

d'eau froide pendant longtemps, on voit souvent apparaître des furoncles. Ils naissent aussi en grand nombre autour du point d'application d'un vésicatoire. J'ai été moi-même fréquemment la victime de cette désagréable maladie, qui survenait sur mes mains après avoir touché des tissus gangreneux.

Le furoncle, contrairement à l'anthrax, se montre sur un point quelconque de la peau, et de préférence sur les régions particulièrement exposées aux frottements, par exemple aux fesses, un de ses lieux d'élection. Il a ceci de commun avec l'anthrax, qu'il se loge souvent à la nuque; on peut attribuer ce fait aux frottements que les vêtements exercent continuellement sur cette partie du corps. La douleur est proportionnelle à la résistance de la peau au point malade.

Le furoncle est très rare chez les tout jeunes enfants; mais après la puberté, il ne paraît pas exister de grandes variations dans sa fréquence. Cependant, on le voit aussi pendant les années qui précèdent immédiatement la puberté.

Traitement.

Pour un furoncle isolé, il doit être uniquement local, et on peut se borner à l'expectation pure et simple. En effet les cataplasmes, dont nous couvrons la peau en général, n'ont pas d'autre but que de protéger celle-ci contre les lésions qui pourraient l'atteindre. Il est difficile de croire que la suppuration est véritablement hâtée par ce moyen. Quoi qu'il en soit, la douleur est notablement diminuée par l'application d'un cataplasme chaud, ou même très chaud. Ce traitement est désagréable, aussi le laisse-t-on souvent de côté pour chercher d'autres moyens de soulagement. Le meilleur, c'est un emplâtre lénitif quelconque, par exemple du sparadrap, ou de l'emplâtre savonneux étendu en couche bien égale; il s'agit simplement de protéger la peau contre le frottement.

On fait d'ordinaire des incisions pour hâter la guérison, mais si on les pratique au mauvais moment, elles manquent leur but, et la douleur qu'elles occasionnent est hors de proportion avec les avantages qu'on en retire. Une fois la suppuration bien en train et la peau ouverte, l'eschare se détache beaucoup mieux d'elle-même, avec un peu de patience. Si l'incision est faite après la formation de l'eschare, elle retarde son élimination, qui est nécessaire. La sortie du bourbillon peut être favorisée par une légère traction.

On prétend quelquefois qu'un furoncle peut

avorter par l'établissement d'une contre-irritation dans son voisinage, par exemple en badigeonnant d'iode une surface circulaire de 7 à 10 centimètres de diamètre autour du furoncle pris comme centre. Mais il est hors de doute que les incisions hâtives réussissent tout aussi bien. Elles seront faites en croix, de manière à supprimer la tension au centre du furoncle, ce qui diminue l'inflammation et prévient la gangrène. Il est rare que l'on puisse employer ce traitement pour un furoncle solitaire, l'invasion étant trop insidieuse pour que le malade s'adresse à temps au chirurgien. Mais quand les furoncles se succèdent d'une façon désagréable, le patient se décide volontiers à demander du soulagement à cette petite opération, qui est beaucoup moins douloureuse à ce moment que faite sur un furoncle mûr. On peut même éviter toute douleur en employant l'éthérisation localisée, ou la réfrigération locale avec un mélange de sel et de glace. Avec ces précautions, cette méthode devient excellente, et on fait beaucoup de bien à peu de frais. Le premier signe d'inflammation est facilement reconnu par les personnes sujettes à la furonculose, et il faut profiter de ce qu'elles savent ainsi diagnostiquer la maladie de bonne heure.

Le traitement général n'a en vérité aucune valeur, sauf dans le cas où les furoncles se succèdent les uns aux autres. Chez ces patients, nous devons supprimer les causes morbifiques que nous aurons découvertes. Mais on observe fréquemment de légers troubles généraux, un peu de dyspepsie, peut-être; la langue est chargée, l'urine de couleur foncée. Dans ces conditions, un laxatif et un diurétique sont bien à leur place.

On a constaté aussi spécialement dans les pays où règne la malaria, que la quinine, ou son équivalent en quinquina, est nécessaire pour la guérison.

On fera scrupuleusement attention au régime et à la manière de vivre du malade, pour arriver à un état de santé parfaite; il n'est pas nécessaire d'insister sur ce point.

Les furoncles, comme l'anthrax, sont fréquents chez les diabétiques. John Hunter souffrit pendant plusieurs mois de furonculose et se crut guéri à la fin en prenant pendant longtemps du bicarbonate de soude. Si la dyspepsie est la cause première de la furonculose, certains malades seront soulagés, on le comprend, par les acides, d'autres par les alcalins. Il est évident que jusqu'à présent on n'a découvert aucun spécifique capable de guérir cette affection.

ANTHRAX

Causes de l'anthrax.

Elles sont peu connues. On a souvent prétendu que l'anthrax dépend de quelque altération constitutionnelle passagère, par exemple, d'une modification morbide des liquides du corps, à la suite d'un mauvais régime. Quelques pathologistes l'ont considéré cependant comme une affection purement locale. On a aussi sérieusement affirmé que l'usage de la viande d'animaux malades, atteints par exemple de pleuro-pneumonie, a très souvent occasionné des anthrax. Il faut avouer que la cause véritable de cette maladie est inconnue, bien qu'il en existe probablement une, qui est spécifique.

Nous pouvons affirmer que le diabète est une des causes prédisposantes. Certains observateurs sont disposés à croire, semble-t-il, qu'il y a un rapport fréquent entre le diabète et l'anthrax; on a vu la glycosurie chez des malades atteints d'anthrax, dont l'urine n'a présenté de sucre ni avant ni après cette maladie.

Mais nous savons que le diabète est souvent passager, et il est probable qu'il est la cause de l'anthrax, plutôt que celui-ci la cause du diabète. En outre, depuis que l'attention a été appelée sur ce point, l'analyse exacte de l'urine a prouvé que la coexistence de ces deux maladies est rare en somme.

Par contre, l'anthrax est fréquent dans le diabète chronique, c'est un fait hors de doute, et il est particulièrement dangereux dans ces circonstances. Il est à peine nécessaire de rappeler que, pour le traitement d'un cas de ce genre, il est absolument indispensable de réduire le malade à ce que l'on a nommé le régime diabétique.

Pathologie de l'anthrax.

Diverses opinions ont été émises sur ce point. Dupuytren a cru voir dans l'anthrax une inflammation des faisceaux de tissu cellulaire qui se trouvent dans les aréoles du derme.

D'après sa description, le derme est épais, blanc, élastique et plus résistant à sa surface externe qu'à l'intérieure. Les fibres sont entrelacées, dit-il, et parcourues par des faisceaux connectifs. Ceux-ci contiennent

des cellules distendues par un liquide graisseux. Les aréoles du derme ont presque toutes une forme conique. Leur sommet correspond au corps réticulaire, et leur base à la surface interne de la peau, qui est partout en contact immédiat avec une couche de tissu cellulaire.

Comme nous le verrons, cette description histologique est très voisine de la vérité, et on doit la considérer comme très exacte, vu l'époque où elle a été faite. Mais Dupuytren tomba dans une grande erreur, quand il ajouta que l'anthrax diffère du furoncle seulement par le nombre et la dimension des faisceaux connectifs dont la partie supérieure est atteinte d'inflammation.

Sanson (1) considéra l'anthrax comme une inflammation des prolongements du tissu cellulaire qui accompagnent les vaisseaux et les nerfs à travers la peau proprement dite; pour lui, l'anthrax diffère du furoncle par la quantité de tissu cellulaire comprise dans le processus. D'après cet auteur, la mortification des parois des aréoles du derme est la conséquence de la distension extrême à laquelle elles sont soumises, quand le tissu cellulaire vient à se tuméfier.

Nélaton proposa encore une autre théorie: il pensa qu'il n'y avait pas de processus d'étranglement, que le bourbillon n'était pas un produit de gangrène, mais simplement le résultat d'une sécrétion, une vraie pseudo-membrane. Il considéra comme identiques les caractères essentiels de l'anthrax et du furoncle, et affirma que ces affections s'éloignent l'une de l'autre uniquement par leur forme extérieure.

De même, pour Billroth ces maladies sont identiques, et diffèrent seulement par leur intensité.

Mais l'explication donnée par le Dr Warren nous semble laisser peu de champ à la discussion. Le premier, il a dirigé l'attention des histologistes sur l'existence de petites colonnes de tissu graisseux qui s'élèvent du pannicule adipeux le long des follicules pileux, ayant une direction oblique analogue à celle des muscles redresseurs des poils. La suppuration inflammatoire dans le tissu adipeux sous-cutané doit ou

(1) Sanson, *Nouveaux éléments de pathologie chirurgicale*.

former un abcès, ou devenir diffuse. C'est cette dernière alternative qui se présente dans l'érysipèle phlegmoneux. Par contre, quand l'inflammation a lieu dans le derme, l'exsudat infiltre la peau, et s'élève tout naturellement dans les canaux occupés par ces colonnes adipeuses. La pression qui s'exerce alors sur le derme tout entier ne peut manquer d'arrêter la circulation et de produire ainsi la gangrène des tissus, même si l'exsudat n'est pas doué de propriétés suffisantes pour détruire les cellules par sa seule présence. Cette explication nous fait saisir aisément pourquoi l'anthrax se trouve plus souvent à la nuque et au dos qu'ailleurs, quoiqu'on puisse l'observer partout, comme nous l'avons dit. Au dos, la peau est dure, ses éléments fibreux pénètrent profondément dans la couche adipeuse qui est traversée par de fortes lames de tissu cellulaire. Le pus enfermé de toute part cherche l'issue la plus facile et la trouve en passant le long de ces canaux en miniature; il vient donc produire à la surface l'aspect que nous avons décrit comme pathognomonique de l'anthrax. Ce fait donne aussi l'explication de l'énorme développement que prend parfois l'anthrax dans cette région. Vu la résistance des tissus, le pus est contraint de se répandre latéralement, en même temps qu'il chemine vers la surface dans les canalicules en question.

Symptômes.

Les symptômes de l'anthrax sont tout à fait particuliers, et semblent prouver sa spécificité.

Il débute dans les couches inférieures de la peau, ressemble d'abord à un phlegmon; il lui manque pourtant la rougeur brillante qui caractérise ce dernier. Au commencement, la tuméfaction de l'anthrax est un peu arrondie, et en même temps on voit souvent sa surface présenter quelques vésicules; mais une fois bien formé, il est déprimé et s'élève en plateau au-dessus des régions avoisinantes, caractère spécialement marqué quand l'anthrax est grand. Tous les doutes qui pourraient exister sur la nature du mal disparaissent quand, en examinant avec soin la peau, on voit du pus à la racine des poils. A mesure que l'affection progresse, d'autres points de suppuration surgissent et on en voit quelques-uns plus avancés que d'autres. J'ai compté, sur un petit anthrax de moins de 25 millimètres de diamètre, trente-quatre de ces points en suppuration, au centre de chacun desquels se voyait un poil. On reconnaît sans peine

que cet aspect n'est pas celui du furoncle ou du phlegmon. Les produits spéciaux de l'inflammation semblent empêcher la coagulation de la fibrine, de façon que l'anthrax ne conserve pas ses dimensions restreintes du début, mais s'étend du centre à la périphérie dans la peau et le tissu cellulaire, et finit quelquefois par devenir énorme. La forme circulaire persiste et le diamètre peut atteindre souvent 5 à 10 centimètres, et parfois bien davantage.

L'anthrax peut frapper toutes les parties du corps, même la paume de la main et la plante du pied, qui sont ordinairement considérées comme indemnes. Son lieu d'élection cependant, c'est la peau résistante de la nuque et de la région dorsale supérieure. Les produits inflammatoires compriment énergiquement les tissus voisins, et paraissent posséder en eux-mêmes quelques propriétés spéciales d'irritation; ils amènent bientôt la mortification de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Cela explique la tendance de l'anthrax à produire une eschare considérable.

On remarque aussi que l'anthrax est en général isolé, bien que l'on ait vu des exemples d'anthrax multiples.

La marche de l'affection est variable, les processus inflammatoires étant beaucoup plus intenses chez les uns que chez les autres. Cependant la mortification est complète après une quinzaine de jours; quelquefois elle est retardée et dure plusieurs semaines. La profondeur de l'eschare correspond à l'épaisseur de la peau et du tissu sous-cutané jusqu'au fascia.

En prenant la moyenne de 35 cas observés au Saint-Bartholomew's Hospital, le temps écoulé avant la guérison complète, ou suffisamment avancée pour permettre la sortie du malade, a été de 7 semaines. Quand la destruction de la peau est considérable, il faut quelquefois plusieurs mois pour obtenir une cicatrisation parfaite. Sur ces 35 anthrax, 10 se trouvaient à la face, et sur ces 10 cas, il y a 8 individus du sexe masculin. Des 25 cas restants, 22 se sont présentés chez des individus de ce même sexe. L'âge moyen des malades ayant eu un anthrax à la face est de 26,8 ans; tandis que pour les autres formes il est de 44,6 ans.

L'anthrax se voit indifféremment à toute époque de l'année, presque aussi souvent chez les individus sobres et bien nourris que chez les ivrognes et les pauvres. Cependant il y a certaines saisons, certaines années, où la fréquence de cette affection dépasse la moyenne.

Les symptômes généraux ne sont pas sérieux

d'ordinaire, à moins de complication septicémique; mais ils peuvent s'aggraver graduellement et aboutir à la mort.

Au début la fièvre est légère, le malade se plaint surtout d'anorexie; sa langue est chargée; il a du malaise, et souffre souvent beaucoup dans la région atteinte. A mesure que la suppuration et la gangrène s'accroissent, les symptômes deviennent plus sérieux, le pouls s'élève à 100, 110, 120 et même davantage. D'autre part, on voit aussi un grand anthrax poursuivre sa marche normale sans que le patient ressente autre chose qu'un peu de fièvre, et sans qu'il soit obligé de garder le lit. Par contre, j'ai vu un homme de vingt-huit ans mourir en cinq jours, des suites d'un anthrax du dos qui n'avait pas plus de 3 centimètres de diamètre, et dont les symptômes locaux n'avaient rien d'inquiétant.

Pronostic.

La mort est assez souvent la conséquence de l'anthrax. Elle résulte quelquefois d'épuisement après une gangrène étendue, d'autres fois d'hémorragie ou d'embolie. Mais il est clair que le principal danger, c'est la septicémie, qui peut se manifester à toutes les périodes par l'action directe des produits virulents sur le sang ou par la production d'abcès secondaires. Il y eut seulement 11 morts sur 7,800 cas d'anthrax dans l'armée des Etats-Unis, pendant la guerre de Sécession. Cette statistique est tellement supérieure à celle de la pratique civile, que l'on peut conclure à juste titre que la mortalité est peu considérable chez les individus jeunes, sauf en cas d'anthrax à la face.

Traitement.

Il est plus varié que dans la plupart des affections gangreneuses.

La méthode ordinaire consiste à faire deux incisions se croisant à angle droit au centre de l'anthrax, et comprenant la zone d'induration avoisinante. Cela me paraît être la méthode la plus simple pour évacuer le pus, et supprimer la tension de la peau et des tissus sous-cutanés qui doivent être compris dans l'incision. Cette méthode répond rigoureusement au principe de fournir au pus le meilleur écoulement possible. C'est celle de Dupuytren, de Nélaton, et de presque tous les chirurgiens jusqu'à nos jours. Mais il arrive malheureusement parfois que le pus est si bien infiltré dans les tissus,

dans les canalicules, que l'incision ne peut l'évacuer. C'est, me semble-t-il, la seule forme de suppuration qui ne retire pas des avantages directs d'une incision. La surface de section ressemble à une éponge sale, moins l'élasticité de celle-ci. Chaque chirurgien a pu remarquer que ses incisions ne lui donnent pas du tout la certitude d'avoir arrêté la propagation du mal, ou encore moins ses progrès dans les tissus déjà envahis. Les partisans de cette opération insistent sur ce fait, que les chirurgiens limitent trop la profondeur des incisions à l'étendue apparente de l'anthrax; le succès serait à leur dire beaucoup plus assuré, si elles s'étendaient au delà de la périphérie de ce dernier. Il est certain que si l'on se décide à prendre le bistouri, il faut inciser largement. Une nouvelle objection surgit alors: avec de grandes incisions, on peut difficilement éviter une hémorragie considérable. Les vaisseaux des tissus enflammés, une fois sectionnés, se vident rapidement, et bien que l'hémorragie ne soit pas de nature à durer longtemps, elle est souvent très abondante. Par conséquent, comme mesure préventive, on comprimera immédiatement les lèvres de l'incision de manière à diminuer l'hémorragie autant que possible. Même avec cette précaution, l'opération peut devenir très grave chez les personnes faibles ou âgées.

Une modification de ce procédé, c'est l'incision sous-cutanée avec un ténotome; on l'introduit en dehors de la zone d'induration, et on l'enfoncé profondément jusqu'à ce qu'il soit complètement caché sous la peau, avec son tranchant tourné vers la surface. Quand la pointe de l'instrument est arrivée au centre de l'anthrax, on sectionne les tissus jusqu'à la peau, que l'on respecte; on fait quatre incisions de ce genre en croix, et l'on a ainsi, à ce que l'on prétend, les avantages bien connus de la méthode sous-cutanée. Avec l'index gauche, il est facile de guider son ténotome; l'hémorragie consécutive est légère. Cette méthode, recommandée par M. French, a été pratiquée par lui-même et par d'autres chirurgiens. On lui reconnaît de grands avantages: elle assure mieux la guérison, celle-ci est plus rapide que dans la méthode ordinaire, vu la moins grande destruction de tissus. On peut aussi, autre procédé, promener le ténotome à plat dans l'anthrax, de manière à obtenir le maximum de relâchement possible; on assure que cette manœuvre faite de bonne heure, au début de l'affection, prévient le sphacèle de la peau.

Il existe encore une modification spéciale de l'incision cruciale ordinaire, recommandée par certains chirurgiens; l'observation suivante, rapportée par le Dr Blackley, en donnera une idée.

« Appelé auprès d'un homme de 60 ans gravement malade, je le trouvai atteint d'un énorme anthrax couvrant la partie inférieure de la région scapulaire, du bord externe de l'omoplate aux apophyses épineuses de la colonne vertébrale. Le mal me parut trop avancé pour être susceptible d'amélioration par incision cruciale; aussi, après avoir fait celle-ci, j'enlevai toute l'eschare avec une pince et des ciseaux, me tenant aussi près que possible des parties saines sans les entamer. Je rapprochai ensuite les lèvres de la plaie avec du sparadrap, en exerçant sur elles une certaine compression. Le soulagement fut immédiat et la guérison rapide. Cette méthode pourrait s'appeler méthode par *excision*. »

La tendance presque invincible de l'anthrax à la mortification a engagé beaucoup de chirurgiens à favoriser ces processus destructeurs, en appliquant de bonne heure de la *potasse caustique* sur la peau. On diminue ainsi la période de suppuration et de sphacèle, et on détourne probablement aussi les dangers de la septicémie, en achevant d'un coup la destruction des tissus, et en prévenant l'extension des liquides virulents dans les régions voisines, où ils pourraient être résorbés. J'ai fait une fois l'expérience d'appliquer le caustique sur la moitié d'un anthrax, en laissant l'eschare de l'autre côté tomber par les processus naturels d'élimination. Il est évident que cette opération eut un bon effet même sur la moitié restée intacte; mais cependant les bourgeons charnus furent bien développés sur la partie cautérisée plusieurs jours avant leur apparition sur le reste. Le Dr Physick a spécialement insisté sur l'utilité des cautérisations détruisant le centre de l'anthrax, sans arriver aussi loin que le ferait une incision; c'est remettre en honneur une pratique qui avait eu longtemps auparavant de chauds partisans.

Mais les caustiques ne sont pas les seuls à donner de bons résultats. Le professeur Post nous a communiqué le résultat de ses observations sur l'emploi du *cautére actuel*, y compris une expérience faite sur lui-même; il croit que nous possédons là un moyen de faire avorter l'anthrax presque à coup sûr, si l'on s'en sert de bonne heure. Voici sa narration :

« Au printemps de 1879, j'eus sur la fesse droite pendant plusieurs jours un gonflement inflammatoire dur et circonscrit, qui s'agrandit peu à peu jusqu'à la dimension de la grosse extrémité d'un œuf de poule; en même temps mes souffrances augmentaient, et cette

maladie me dérangeait beaucoup. Je demandai alors à mon ami le Dr Hinton d'appliquer le cautère actuel au centre de la région enflammée. Il se servit du cautère multiple de Thorp à 6 pointes, dont chacune a la grosseur d'une petite aiguille à tricoter. Il fut porté au rouge et plongé dans la peau jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané. La douleur fut vive sur le moment, mais elle disparut bientôt et fut remplacée par une sensation de soulagement. Le jour suivant, la tuméfaction et l'induration avaient diminué, et à partir de ce moment il se fit une amélioration progressive, si bien qu'au bout de 3 à 4 semaines tout était revenu à l'état normal. Il n'y eut aucune destruction de tissu cellulaire, aucune suppuration proprement dite; il s'écoula seulement un peu de sérum sanguinolent. Dans le courant du printemps et de l'été, j'eus quatre fois une inflammation semblable à cette première attaque; elles furent toutes traitées de la même façon, une seule application de cautère suffit chaque fois. Une semaine après la seconde cautérisation, je fus obligé de faire un voyage de plus de 3,000 kilomètres, et je souffris à peine de la station assise que je dus conserver si longtemps. Je ne fus jamais obligé de rester à la maison un seul jour, et je pus vaquer à toutes mes occupations ordinaires. »

La douleur occasionnée par ces diverses opérations, incision, application de caustiques, du cautère actuel, exige pour bien faire l'anesthésie locale ou générale. On a démontré que la pulvérisation d'éther n'a aucune conséquence fâcheuse par l'abaissement de la température qui l'accompagne, et qu'elle supprime la douleur. Si on le préfère, on peut chloroformer le malade; car, pour être efficaces, l'incision ou la cautérisation doivent être faites à fond.

Le Dr Hunt et le Dr Leitner conseillent, une fois l'incision faite, d'appliquer une ventouse pour créer une sorte d'*aspiration* du pus et des autres exsudats, et les amener de la périphérie au centre. Cette ventouse peut comprendre la masse de l'anthrax tout entière, et on peut la faire fonctionner par simple soustraction de calorique, en se servant d'un grand verre ou d'une tasse de dimension suffisante. On répète cette manœuvre deux fois par jour, ce qui amène chaque fois l'écoulement du pus des parties profondes, ainsi qu'une diminution immédiate de la tension qui étrangle les tissus.

Un autre moyen, c'est la *compression méthodique*, recommandée par le Dr O'Ferrall; il couvre toute la superficie de l'anthrax avec un emplâtre savonneux qui dépasse même la limite de l'induration. Voici une de ses observations, pour illustrer ce genre de traitement :

Un emplâtre savonneux avec de l'opium, sans ouverture, fut placé sur l'anthrax à son début; la peau était

alors dure et livide, avec une ou deux petites phlyctènes; le mal avait 3 centimètres de diamètre, et se trouvait environné, sur un rayon de 5 centimètres, d'une zone d'infiltration considérable, facile à reconnaître. Le jour suivant, disparition des douleurs jusqu'alors brûlantes. Il se produisit cependant des pustules, mais la rougeur avait perdu sa teinte foncée. La suppuration fut peu importante; on fit au milieu de l'emplâtre une petite incision cruciale et on le renouvela chaque jour. Après une semaine à peine, on put enlever déjà entièrement l'eschare par une légère traction, en faisant le pansement quotidien. La cicatrisation prit alors une marche rapide, et le malade sortit guéri au 18^e jour.

Le Dr Ashhurst a employé ce traitement un peu modifié dans plusieurs cas, et avec de bons succès. Il applique des bandelettes de sparadrap ordinaire en commençant bien en dehors des limites de l'anthrax, et en avançant graduellement vers le centre; chaque bandelette empêche un peu sur la précédente, jusqu'à ce que la surface entière soit couverte, sauf un carré central de 20 millimètres de côté. La tuméfaction diminue rapidement, l'eschare et la suppuration ne se faisant que dans la zone laissée libre. Voici le résultat de mensurations exactes faites sur un anthrax: les dimensions primitives, 14 centimètres sur 10, furent réduites à 3 centimètres dans tous les sens, au bout de sept jours; huit jours après le début de l'affection, l'eschare était complètement détachée. La compression, loin d'être douloureuse, soulage le malade; le pansement, emplâtre ou bandelettes, sera renouvelé chaque jour, car il se relâche vite.

J'ajouterai que j'ai eu des résultats favorables avec un bandage annulaire en toile de coton garnie de ouate, fixé par une bande de manière à comprimer le bord de l'anthrax et à chasser le pus vers le centre, ce qui prévient l'extension de la maladie.

M. Higginbottom a recommandé de combiner la méthode de compression et l'emploi de l'iode, qui a une action spéciale sur l'inflammation. Il se sert de collodion iodé fait en dissolvant 1 gramme 20 centigrammes d'iode et autant d'iodure de potassium dans 30 grammes de collodion. Ce liquide, appliqué chaque jour avec un pinceau sur les parties tuméfiées, se contracte en séchant et exerce ainsi une pression uniforme. M. Higginbottom avait l'habitude de détruire en outre le centre de l'anthrax par une cautérisation. Ce traitement est vivement approuvé aussi par Seiche, qui a traité onze patients par les incisions ordinaires; sur ce

nombre, six sont morts, dont cinq de pyohémie. Plus tard, sur douze cas traités avec le collodion, il a eu douze guérisons.

Le traitement *abortif* a eu peu de succès. Le professeur Jordan propose d'employer l'iode, comme contre-irritant, sur une large surface autour du foyer malade; par exemple si l'anthrax est à la nuque, on badigeonne la peau depuis les cheveux et le cou jusqu'aux épaules, et plusieurs centimètres plus bas encore sur le dos.

La grande multiplicité d'opinions sur la thérapeutique de l'anthrax a conduit beaucoup de chirurgiens à l'idée qu'un traitement *expectant* est tout aussi utile qu'une intervention active. Il est sûr qu'une eschare d'une certaine grandeur se formera, quoi qu'on fasse, et ces praticiens préfèrent laisser à la nature le soin de sa création et de son détachement, plutôt que d'intervenir d'une façon quelconque. Ils insistent sur le fait déjà mentionné que les surfaces de section augmentent la faculté de résorption des exsudats putréfiés, sans que l'incision hâte d'une façon notable le résultat définitif.

Pansement. — Pour les soins quotidiens, — ce que l'on peut appeler le pansement de l'ulcération, — tous les chirurgiens prescrivent des substances de nature à favoriser l'expulsion du pus. Des cataplasmes calmants de pain, de graine de lin, d'orme mucilagineux (1), sont appliqués d'ordinaire comme moyens agréables d'enveloppement; d'autres chirurgiens préconisent les cataplasmes de levain, le charbon de bois, substance désinfectante. Il y en a d'autres encore, parmi lesquels je me range, qui préfèrent de fréquents lavages à l'eau phéniquée; on les fait avec une seringue, puis on place sur la plaie de la ouate, ou de la charpie qui aspire par capillarité le pus à mesure qu'il se forme.

Je dois mentionner les expériences du Dr Leavitt sur les applications locales de *permanganate de potasse*. Une solution concentrée de ce sel, 2 grammes sur 30 grammes d'eau, est appliquée avec un pinceau immédiatement après l'incision, et la plaie est recouverte d'un pansement imbibé de ce même liquide. L'effet est immédiat et rapide.

Une fois les eschares entièrement tombées, le traitement de cette maladie ne diffère en rien de celui de toute surface couverte de bourgeons charnus. En appliquant du sparadrap avec une certaine pression, les bords de la plaie revien-

(1) « *Slippery elm.* » En Amérique, l'écorce de cet orme est employée comme cataplasme. (Trad.)

nent rapidement à leur état normal, et un anthrax qui avait 10 centimètres de diamètre a détruit en réalité moins de 5 centimètres de peau.

TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Le traitement général sera évidemment tonique. La grande quantité de matières saburrales sur la langue, en même temps que la présence ordinaire de la constipation, montrent la nécessité d'administrer un purgatif; le meilleur, c'est un purgatif mercuriel. En outre, on donnera une nourriture fortifiante, comprenant le consommé de bœuf, le punch au lait, et on prescrira de la quinine. Les narcotiques sont sou-

vent nécessaires, à cause de la vivacité des souffrances, mais il n'y en a point qui ait une action spécifique.

Cependant le traitement n'est pas toujours aussi simple. Bien que nous n'ayons pas découvert à l'anthrax une cause spéciale ou spécifique, il y a des malades qui en ont plusieurs à la file. Ces personnes ont ordinairement de la dyspepsie; il faut traiter celle-ci tout spécialement, en se guidant peut-être sur l'expérience personnelle du malade. Le Dr Gibbons, qui était lui-même une victime de ce qu'on pourrait nommer la « diathèse anthracique », se trouva soulagé par l'usage fréquent de l'acide citrique, pris sous forme de limonade.

ANTHRAX DE LA FACE.

L'anthrax de la face frappe des individus plus jeunes que ceux qu'atteint l'anthrax des autres régions du corps; toutefois, il est rare chez les enfants.

Symptômes.

La maladie semble identique aux formes ordinaires, cependant le tissu cellulaire étant très peu serré à la face, nous ne constatons pas ici cet aplatissement de la surface précédemment décrit. L'anthrax est plus arrondi; l'enflure est en réalité hors de proportion avec la quantité de tissus compris dans le processus, fait généralement observé dans les inflammations de cette région. La lèvre est le siège favori de l'anthrax de la face; de là, il s'étend sur la joue. A cause de cette particularité et vu les dangers qu'il amène dans ce cas, on a confondu cette affection avec la *pustule maligne* (1); toutefois, l'existence de points de suppuration séparés les uns des autres suffit pour assurer le diagnostic.

Pronostic.

Bien que les sujets atteints soient jeunes, ce qui devrait augmenter les chances de guérison, du moins on serait tenté de le croire, l'an-

(1) Voy. *Encyclopédie de chirurgie*, t. I, p. 539.

thrax de la face doit être considéré comme la forme la plus grave de toutes.

Dans les anthrax ordinaires, la cause de la mort, c'est évidemment la septicémie; ensuite vient l'embolie, comme nous l'avons déjà dit, mais elle est plus rare. La raison la plus importante de la malignité de l'anthrax de la face paraît être la marche progressive de l'inflammation le long des veines jusque dans les sinus de la dure-mère; plusieurs autopsies ont démontré ce fait.

Traitement.

Voici le traitement à suivre, d'après les indications du Dr Leale: Tout d'abord on comprime l'artère coronaire labiale supérieure en pressant la lèvre entre deux doigts, l'un à l'extérieur, l'autre à l'intérieur; on sent alors les fortes pulsations de l'artère de la cloison du nez. Cela fait, on incise largement l'induration dans toute sa longueur, sans blesser l'artère, en découvrant le centre de la masse purulente. Avec un morceau d'ivoire ou de bois de la grosseur d'une plume d'oie, bien recouvert de ouate à son extrémité, on touche tous les points malades avec de l'acide nitrique fumant. On fait pénétrer le caustique dans les petits clapiers purulents voisins, de manière à détruire les fibres qui se trouvent tendues entre eux. S'il le faut, on réitère la cautérisation chaque jour.

FIN DU TOME DEUXIÈME.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME DEUXIÈME

III. — CHIRURGIE GÉNÉRALE

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE DIAGNOSTIC CHIRURGICAL

PAR D. HAYES AGNEW

Professeur de chirurgie à l'Université de Pennsylvanie, Philadelphie.

Difficultés du diagnostic chirurgical...	4	Circulation.....	13
Examen général: historique du malade.	4	Respiration.....	18
Examen spécial: symptômes que l'examen personnel seul peut faire connaître.....	8	Système nerveux.....	19
Examen des organes internes.....	13	Motilité.....	20
		Appareil digestif.....	21
		Système génito-urinaire.....	23

PETITE CHIRURGIE

PAR CHARLES T. HUNTER

Professeur d'anatomie à l'Université de Pennsylvanie, chirurgien de l'Episcopal Hospital, Philadelphie.

Des pansements en chirurgie.....	25	Transfusion indirecte.....	65
Pièces de pansements.....	25	Transfusion artérielle. — Auto-transfusion.....	69
Formes des pansements.....	27	Injections intra-veineuses de lait ou de diverses solutions salines.....	69
Emploi des substances imperméables.....	29	Respiration artificielle.....	70
Bandages.....	30	Vaccination.....	73
Bandages roulés.....	30	Vaccin.....	73
Bandages en particulier.....	32	Procédé opératoire.....	74
Bandages en spirale.....	33	Revaccination.....	75
Bandages en spica.....	36	Injections.....	75
Bandages croisés.....	38	Injections dans les cavités.....	75
Bandages en 8 de chiffre.....	39	Injections hypodermiques.....	76
Bandages de tête.....	41	Instruments employés pour les injections.	77
Autres bandages roulés. — Bandage en T.	43	Substances servant aux injections.....	77
Fronde. — Bandages unissants.....	45	Procédés opératoires.....	77
Echarpes. — Suspensoirs.....	47	Aspiration.....	78
Bandages carrés. — Bandag. inamovibles.	48	Instruments employés pour l'aspiration.	78
Révuifs et dérivatifs.....	51	Précautions opératoires.....	81
Rubéfiants.....	51	Usage de l'électricité en chirurgie....	82
Vésicants. — Acupuncture.....	52	Electrolyse.....	82
Cautéres.....	53	Galvano-caustique.....	84
Saignée.....	57	Galvanisation et faradisation.....	86
Scarifications. — Ponctions. — Ventouses.....	57	Massage.....	86
Sangsues.....	59	Effleurage.....	86
Phlébotomie.....	61	Pétrissage. — Tapotement. — Mouvements actifs et passifs. — Battage des muscles.....	87
Artériotomie.....	63		
Transfusion du sang.....	64		
Transfusion directe.....	64		