'*Anthrax*.

#### § 4. — Anthrax.

On désigne sous ce nom une inflammation spéciale de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, ressemblant beaucoup au furoncle, mais en différant toutefois par un volume plus considérable, une forme aplatie et des symptômes généraux qui peuvent être très-graves (Follin).

(1) Voyez A. Tardieu, *Manuel de pathologie et de clinique médicales*, 4<sup>e</sup> éd., p. 706, 1873.

Pour bien des auteurs, l'anthrax ne serait autre qu'un furoncle très-étendu (A. Jamain), ou plutôt une accumulation de furoncles (Follin); en fait, on observe des tumeurs en quelque sorte intermédiaires au furoncle et à l'anthrax, tumeurs désignées sous le nom d'*Anthrax furonculeux* (A. Guérin).

Adoptant l'étymologie de l'anthrax (1), les anciens chirurgiens le confondaient avec les tumeurs charbonneuses; mais lorsque celles-ci furent mieux connues, on distingua l'*anthrax bénin*, celui que nous décrivons ici, de l'*anthrax malin*, qui se développait dans la peste et le charbon (Boyer).

Notons que tout récemment on a cherché à faire renaître ces divisions de l'anthrax en malin et bénin, ce qui tend à perpétuer une regrettable confusion, suivant la remarque du professeur U. Trélat. Pour A. Guérin cependant, l'anthrax serait une affection de nature septique (?).

*Anatomie pathologique.* — Les opinions que nous avons exposées à propos de la pathogénie du furoncle ont été appliquées à l'anthrax, nous n'avons donc pas à y revenir. Cependant, nous ajouterons à la théorie de Hunter et Dupuytren, qui place le siège de l'anthrax dans le tissu inter-aréolaire du derme, celle de Hawkesworth-Ledwick et de Collis, qui admet que l'anthrax est une inflammation du fascia superficialis, pouvant s'étendre au tissu aréolaire sous-cutané et au tissu cellulaire profond. Collis croit même que l'anthrax peut se développer primitivement dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique (?).

L'anthrax serait donc une affection du tissu cellulaire (Halpryn), et les recherches anatomo-pathologiques de Hénocque semblent plaider en faveur de cette manière de voir. En effet, d'après cet auteur, les pelotons adipeux du tissu aréolaire du derme sont détruits et remplacés par des masses purulentes; des abcès miliaires existent dans le tissu cellulaire sous-cutané et jusque dans les muscles; les glandes sébacées sont intactes, et si on en trouve des débris dans les bourbillons, ce n'est qu'aux points où la peau est ulcérée (Danilopoulo).

*Symptomatologie.* — Avant l'apparition de l'anthrax, il est fréquent d'observer des troubles généraux mal définis, de la courbature, de l'anorexie, de la fièvre qui persiste pendant la période d'accroissement de la maladie.

(1) Ἀνθραξ, charbon.

La peau présente une tuméfaction circonscrite, dure, d'un rouge foncé, et douloureuse; le malade y ressent des élancements. La tumeur s'accroît, devient couleur lie de vin, présente à sa surface des phlyctènes remplies d'un liquide séro-sanguinolent; sa consistance, qui diminue au centre, reste ferme à la circonférence; on observe de l'œdème diffus et une rougeur intense mal limitée. Les douleurs sont très-vives, le malade ressent au niveau de sa tumeur une chaleur âcre et mordicante; parfois cependant les douleurs sont nulles (Follin).

A ce moment la tumeur, qui a acquis en 8 ou 10 jours le développement d'un petit œuf, du poing et quelquefois plus, reste stationnaire, et l'on a affaire à l'anthrax *circonscrit* (Denucé, Trélat). Mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'anthrax, envahissant les parties voisines, peut acquérir des dimensions énormes, occuper toute la partie postérieure du cou et la partie supérieure du dos, comme nous en avons vu un exemple. Dans ces cas, beaucoup plus graves, l'anthrax est dit *diffus* ou *envahissant* (Denucé).

La tumeur, dure à la circonférence, se ramollit au centre, l'épiderme se détache, le derme se perforé en plusieurs points et laisse apercevoir dans chacune de ses perforations, ou cratère, une masse jaunâtre, blanchâtre, constituant un bourbillon. Les parties interposées entre les cratères peuvent s'ulcérer, se mortifier, d'où l'aspect d'écumoire ou de guépier que présente l'anthrax, d'où aussi les noms de *vespago*, de *furuncle-guépier* (Trélat). Dans certains cas, lors d'inflammation violente, le derme se gangrène sous les phlyctènes, et il se fait des eschares noires ou grises.

Les bourbillons, les eschares, ne tardent pas à s'éliminer en provoquant une suppuration plus ou moins intense; si l'on comprime la tumeur, on en fait sortir comme d'une éponge (Follin) un pus épais contenant des débris de peau et de tissu cellulaire mortifiés. En général, la fièvre et les douleurs diminuent notablement à cette période de la maladie, à moins cependant qu'il ne survienne des complications locales ou générales.

Lorsque les parties gangrenées et les bourbillons sont éliminés, il reste une surface granuleuse, à bords décollés, amincis, brunâtres, enroulés sur eux-mêmes. Peu à peu la cicatrice se produit, et celle-ci, souvent irrégulière, paraît toujours très-petite relativement à l'étendue de l'anthrax. Cette cicatrice reste longtemps colorée en brun.

La durée de l'anthrax est très-variable, elle est évaluée à deux mois par A. Guérin et U. Trélat.

*Complications.* — Nous devons signaler plus spécialement :

1° Le développement énorme de l'anthrax *diffus*, qui, trop sou-

vent, s'accompagne de phénomènes généraux ataxiques ou adynamiques pouvant rapidement entraîner la mort des malades;

2° L'apparition d'un *phlegmon diffus*, déterminant la gangrène des parties profondes, la nécrose des os, etc.;

3° L'*infection purulente*, ou la *fièvre hectique*;

4° L'*érysipèle*, l'*angioloécite* et l'*adénite*;

5° La *phlébite*, en particulier, dans les anthrax de la face et du cou, comme nous l'avons déjà signalé pour les furoncles des mêmes régions.

Parfois les complications résultent du siège même de l'anthrax; c'est ainsi que des cavités viscérales, des cavités articulaires peuvent être ouvertes, voire même le canal rachidien (Broca). Des anthrax du cou, du thorax, peuvent donner naissance à des phénomènes d'asphyxie; ceux des parois abdominales peuvent provoquer la rétention d'urine, des matières fécales, vu la difficulté de la miction et de la défécation. Un anthrax du dos a donné lieu à une paraplégie passagère (Denucé).

*Siège.* — L'anthrax se développe de préférence à la nuque, au dos, aux fesses, sur les parois abdominales et thoraciques. On l'observe encore à la face, aux lèvres, sur les muqueuses (Verneuil), enfin à la paume de la main (Danielopoulo).

*Étiologie.* — L'anthrax est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, chez l'adulte que chez le vieillard et surtout l'enfant; on l'observerait principalement au printemps et à l'automne.

Les irritations de la peau, la malpropreté, peuvent donner lieu à des anthrax. Ceux-ci paraissent se développer de préférence chez les sujets affaiblis par la fatigue ou les excès, chez les convalescents; toutefois on observe assez souvent cette affection chez des gens paraissant bien portants et vigoureux.

Le diabète prédispose à l'apparition de l'anthrax, c'est là un fait bien connu et accepté par la plupart des chirurgiens (Marchal de Calvi, Wagner, etc.). Quant au développement du diabète sous l'influence de l'anthrax, il est plus difficile de se prononcer à cet égard, bien qu'il en existe des observations incontestables (Charcot, Vulpian et Philipeaux). Enfin ce diabète est-il temporaire ou bien peut-il persister? Il n'est pas possible de répondre catégoriquement à cette question (U. Trélat).

Comme le furuncle, l'anthrax pourrait se montrer d'une façon épizootique. — Pathol. chir.

démique (Tholozan, etc.); mais on ne peut accepter les prétendus cas de contagion de l'anthrax (U. Trélat).

**Diagnostic.** — L'anthrax ne peut guère être confondu qu'avec le furoncle et la pustule maligne.

La petite étendue du *furoncle*, son peu de retentissement sur l'organisme, servirait à le différencier de l'anthrax; toutefois certains anthrax paraissant d'abord peu volumineux et limités comme le furoncle, peuvent acquérir un volume considérable; il ne faut donc pas trop vite se prononcer.

La *pustule maligne* pourrait être confondue avec un anthrax recouvert de phlyctènes contenant de la sérosité sanguinolente; mais sous cette phlyctène il existe déjà des points jaunâtres et du pus, tandis que sous la vésicule de la pustule maligne on ne trouve qu'une eschare noire et jamais de pus (U. Trélat).

**Pronostic.** — Il peut être bénin ou très-grave, cela dépend de l'état général du malade, de la cause, du volume, du siège, de la diffusion ou de la limitation de l'anthrax. Nous avons vu que les complications aggravent singulièrement le pronostic, et que l'issue fatale de l'affection n'est pas très-rare dans ces cas.

Quelques auteurs, et en particulier les chirurgiens de Bordeaux, ont admis que certaines formes d'anthrax offraient un caractère de malignité tout spécial. Le fait est contesté par le professeur U. Trélat.

**Traitement.** — Il est général et local.

Au début on a conseillé les évacuants : purgatifs, éméto-cathartiques; A. Guérin y attache une grande importance. Plus tard on peut utiliser les opiacés pour calmer les douleurs; enfin, lorsque la suppuration est établie, il faut alimenter le malade et donner des toniques.

Les alcalins, les arsenicaux pourront être prescrits chez les sujets atteints d'anthrax multiples.

Localement on a employé : les réfrigérants (Marjolin), la compression (O'Ferral et Collis), le collodion; tous ces moyens sont inutiles et peuvent être dangereux. Les cataplasmes, les bains prolongés, sont des palliatifs très-utiles. Les sangsues (Sanson) doivent être proscrites (U. Trélat).

Quant au traitement chirurgical, il comprend trois méthodes : la cautérisation, l'excision et l'incision (U. Trélat).

La *cautérisation* peut être faite avec un fer rouge (Follin), la pâte de Vienne (Soulé), le chlorure de zinc (A. Richard), le perchlorure de fer (Denucé). En général cette méthode est combinée avec les incisions; c'est la pratique de la plupart des chirurgiens de Bordeaux

et de Chartres (U. Trélat). Elle paraît plus particulièrement indiquée dans les anthrax qui donnent naissance à des phénomènes généraux graves (Follin, U. Trélat, etc.).

L'*excision* est une méthode qui n'a guère été employée jusqu'ici; elle serait indiquée si dès le début on pouvait déterminer la gravité de l'anthrax (U. Trélat).

L'*incision* est le plus généralement utilisée : elle peut être faite *circulaire* (Lallement), *cruciale* (Dupuytren), en *étoile* (Velpeau), enfin *sous-cutanée* (A. Guérin).

Si, après l'ouverture des téguments, les bourbillons tardaient à se faire jour au dehors, on panserait avec quelques digestifs ou avec des liqueurs aromatiques excitantes, etc. La plaie détergée, on utilisera le pansement au cérat, les bandelettes agglutinatives, ou mieux un pansement à l'alcool.

**BIBLIOGRAPHIE.** — Mouton, *Dictionnaire* en 60 vol., art. ANTHRAX, t. II, p. 181, 1812. — Codet, *Dissertation sur l'anthrax*, thèse de Paris, 1813, n° 130. — Vergnies, *Considérations sur l'anthrax non contagieux*, ibid., 1815, n° 242. — Dupuytren, *Du phlegmon diffus et de l'anthrax*, in *Leçons de clinique chirurgicale*, t. IV, p. 468, 1839. — L.-J. Sanson, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. III, p. 26, 1829. — Marjolin, *Dictionnaire* en 30 vol., t. III, p. 193, 1833. — Hawkesworth-Ledwick, *Observations on anthrax*, in *Dublin quarterly journal*, vol. XXII, p. 403, 1856. — A. Wagner, *Beitrag zur Kenntniss der Beziehungen zwischen der Meliturie und dem Carbunkel*, in *Virchow's Archiv*, Bd. XII, s. 401, 1857. — E. Fritz, *Du diabète dans ses rapports avec les affections infl. et nécrosiques de la peau*, in *Arch. gén. de méd.*, 5<sup>e</sup> série, t. II, p. 199, 1858. — S. Feldmann, *Note sur le trait. du furoncle et de l'anthrax*, in *Gaz. hebdom.*, p. 453, 1862. — Mauger-Laveute, *Des phlegmasies furonculeuses*, thèse de Paris, 1863, n° 46. — Collis, *On the tr. of anthrax*, in *Dublin quarterly journ. of med. sciences*, vol. XXXVII, p. 74, 1864. — O. Weber, *Von d. Brandbeulen oder Carbunkel, Anthrax*, in *Handb. d. allg. u. speciell. Chirurg.* v. Pitha u. Bilroth, Bd. II, A. 2, L. 1, s. 48, Erl., 1865 (Bibliog.). — A. Guérin, *Anthrax*, in *Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. II, p. 559, 1865 (Bibliog.). — A. Richard, *Sur l'opération de l'anthrax*, in *Gaz. des hôpitaux*, p. 406, 1866. — U. Trélat, *Anthrax*, in *Dict. encycl. des sc. méd.*, t. V, p. 261, 1866 (Bibliog.). — Marsoo, *Étude sur l'anthrax*, th. de Paris, 1866, n° 241. — Danielopoulo, *Quelques consid. sur le siège anat. et la gravité de l'anthrax*, etc., ibid., 1868, n° 264. — Lutier, *De l'anthrax*, etc., ibid., 1869, n° 173. — Andrieux, *De l'anthrax*, etc., ibid., 1870, n° 67. — Halpryn, *Rech. sur l'anthrax*, ibid., 1872, n° 245. — Sabbaïdes, *Nat. et trait. de l'anthrax*, ibid., 1873, n° 25. — Consulter en outre les classiques : Boyer, Nélaton, le *Compendium*, Vidal, Follin, etc.

§ 5. — Hydrosadénite ou hydraténite phlegmoneuse et abcès sudoripares.

Le professeur Verneuil décrit sous ce nom les abcès étudiés plus spécialement par Velpeau sous le nom d'*Abcès tubéreux* ou *tubériformes*. Pour Verneuil ces abcès résultent de l'inflammation aiguë ou chronique des glomérules sudoripares (*Hydrosadénite*), inflammation se terminant le plus souvent par une collection purulente circonscrite (*Abcès sudoripare*). Notons que la preuve anatomo-pathologique de cette manière de voir reste encore à fournir.

*Étiologie.* — Toutes les causes d'irritation de la peau, la malpropreté, les pommades excitantes, peuvent donner naissance à ces abcès. La forme aiguë serait plus fréquente chez les sujets herpétiques et adultes. Leur *siège* le plus ordinaire est l'aisselle, puis vient la marge de l'anus, le mamelon, le conduit auditif. Toutefois, Verneuil en a observé sur les membres, au scrotum, aux grandes lèvres, etc.

*Symptômes.* — Ils varient selon la marche aiguë ou chronique de l'affection, et aussi selon le siège des abcès.

En général, ils débutent par une induration située dans le tissu cellulaire sous-cutané; cette induration bien circonscrite et mobile devient plus diffuse, douloureuse, fait corps avec le derme.

Dans la forme *aiguë*, les phénomènes inflammatoires s'accroissent; il se fait du pus au centre de la masse indurée, et celui-ci finit par ulcérer les téguments au bout de 10 à 12 jours. Toutefois on a noté la terminaison par induration et résolution. Le pus évacué est souvent fluide et mal lié; l'ouverture de l'abcès tend à se cicatriser; cependant, elle peut rester fistuleuse ou bien même s'oblitérer, alors qu'un liquide séreux s'accumule dans la cavité de l'abcès (Verneuil).

Dans la forme *chronique*, les phénomènes inflammatoires sont parfois à peine marqués, et l'affection affecterait absolument les allures des abcès froids scrofuleux (Verneuil).

*Diagnostic.* — Il est facile si l'on tient compte du siège, de l'évolution et de la terminaison de la petite tumeur; tout au plus pourrait-on la confondre avec un furoncle ou un abcès phlegmoneux simple.

Le *pronostic* est peu grave, il faut noter cependant une certaine tendance à la réapparition de la maladie et le développement fréquent d'abcès sudoripares multiples.

*Traitement.* — On doit inciser les abcès dès qu'il y a du pus dans leur intérieur, afin d'éviter l'apparition possible d'un phlegmon étendu.

BIBLIOGRAPHIE. — A. Verneuil, *De l'hydrosadénite phlegmoneuse et des abcès sudoripares*, in *Arch. gén. de méd.*, 6<sup>e</sup> série, t. IV, p. 537, 1864, et t. V, p. 327 et 437, 1865.

ARTICLE III. — HYPERTROPHIES ET TUMEURS DE LA PEAU

Nous n'étudierons ici que les affections qui regardent plus spécialement le chirurgien et pour lesquelles il est parfois obligé d'intervenir.

§ 1<sup>er</sup>. — Chéloïde spontanée.

On désigne sous le nom de *Chéloïde* ou mieux *Kéloïde* une forme d'affection de la peau caractérisée par des productions irrégulières, compactes, dures, lisses, ordinairement saillantes, comprenant toute l'épaisseur du derme, constituées surtout par du tissu fibro-plastique et ayant une grande tendance à récidiver localement (Bazin). La chéloïde se divise en deux espèces: 1<sup>o</sup> la *Chéloïde vraie spontanée* ou de cause interne; 2<sup>o</sup> la *Chéloïde fautive* ou *cicatricielle* (Alibert); cette dernière chéloïde a été déjà étudiée avec la pathologie des cicatrices (1).

*Anatomie pathologique.* — Il résulte des recherches microscopiques que la chéloïde est caractérisée par l'hypertrophie des éléments cellulaires du derme (Lebert, Burnett, Ch. Robin). Au début ces éléments cellulaires sont fusiformes, fibro-plastiques pour Lebert et Robin; plus tard la transformation fibreuse est plus complète.

D'après quelques auteurs, les papilles et les glandes cutanées finissent par disparaître, étouffées en quelque sorte par la production fibreuse (Lebert, Malassez); toutefois les éléments glanduleux paraissent résister longtemps à cette atrophie complète (Firmin).

Ces tumeurs contiennent des vaisseaux capillaires plus ou moins développés.

*Symptômes.* — La chéloïde s'observe surtout à la région sternale; mais on l'a vue aussi dans presque toutes les parties du corps: au cou, au tronc, à la face, aux épaules, aux membres supérieurs et inférieurs (Bazin). Le professeur Verneuil l'a signalée à la conjonctive.

(1) Page 148.