

sont greffés sur la séreuse et se sont transformés en kystes reproduisant la structure des tumeurs dermoïdes. Ne faut-il pas en conclure, en généralisant la théorie de Verneuil, que les kystes dermoïdes sont dus au déplacement, à l'inclusion, à la greffe de certains éléments anatomiques, à la transplantation de tissus qui peuvent rester silencieux pendant un certain temps; puis tout à coup, sous l'influence d'une cause souvent inconnue, ils prennent un développement rapide et constituent de véritables tumeurs?

C'est ici qu'apparaît la théorie de Conheim, sur laquelle nous avons insisté ailleurs. D'après lui, des éléments de l'un des trois feuillettes du blastoderme peuvent, pendant la vie intra-utérine, pénétrer dans un feuillet voisin, y sommeiller, puis se développer tout à coup, s'accroître, parfois à l'occasion d'un traumatisme qui éveille l'activité des éléments anatomiques : une de ces tumeurs *complexes*, à contenu bizarre, prend naissance. Cette pathogénie explique bien l'apparition des néoplasmes qui nous occupent, mais Conheim l'a peut-être trop généralisée en l'appliquant à toutes les tumeurs.

## DEUXIÈME PARTIE

### AFFECTIONS DES TISSUS ET DES ORGANES

#### CHAPITRE PREMIER

##### AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA PEAU

Nous connaissons les traumatismes de la peau, *coupures, piqûres, plaies contuses et contusions*; nous avons étudié les lésions que provoque l'action de la chaleur et du froid, *brûlures et gelures*, et, à propos des complications des plaies, l'*érysipèle* a eu son tour. Avant de parler de certaines inflammations circonscrites, le *furoncle* et l'*anthrax*, peut-être pourrions-nous dire quelques mots des *érythèmes*, affections caractérisées par une rougeur simple de la peau, mais nous passerons outre, d'abord parce que la plupart sont du domaine de la pathologie interne, ensuite parce que nous connaissons déjà les érythèmes chirurgicaux, *engelures, coups de soleil, brûlure au premier degré*. Quant aux rougeurs diffuses qui peuvent succéder à l'application de substances irritantes maniées en chirurgie, solutions d'acide phénique ou de sublimé, iodoforme, leur intérêt est médiocre, et il suffit de les signaler; l'absence de fièvre et de réaction générale, la diffusion de la rougeur que ne limite aucun bourrelet marginal, ne permettront pas de les confondre avec un érysipèle.

#### I

##### FURONCLE

Le *clou* ou *furoncle* est une inflammation circonscrite de la peau, dont le siège originel semble être l'appareil pilo-sébacé; il se caractérise par une tumeur acuminée qui s'ulcère pour donner issue à une masse jaunâtre, nommée *bourbillon*.

**Étiologie.** — Le furoncle est d'une fréquence extrême; il s'observe à tous les âges, atteignant de préférence les adultes et surtout les hommes; les saisons, le climat ne sont pas indifférents, et le nombre en serait plus grand en été qu'en hiver, dans les pays chauds que dans les pays froids; dans la même contrée, certaines localités seraient plus affectées : Denucé prétend qu'il sévit plus à Bordeaux qu'à Paris. Le tempérament joue un rôle et le clou est surtout l'apanage des arthritiques : telle est l'opinion de Bazin et de Verneuil; il n'en est pas de même du lymphatisme et, tandis que certains auteurs invoquent son influence, d'autres considèrent le sol scrofuleux comme un terrain stérile pour la furunculose.

Le diabète a une action si directe que, au Brésil, on conclut presque de l'existence du furoncle à celle de la glycosurie; chez nous, la relation, pour être moins étroite, est nette et, depuis les observations de Prout, en 1840, Marchal de Calvi, et après lui tous les cliniciens, ont montré que les éruptions répétées de clous et d'antrax sont une manifestation des urines sucrées. La glycosurie est capricieuse dans ses rapports avec le furoncle; le plus souvent elle précède l'éruption, l'accompagne et persiste après elle, mais, dans quelques cas, elle apparaît avec les clous pour disparaître avec eux; enfin, au cours d'un diabète confirmé, on voit parfois les urines devenir normales pendant l'évolution de la furunculose, pour se charger de sucre après la guérison.

Marchal de Calvi a montré que l'azoturie a la même influence que le diabète; les goutteux sont atteints, et l'on connaît les furoncles « uriques » des podagres et des graveleux. Toutes les causes de déchéance et de misère physiologique sont regardées comme favorables aux éruptions furoncleuses : la mauvaise nourriture, l'encombrement, la vie de caserne pour les recrues, les fatigues, le surmenage, les préoccupations morales. Elles apparaissent dans les troubles digestifs, dans les constipations rebelles, pendant la convalescence de fièvres graves, la typhoïde, la scarlatine, la rougeole, la variole, la pneumonie infectieuse. Lorsqu'une ou plusieurs de ces conditions existent dans une même contrée, on comprend comment éclatent des épidémies analogues à celles qu'ont décrites Tholozan et Cazin.

Ces causes générales se doublent de causes locales qui marquent, pour ainsi dire, le point où le furoncle va se développer : toutes

les irritations de la peau, les frottements répétés, le contact de poussières dures, de paillettes métalliques, de grains de charbon, la saleté, certaines substances pharmaceutiques, pommades, emplâtres, vésicatoires, cataplasmes de graine de lin dont les huiles ont ranci, certaines maladies cutanées, l'eczéma, le prurigo, la gale, la chaleur qui rayonne d'un foyer trop ardent. C'est dans les parties du corps les plus accessibles à ces diverses causes, dans les régions découvertes, à la face, à la nuque, sur la poitrine des manouvriers, qu'on observe le plus fréquemment les furoncles : chez les charbonniers, les forgerons, les ramoneurs, les plâtriers, les chiffonniers, les palefreniers, chez les soldats, fantassins ou cavaliers.

Causes générales et causes locales vont provoquer l'apparition du furoncle; mais dans quels éléments du tissu cutané? Dupuytren croyait qu'il prend naissance dans les aréoles remplies de graisse que circonscrivent les travées fibreuses de la couche profonde de la peau; Nélaton défendit cette opinion; pour lui, les pelotons cellulo-adipeux enflammés s'étranglent dans la trame du derme et constituent le bourbillon; Hénoque, à la suite d'examen microscopiques répétés, adopte cette manière de voir; n'a-t-il pas constaté que les altérations les plus avancées se trouvent au niveau du tissu aréolaire, dont les pelotons adipeux ont disparu pour faire place à de petites collections purulentes? Pour Gosselin, c'est dans les couches profondes de la peau que naît le furoncle, mais ne peut-on pas assimiler les aréoles à des bourses séreuses minuscules? — Le bourbillon serait le produit pseudo-membraneux sécrété par les parois, et le furoncle deviendrait l'équivalent d'un hygroma aigu.

A ces théories on préfère l'opinion défendue par Richet, Denucé et Trélat : le furoncle se développe dans l'appareil pilo-sébacé, siège primitif de l'inflammation; le bourbillon est un amas complexe où l'on retrouve le produit de sécrétion des glandes sébacées, les débris mortifiés du follicule pileux et la trame conjonctive et élastique qui l'entoure, enfin les leucocytes extravasés par diapédèse. Cette théorie s'appuie sur l'anatomie pathologique, puisque le microscope retrouve dans le bourbillon les éléments de l'appareil pilo-sébacé, et sur la clinique, car, au début de la tuméfaction, on voit un poil implanté au sommet du furoncle qui succède fréquemment à l'acné dont on connaît le siège. Et le clou ne naît-il pas dans les régions où existent des glandes pilosébacées, à la face dorsale des doigts et de la main,

à la nuque, sur la poitrine, aux fesses, sur les membres? Ne fait-il pas défaut à la paume de la main et à la plante des pieds où manquent les poils?

Tout en acceptant cette théorie, certains auteurs veulent l'étendre : les furoncles seraient exceptionnels à la paume de la main et à la plante des pieds, mais on les y aurait observés. Aussi, à défaut de glandes sébacées, faudrait-il admettre, comme cause du clou, l'inflammation des glandes sudoripares; n'est-ce pas elles qui constituent dans la rainure interfessière et au creux de l'aisselle, ces abcès tubéreux de Velpeau qui ressemblent tant au furoncle? Les abcès du conduit auditif ne se développent-ils pas dans les glandes cérumineuses, et les orgeolets dans les glandes de Meibomius! Verneuil et son élève Danielopoulo croient que certaines muqueuses peuvent être le siège de furoncles nés de glandules. Mais on ne s'est pas mis d'accord pour accepter, comme clous véritables, les inflammations du voile du palais et de la muqueuse palatine décrites par ces auteurs comme furoncles.

La doctrine parasitaire est venue s'enter, en ces derniers temps, sur cette théorie pathogénique, et l'on admet qu'un microbe pénètre dans l'appareil pilo-sébacé pour y provoquer les phénomènes inflammatoires. Ce germe n'est pas spécifique : c'est le bacille banal de l'inflammation, le staphylocoque doré, qui provoque le furoncle, comme il donne naissance, sous l'épiderme péri-unguéal, à la tourmole, au phlegmon dans le tissu cellulaire, et à l'ostéo-myélite sous le périoste. Cette inoculation d'un follicule pilo-sébacé, démontrée par Ogston, Rosenbach, Passet et Garré, explique les cas de contagion du furoncle dont l'ancienne clinique avait fourni de nombreux exemples.

A côté des faits expérimentaux, Socin invoque un certain nombre d'arguments en faveur de la théorie microbienne : ne voit-on pas les furoncles se développer surtout dans les régions découvertes? Le cuir chevelu, la portion des joues protégée par la barbe, n'en sont pas atteints, malgré l'existence d'énormes et d'abondantes glandes sébacées; mais les clous sont fréquents à la lisière de la barbe et des cheveux, où les germes de l'air s'arrêtent et sont retenus, à la face, à la nuque, à l'entrée des narines et du conduit auditif externe. N'assiste-t-on pas parfois à une auto-inoculation? Autour d'un furoncle central se développe une pléiade de furoncles secondaires

nés du premier, surtout lorsque le patient s'est gratté, insérant ainsi, grâce aux excoriations de la peau, les corpuscules infectieux jusque dans les follicules voisins? Il peut y avoir une intoxication générale, et la *furunculose* se manifeste par une véritable éruption de clous dans les régions les plus diverses.

**Symptômes.** — Le furoncle débute par une élévation rouge semblable à un point d'acné : au sommet, où s'implante un poil, est une vésicule remplie d'un liquide séro-purulent et séro-sanguinolent. La tuméfaction s'accroît, la base indurée et légèrement œdémateuse dans certaines régions, s'élargit; sa pointe se surélève; à la démanaison des premiers jours succède une sensation de tension, une douleur contusive, lancinante, dont l'intensité est extrême. L'aspect du furoncle est alors caractéristique : il se présente sous forme d'une tumeur acuminée, de volume variable, mais qui ne dépasse guère un œuf de pigeon; sa couleur violacée, ecchymotique à la pointe, prend des teintes plus claires vers sa base, qui, par dégradation insensible, se confond avec les tissus environnants.

Du cinquième au huitième jour, le sommet blanchit, le pus transparaît sous la peau érodée, qui s'ulcère et donne issue à une petite quantité de liquide jaune, strié de sang; dans le cratère trop étroit s'engage une substance spongieuse, verdâtre, feutrage de fibres élastiques et de fibres conjonctives infiltrées de leucocytes. Par la pression sur la tumeur ou par une traction avec une pince, l'on peut énucléer cette masse mortifiée, cette « eschare glandulaire », selon l'expression de Trélat; si le chirurgien n'est pas intervenu pour hâter l'expulsion, l'ouverture s'agrandit ou le bourbillon se fragmente, et son issue est bientôt totale. Une légère sécrétion purulente persiste un jour ou deux, mais la douleur, qui était vive, cède, la tuméfaction s'affaïsse, la rougeur diminue, la cavité s'oblitère, la cicatrisation se fait et, du huitième au douzième jour, on ne trouve plus qu'une peau indurée et violette; elle reprend à la longue sa souplesse et sa couleur normales.

Telle est l'évolution du furoncle; mais les phénomènes ne se déroulent pas toujours avec cette régularité; dans certains cas, la petite élévation du début peut rester plusieurs jours stationnaire, pour grossir et s'ulcérer sous l'influence de quelque irritation locale ou de quelque état général mauvais; dans d'autres, la saillie conique se forme, mais vers le quatrième ou le cinquième jour l'inflammation se modère, la

douleur cesse et le stade d'élimination bourbillonneuse fait défaut; il reste une induration violacée longue à se résoudre. Dans d'autres encore, les phénomènes inflammatoires dépassent les limites habituelles; le tissu cellulaire est atteint et un phlegmon circonscrit apparaît. Le phénomène douleur est variable, et si parfois il est assez intense pour provoquer du délire, on a vu des furoncles volumineux parcourir leurs périodes, sans déterminer autre chose qu'une tension et de la gêne dans les mouvements.

Les complications sont rares : nous avons parlé du phlegmon circonscrit, nous pourrions ajouter l'adénite des groupes ganglionnaires correspondants. Verneuil a vu, dans un cas, la bourse séreuse oléocrânienne ouverte, et dans un autre, un hygroma suppuré du genou, provoqué par un furoncle adjacent. Le pronostic serait simple si, d'une part, les éruptions fréquentes ne révélaient l'existence d'un état général médiocre, et si, d'autre part, les furoncles de certaines régions ne prenaient parfois une marche alarmante et ne provoquaient la mort : nous voulons parler du furoncle de la région cervico-faciale et en particulier de la lèvre supérieure.

Il existait dans la science des observations qui montraient la gravité de ces furoncles, lorsqu'en 1860 parut le mémoire de Trüde, qui attira l'attention sur ce point. Broca, Verneuil, Reverdin et Chabbert, pour ne citer que ceux-là, ont publié et rassemblé un nombre respectable de cas où l'on voit que des clous de la lèvre supérieure surtout, puis de la lèvre inférieure, de la joue, du sourcil, de la tempe, de la région mastoïdienne, du nez et du menton, ont eu une terminaison fatale. On invoqua d'abord une malignité particulière, une virulence pseudo-charbonneuse, puis les altérations des viscères, la coexistence de dyscrasie, d'albuminurie, de diabète. Ces dernières causes ont une influence, mais il reste établi que le mécanisme de la mort est le suivant : les plexus-veineux du cou et de la face, de la lèvre supérieure en particulier, s'enflamment au contact du furoncle, la phlébite des veines afférentes se communique à la faciale et s'étend dans l'ophtalmique. Celle-ci se prend et provoque la coagulation du sang du sinus caverneux et de ses tributaires; de là le délire, les troubles comateux précédés de la tuméfaction de la joue et de l'exophtalmie qui annoncent la complication. Parfois la phlébite engendre une véritable infection purulente.

**Traitement.** — On a préconisé un grand nombre de moyens pour faire « avorter » le furoncle : les personnes qui y sont sujettes savent reconnaître, à certaines sensations particulières, ceux des petits boutons de la peau qui menacent de donner naissance à des clous; depuis Bretonneau, leur cautérisation précoce au nitrate d'argent jouit d'une certaine vogue et a donné quelques résultats; nous en dirons autant des cautérisations à l'acide chromique. Nous avons arrêté une éruption furoncleuse développée autour d'un clou de l'avant-bras en exoriant la vésicule du sommet avec de la tarlatane imbibée d'une solution saturée d'acide borique, et portée à une température de 50 à 55 degrés; on a aussi conseillé la pigture du follicule pileux avec une aiguille rougie et l'incision précoce. Nous ne croyons guère à l'efficacité de ces moyens; trop souvent, malgré leur emploi, la tumeur se développe.

Bidder, cependant, aurait obtenu d'excellents résultats par l'injection d'acide phénique dans les tissus envahis. Si le furoncle est petit, on injecte quelques gouttes d'une solution à 20 pour 1000; s'il est moyen, on fait deux injections séparées, chacune avec une seringue entière ou une demi-seringue de Pravaz; enfin, si le furoncle atteint la grandeur de la moitié de la paume de la main, l'injection d'une pleine seringue sera pratiquée aux quatre points cardinaux de la tumeur. Les badigeonnages d'iode ont été préconisés par Gingeot et Boinet. L'opération n'est faite qu'une fois et donnerait des succès remarquables : la guérison des gros furoncles est obtenue en huit ou dix jours.

Souvent le mieux est de laisser le furoncle évoluer, de le recouvrir de compresses de tarlatane imbibées d'une solution phéniquée ou boriquée, et d'une feuille de gutta-percha laminée qui s'oppose à l'évaporation; le furoncle se trouve ainsi dans une sorte de bain tiède antiseptique permanent qui amortit la douleur. Ces topiques sont préférables à un cataplasme, dont les bords durcissent et irritent la peau. On attendra l'ouverture et l'expulsion spontanée de la masse bourbillonneuse, n'ayant recours au bistouri que si la douleur est vive.

Dans les furoncles de la face, où de si graves accidents sont à craindre, quelle conduite tenir? L'expectation? L'intervention? De statistiques régulières il semble ressortir que la mortalité est moindre lorsque la tumeur a été débridée au thermo-cautère; nous emploierons

donc cette méthode. Verneuil traverse la lèvre de part en part avec le platine rougi, et ses ponctions sont assez rapprochées pour que leur action se fasse sentir dans toute l'épaisseur des tissus. Les succès obtenus de cette façon ne seraient-ils pas dus à l'influence destructive de la chaleur sur les micro-organismes?

Le furoncle étant souvent sous la dépendance d'un mauvais état général, un examen sera nécessaire, et l'on établira d'abord le traitement de la maladie principale dont on aura reconnu l'existence; on a vu, dans le diabète, les éruptions furoncleuses cesser dès que s'est abaissé le taux du sucre dans les urines. On combattra les troubles digestifs, s'il en existe. Hunter se serait guéri par l'emploi du bicarbonate de soude, et, depuis, la médication alcaline a été employée, même en dehors de la glycosurie; nous en dirons autant des solutions arsenicales. Hardy préconise l'emploi du goudron en boisson; nous avons des malades qui affirment s'en être bien trouvés. Quelques gouttes quotidiennes d'acide phénique à l'intérieur auraient aussi amené des guérisons. Le naphthol et le salicylate de bismuth, conseillés par Bouchard, sont recommandables.

## II

## ANTHRAX

L'anthrax est une inflammation diffuse, dont le siège original est dans l'appareil pilo-sébacé de la peau; il diffère du furoncle, dont il semble une exagération, par la multiplicité des foyers bourbillonneux, par sa forme aplatie, son volume considérable, la phlegmasie concomitante du tissu cellulaire, sa tendance à la mortification, et la gravité des phénomènes généraux.

Son histoire a été mêlée à celle des affections charbonneuses, mais à la fin du siècle dernier, à la suite des travaux de l'Académie de Dijon, le domaine de la pustule maligne fut délimité, et l'on reconnut l'indépendance de l'anthrax, dont Dupuytren, puis Nélaton et Gosselin, Richet, Denucé, Broca et Trélat ont fixé le mode de développement; Prout, Marchal de Calvi, Fritz l'étudièrent dans ses rapports avec le diabète; puis vinrent les travaux de Trüde, Nadaud, Verneuil et Reverdin sur les caractères que peuvent revêtir les furoncles et les anthrax de la région cervico-faciale.

**Étiologie.** — Elle se confond avec celle du furoncle; il faut incriminer les mêmes causes générales et locales, et répéter ce que nous avons dit sur les rapports du furoncle avec le diabète, la goutte, l'azoturie, les fièvres infectieuses, les troubles gastriques, les déchéances de l'organisme et les tares viscérales; nous retrouvons les mêmes influences d'âge, de saison, de climat; les mêmes irritations de la peau et les mêmes traumatismes. Les théories et les hypothèses invoquées pour expliquer le mode de développement du furoncle sont valables pour l'anthrax, et le microbe de l'un est aussi le microbe de l'autre. Donc, pour ce qui concerne l'étiologie et la pathogénie, nous renvoyons le lecteur à notre précédent article.

**Symptômes.** — L'anthrax est souvent annoncé par quelques vagues prodromes: malaise général, courbature, dyspepsie, céphalalgie légère, fièvre peu intense; puis se déclarent une chaleur âcre et mordicante de la peau, une douleur qu'exaspère la pression, et une vive rougeur. La tumeur siège à la nuque, au dos, sur les fesses, la paroi abdominale, le thorax, la face et les membres, même à la paume de la main et à la plante des pieds, si l'on en croit Danielopoulo, même sur certaines muqueuses, à ce que pense Verneuil. Cette rougeur violacée, livide au centre, plus vive à la périphérie, repose sur un œdème inflammatoire, une base indurée dont l'étendue est variable. Certains ne mesurent que quelques centimètres dans leur plus grand diamètre, d'autres recouvrent toute la nuque et la partie supérieure du dos. L'anthrax est *circonscrit*, quand il reste stationnaire lorsque commencent les phénomènes de mortification et d'élimination; *diffus*, quand, à aucune période, ses limites ne sont atteintes, et qu'il progresse, envahissant la peau et le tissu cellulaire.

En plusieurs points de cette nappe livide, sur ce plateau violacé, se montrent des phlyctènes, abondantes surtout vers le centre et distendues par une sérosité roussâtre; elles se crèvent et mettent à nu des plaques de derme quelquefois sphacélées, mais le plus souvent vivantes quoique ecchymotiques et comme macérées; elles se perforent et donnent issue à du pus et aux déchets d'un bourbillon dont la masse affleure l'orifice du cratère. L'aspect est alors caractéristique, et ces pertuis, séparés les uns des autres par un derme décollé, ulcéré, sur le point de tomber en gangrène, ont fait comparer la tumeur à une écumoire: c'est le *furoncle-guêpier*. Lorsque

les téguments sont ouverts et que les bourbillons commencent à s'éliminer, les douleurs, intolérables jusque-là, s'apaisent.

L'élimination est lente : elle a commencé au centre de la tumeur, où les foyers sont plus précoces ; mais vers la périphérie s'ouvrent de nouveaux cratères qui expulsent leur bourbillon ; les bandes de derme qui séparent les orifices voisins, décollées, macérées par la mortification du tissu cellulaire, se gangrènent, et l'ulcération centrale s'agrandit par leur fusion ; cette perte de substance livre passage à des masses mortifiées semblables à celles des phlegmons diffus. Puis le fond se déterge, des bourgeons charnus apparaissent dans les foyers ; la granulation s'accroît, et au bout de six à sept semaines pour les anthrax moyens, de deux mois et plus pour les anthrax volumineux, la réparation est complète ; on a une cicatrice irrégulière et quelquefois d'une coloration brune persistante.

L'anthrax, lorsqu'il est volumineux, évolue au milieu de phénomènes généraux graves ; en même temps que se montrent la rougeur et la tuméfaction, la fièvre s'allume, la température s'élève, la soif est vive, le cerveau se prend, le délire éclate ; puis surviennent des symptômes ataxo-adiynamiques ; le malade peut être emporté avant la mortification des tissus et l'ulcération de la peau. D'autres fois, la suppuration s'établit, mais l'abondance en est si grande, que l'organisme ne peut faire les frais d'une semblable dépense, et le patient meurt avec les signes d'une fièvre hectique. Lorsque l'anthrax est étendu, s'il n'existe pas de tare viscérale, la fièvre est de peu de durée, les phénomènes généraux s'amendent et la guérison survient ; pendant la guerre de Sécession, aux États-Unis, il n'y aurait eu que 11 morts sur 7800 anthrax. Chez nous, le pronostic est plus sévère.

Les complications sont de plusieurs ordres : nous ne parlerons pas des *lymphangites* et des *adénites*, des *érysipèles* qui naissent du foyer sphacélé ; nous n'insisterons pas sur les *suppurations* du tissu cellulaire, fusées purulentes, décollements, abcès circonvoisins fréquents au cours de l'anthrax. Les *phlegmons diffus* ont une certaine gravité ; ce sont eux qui s'accompagnent de phénomènes ataxo-adiynamiques mortels ; ils constituent, avec la *phlébite* et l'*infection purulente*, les plus redoutables accidents qui puissent survenir. Nous savons qu'au cours du furoncle, et à plus forte raison de

l'anthrax, l'inflammation se propage aux plexus veineux si abondants en ces endroits ; elle se communique à la faciale, à l'ophtalmique, aux sinus ; on sent, le long du nez, un cordon veineux induré ; puis apparaissent l'œdème des paupières, l'exophtalmie et les phénomènes cérébraux qui emporteront le malade. Parfois ce sont des collections purulentes que la phlébite provoque dans les grandes séreuses, les articulations, les viscères ; les symptômes de la pyohémie se dévoilent, et l'on trouve, à l'autopsie, des abcès métastatiques.

On a signalé des accidents qui dérivent du siège qu'occupe l'anthrax. Au niveau du cou et sur la paroi thoracique, la tumeur, très développée, provoque l'asphyxie ; sur l'abdomen, la respiration est compromise, mais surtout la défécation et la miction ; lorsque le processus gangréneux est intense, on a vu les parois des cavités splanchniques détruites et les viscères exposés ; des synoviales articulaires ont été ouvertes, et Broca cite deux observations où la colonne vertébrale fut mise à nu ; dans un cas, les membranes du canal rachidien furent ulcérées ; Monod a publié un fait de ce genre ; Denucé a vu une paralysie passagère au cours d'un anthrax du dos.

Le *diagnostic* est simple, et cette tumeur elliptique, en plateau, qui s'élève au-dessus des régions avoisinantes, parsemée de petites vésicules à la base des poils, de phlyctènes, puis de cratères multiples au fond desquels on voit des bourbillons, ne laisse subsister aucun doute : le furoncle n'a qu'un pertuis ; le phlegmon circonscrit ou diffus n'en a pas ; l'ulcération de la peau y est autre, et la perte de substance a un aspect différent. On parle de cas où l'anthrax a pu être confondu avec une pustule maligne, mais, en dehors des commémoratifs, qui, dans certains faits, ont plutôt induit en erreur, l'eschare citronnée de la tumeur charbonneuse, la collerette des vésicules, sont des signes trop précis pour qu'il soit besoin d'insister.

**Traitement.** — Ici, comme pour le furoncle, se pose la question d'intervention. Il semble que l'accord est fait : lorsque la tumeur est limitée et la douleur supportable, on laisse évoluer l'anthrax vers la guérison naturelle ; l'ulcération de la peau et l'élimination du bourbillon seront spontanées. Ce résultat est souvent obtenu par le traitement de Verneuil, les séances prolongées de pulvérisations phéniquées avec la marmite de Championnière ; la douleur s'apaise et la tumeur se circonscrit. Mais si les souffrances sont vives,

si l'on voit chaque jour la tumeur dépasser les limites constatées la veille, on agit, et d'une manière radicale : l'ancienne incision cruciale est jugée insuffisante; le mieux est d'endormir le patient et de creuser, au thermo-cautère, des sillons assez profonds pour atteindre les couches sous-jacentes, assez étendus pour dépasser la base du plateau et les régions indurées, assez multipliés pour qu'ils se succèdent à 2 centimètres les uns des autres. Encore trouvons-nous cet intervalle trop large, et l'on doit ponctionner les tissus entre les sillons. Le thermo-cautère est supérieur à l'instrument tranchant; outre l'énergique révulsion qu'il produit, il évite les pertes de sang; avec le bistouri, l'hémorrhagie causée par des incisions multipliées pourrait être considérable dans ces tissus enflammés, et sur une surface aussi étendue.

L'anthrax, qu'on l'ait ou non incisé, sera recouvert, comme le furoncle, de nombreuses compresses de tarlatane imbibées d'une solution d'acide phénique, d'acide borique ou de sublimé corrosif dont une feuille de gutta-percha laminée empêchera l'évaporation. Le traitement général ne sera pas oublié : on aura recours aux vomitifs, aux purgatifs, s'il existe des troubles gastriques et intestinaux; l'opium et le chloral calmeront les douleurs; il faudra soutenir les forces du malade, qui aura à faire les frais d'une suppuration abondante et longue. Enfin la diathèse, l'état constitutionnel, diabète, azoturie, arthritisme, dont l'anthrax n'est souvent qu'une manifestation, seront traités comme il convient.

## III

## HYDROSADÉNITE

Verneuil a décrit sous ce nom de petites tumeurs inflammatoires de la peau qui se développent dans les glandes sudoripares infectées par le staphylocoque doré, ainsi que l'ont démontré Verneuil et Clado.

On les rencontrerait dans l'aisselle, sur la marge de l'anus, le mamelon, dans le conduit auditif externe, sur le scrotum, les grandes lèvres : ce sont les *abcès tubéreux* de Velpeau. Les furoncles de la paume de la main et de la plante des pieds, régions où l'appareil pilo-sébacé ferait défaut, seraient des hydrosadénites. Pour probables qu'elles soient, les idées de notre maître n'ont pas été constatées

anatomiquement; il leur manque le contrôle d'une discussion contradictoire.

L'hydrosadénite se développe sans réaction vive : on sent, souvent par hasard, une petite tumeur du volume d'un pois ou d'une noisette, dure, peu douloureuse à la pression, adhérente à la peau, mais mobile dans le tissu cellulaire sous-cutané; elle reste stationnaire, puis tout à coup s'échauffe, rougit; les lames conjonctives voisines s'enflamment et la mobilité disparaît; la peau s'ulcère et du pus s'écoule; du moment où la phase aiguë commence, l'évolution est rapide. Ces petites tumeurs viennent souvent en séries, et il n'est pas rare de les voir se succéder en assez grand nombre pour que l'éruption dure plusieurs mois; quelques-unes « avortent », elles s'indurent pour se résoudre plus tard, à moins qu'elles ne se réchauffent sous l'influence de quelque irritation.

On cite des faits d'hydrosadénite *chronique*; il s'agirait de tumeurs indolores, dures d'abord, puis fluctuantes, déposées à froid dans le tissu cellulaire sous-cutané; la peau qui les recouvre se sèche, s'amincit, devient violette, et lorsqu'on les ouvre ou qu'elles s'ouvrent, du pus mal lié s'écoule. Mais ce tableau rappelle trop les *gommés tuberculeuses* pour que de nouvelles recherches ne soient pas nécessaires avant qu'on puisse affirmer ou infirmer l'existence de ces inflammations chroniques. L'incision et l'évacuation de l'abcès sont de règle. Pour éviter ces interminables séries qui se succèdent dans le creux de l'aisselle, il serait bon de laver chaque matin la région avec de l'eau alcoolisée.

## IV

## KÉLOÏDE SPONTANÉE

Nous avons étudié la *kéloïde fausse* qui se développe sur les cicatrices, particulièrement sur celles que laissent les brûlures; la *kéloïde spontanée* se caractérise par des élevures irrégulières, aplaties ou cylindroïdes, sa texture fibreuse, son siège habituel au-devant du sternum, sa tendance à la récurrence. Cette affection est connue depuis les recherches d'Alibert, de Bazin et de Kaposi.

**Étiologie.** — On ignore les causes qui en provoquent l'apparition; peut-être faut-il la confondre avec la fausse kéloïde et se déve-