

donc accepter la théorie de la génération *hétérotopique*, qui, du reste, est plutôt l'exposé d'un fait qu'une explication pathogénique.

Quant à la troisième hypothèse, émise par Verneuil, celle de l'inclusion d'un sac cutané au milieu des tissus, elle n'est plus discutée depuis longtemps : tout le monde admet qu'au niveau de la face et du cou, une fente branchiale peut se refermer sur un diverticule cutané qui continuera à vivre avec ses glandes dont les fonctions ne s'interrompront point : les kystes si fréquents de la queue du sourcil n'ont évidemment pas d'autre origine. Ces derniers ont parfois un contenu huileux. A. Broca et Vassaux en ont rassemblé 29 cas incontestables; cette huile paraît fournie par les glandes sébacées de la paroi et peut-être aussi par dégénérescence des cellules épithéliales dont les granulations graisseuses seraient mises en liberté, « de telle sorte qu'un kyste primitivement caséeux deviendrait huileux par transformation directe de son contenu ».

Les récentes expériences de Masse éclairent d'un jour nouveau la pathogénie des kystes dermoïdes : il introduit avec précaution dans le ventre de jeunes rats blancs des segments de membres inférieurs, des lambeaux de peau enlevés à des nouveau-nés de même espèce; au bout de deux mois, lorsqu'on ouvre la cavité péritonéale, on trouve que ces organes et ces tissus se sont greffés sur la séreuse et se sont transformés en kystes reproduisant de tous points la structure des tumeurs dermoïdes. Ne faut-il pas en conclure, en étendant et généralisant ainsi 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'un traumatisme, d'une cause souvent inconnue, ils prennent un développement rapide et constituent de véritables tumeurs?

DEUXIÈME PARTIE

AFFECTIONS DES TISSUS ET DES ORGANES.

CHAPITRE PREMIER

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA PEAU.

Nous connaissons déjà 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 et souvent très intenses qui peuvent succéder à l'application de certaines substances irritantes maniées souvent en chirurgie, solutions fortes d'acide phénique ou de sublimé corrosif, emplâtres de diachylon, etc., leur intérêt est très 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 longtemps 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 le plus souvent pour donner issue à une petite masse mortifiée, jaunâtre, nommée *bourbillon*.

Étiologie. — Le furoncle est d'une fréquence extrême; il s'observe à peu près 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 particulièrement affectées: Denucé prétend qu'il sévit plus à Bordeaux qu'à Paris. Le tempérament joue un grand rôle et le clou est surtout l'apanage des arthritiques: telle est l'opinion, d'ailleurs indiscutable, 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 furonculose.

Le diabète a une action si directe que dans certains pays, au Brésil par exemple, on conclut presque de l'existence du furoncle à celle de la glycosurie; chez nous, la relation, pour être moins étroite, est cependant très nette et, depuis les observations de Prout, en 1840, Marchal de Calvi d'abord, et après lui tous les cliniciens, ont montré que les éruptions répétées de clous et d'anthrax sont une des manifestations les plus ordinaires des urines sucrées. La glycosurie, d'ailleurs, est assez capricieuse dans ses rapports avec le furoncle; le plus souvent elle précède l'éruption, l'accompagne et persiste après elle, mais, dans quelques cas observés par Vulpian, Broca et beaucoup d'autres, 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 furonculose pour se charger de nouveau de sucre après la guérison.

Marchal de Calvi a montré que l'azoturie a la même influence que le diabète; les goutteux sont fréquemment atteints et l'on connaît fort bien les furoncles « uriques » des podagres et des graveleux. D'ailleurs, toutes les causes de déchéance et de misère physiologique sont regardées comme favorables aux éruptions furonculeuses: la mauvaise nourriture, l'encombrement, la vie de caserne pour les recrues, les fatigues excessives, le surmenage, les préoccupations morales. Elles apparaissent encore dans les troubles digestifs, sur-

tout dans les constipations rebelles, au déclin et 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 furonculeuses analogues à celles qu'ont décrites Tholozan et Cazin.

Les causes générales que nous venons d'énumérer ont, pour la plupart, une influence incontestable, mais elles se doublent presque toujours de causes locales qui marquent, pour ainsi dire, le point où le furoncle va se développer: d'abord toutes les irritations possibles 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 bords se dessèchent ou 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 en premier lieu, puis 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, plus tard, défendit cette opinion; pour lui, les pelotons celluloso-adipeux enflammés s'étranglent dans la trame du derme; ils se mortifient et constituent le bourbillon; Hénocque, 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 surtout au niveau du tissu aréolaire dont les pelotons adipeux ont disparu pour faire place à de petites collections purulentes? Autre est la théorie de Gosselin: c'est bien aussi 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 alors le produit pseudo-membraneux sécrété par les parois et le furoncle deviendrait l'équivalent d'un hygroma aigu.

Ces diverses théories n'ont eu qu'un succès médiocre et on leur préfère l'opinion défendue par Richet, Denucé et Trélat : le furoncle se développe dans l'appareil pilo-sébacé de la peau, siège primitif de l'inflammation ; le bourbillon est un amas fort 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 souvent un poil implanté au sommet du furoncle qui, d'ailleurs, succède fréquemment à l'acné dont on connaît le siège. Et le clou ne naît-il pas uniquement dans les régions où existent des glandes pilo-sébacées, à la face dorsale des doigts et de la main surtout, 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 faudrait-il admettre, comme cause du clou, à défaut de glandes sébacées, l'inflammation des glandes sudoripares ; n'est-ce pas elle, d'ailleurs, qui constitue, 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? Verneuil irait même plus loin : avec son élève Danielpoulo, il croit que certaines muqueuses peuvent être le siège de furoncles nés de glandules. Mais on ne s'est pas encore 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 la théorie pathogénique exposée ci-dessus, et on admet assez généralement 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, introduit dans l'appareil pilo-sébacé, provoque le furoncle, comme il donne naissance, sur l'épiderme péri-égunal, à la tourniole, au phlegmon dans le tissu cellulaire et à l'ostéo-myélite sous le périoste.

À côté des faits expérimentaux observés par Socin, on peut invoquer, en faveur de la théorie microbienne, un certain nombre d'arguments : 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 des plus nettes? Autour d'un furoncle central se développe alors une pléiade de furoncles secondaires nés du premier, et cela surtout lorsque le patient s'est gratté, insérant ainsi, grâce aux excoriations de la peau, les corpuscules infectieux jusque dans les follicules voisins.

Symptômes. — Le furoncle débute par une petite élevation rouge semblable à un point d'acné : au sommet, où d'ordinaire s'implante un poil, est une petite vésicule remplie d'un liquide séro-purulent et séro-sanguinolent, déchirée spontanément ou lorsque le malade se gratte. Mais déjà la tuméfaction s'accroît, la base indurée et légèrement œdémateuse dans certaines régions, s'élargit ; sa pointe se surélève ; au prurit, à la démangeaison des premiers jours, succèdent une sensation de tension, une douleur contusive, lancinante, dont parfois 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. Alors, par la pression sur la tumeur ou par une traction avec une pince, on peut énucléer cette masse mortifiée, cette « eschare glandulaire », selon l'expression de Trélat ; si le chirurgien n'est pas intervenu pour hâter cette 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 jusqu'alors était fort vive, cède, la tuméfaction s'affaïsse, la rougeur diminue, la cavité s'oblitére, la cicatrisation se fait et, du huitième au douzième jour, on ne trouve plus qu'une peau encore indurée et violette; elle reprend à la longue sa souplesse et sa couleur normales.

Telle est l'évolution classique 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 de suppuration et d'élimination bourbillonneuse fait défaut; il reste une induration violacée fort longue à se résoudre complètement. Dans d'autres, au contraire, les phénomènes inflammatoires dépassent les limites habituelles; le tissu cellulaire sous-jacent est atteint et un véritable phlegmon circonscrit apparaît. Le phénomène douleur est des plus variables, et si parfois il est assez intense pour provoquer même du délire, on a vu des furoncles très volumineux parcourir leurs périodes sans déterminer autre chose qu'une tension et de la gêne dans les mouvements.

Les complications sont fort rares: nous avons parlé du phlegmon circonscrit, nous pourrions ajouter l'adénite des groupes ganglionnaires correspondants. Verneuil a vu aussi, dans un cas, la bourse séreuse olécrânienne ouverte, et dans un autre, un hygroma suppuré du genou, provoqué par un furoncle adjacent. — Le pronostic serait donc des plus simples si, d'une part, les éruptions fréquentes ne révélaient souvent l'existence d'un état général médiocre ou mauvais, et si, d'autre part, les furoncles de certaines régions ne prenaient parfois une marche singulièrement alarmante et ne provoquaient la mort dans un nombre de cas malheureusement assez considérable: nous voulons parler du furoncle de la région cervico-faciale et en particulier de la lèvre supérieure, de beaucoup le plus dangereux.

Il existait déjà dans la science des observations qui montraient la gravité de ces furoncles, lorsqu'en 1860 parut le mémoire de Trüde, qui attira vivement 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, pour expliquer ces faits inattendus, une malignité particulière, une virulence pseudo-charbonneuse, puis les altérations profondes des viscères, la coexistence de dyscrasie, d'albuminurie, de diabète. Ces dernières causes ont une influence incontestable, mais il n'en reste pas moins établi que le mécanisme de la mort est le suivant: les riches 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 redoutable complication. Parfois la phlébite engendre une véritable infection purulente qui amène la mort.

Traitement. — On a préconisé un grand nombre de moyens pour faire « avorter » le furoncle: les personnes qui y sont sujettes savent facilement reconnaître, à certaines sensations particulières, ceux des petits boutons de la peau qui menacent de donner naissance à des clous; depuis Bretonneau, leur cautérisation très 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 récemment 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 piqûre du follicule pileux avec une aiguille rougie et l'incision précoce. Nous ne croyons guère à l'efficacité de ces derniers 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 seulement 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. L'opération n'est faite qu'une fois et donnerait des succès

remarquables : la guérison des plus gros furoncles est obtenue en huit ou dix jours.

Souvent le mieux est de laisser le furoncle évoluer tranquillement, 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 beaucoup la douleur. Ces topiques sont préférables à un cataplasme, dont les bords durcissent souvent 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 fort vive.

Dans les furoncles de la face, où de si graves accidents sont à craindre, quelle conduite tenir? — L'expectation? L'intervention? De statistiques assez régulières il semble ressortir que la mortalité est moindre lorsque la tumeur a été largement débridée au thermocautère; 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 remarquables 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 rigoureux sera toujours nécessaire, et l'on établira tout d'abord le traitement de la maladie principale dont on aura reconnu l'existence; on a vu, dans le diabète, les éruptions furonculeuses 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 fort 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.

II

ANTHRAX.

L'anthrax est une inflammation parfois diffuse, dont le siège originel est sans doute 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 sous-jacent, par sa tendance à la mortification et, trop souvent, par la gravité des phénomènes généraux qui l'accompagnent.

Son histoire a été longtemps 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 nettement délimité, et l'on reconnut l'indépendance absolue de l'anthrax, dont Dupuytren, puis Nélaton et Gosselin, Richet, Denucé, Broca et Trélat essayèrent de fixer 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 graves caractères que peuvent revêtir les furoncles et les anthrax de la région cervico-faciale. Trélat a donné une bonne description générale de l'anthrax dans le dictionnaire de Dechambre.

Étiologie. — Elle se confond trop intimement avec celle du furoncle pour que nous insistions; il y aurait à incriminer les mêmes causes générales et les mêmes causes locales; nous répéterions ce que nous avons déjà 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 retrouverions les mêmes influences d'âge, de saisons, de climats; 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 considérées comme valables pour l'anthrax, et le microbe de l'un serait aussi le microbe de l'autre. Donc, pour tout 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 en même temps une chaleur âcre et mordicante de la peau, une douleur très vive qu'exaspère la pression, et une rougeur qui siège le plus souvent à la nuque et au dos, mais qu'on rencontre aussi 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 une sorte d'œdème inflammatoire résistant, une base indurée dont l'étendue est très variable. Si certaines tumeurs ne mesurent que quelques centimètres dans leur plus grand diamètre, il en est d'autres qui recouvrent, par exemple, toute la nuque et la partie supérieure du dos. L'anthrax est *circonscrit*, quand il ne grandit pas, 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 toujours, envahissant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Bientôt, en plusieurs points de cette nappe livide, sur cette sorte de plateau violacé, se montrent des phlyctènes, abondantes surtout vers le centre et distendues par une sérosité sanguinolente et roussâtre; elles se crèvent et mettent à nu des plaques de derme quelquefois sphacélées, mais le plus souvent vivant encore quoique ecchymotiques, et comme macérées; elles se perforent et donnent issue à du pus et aux débris d'un bourbillon dont on voit la masse affleurer l'orifice du cratère. L'aspect est alors caractéristique et ces pertuis plus ou moins nombreux, parfois régulièrement espacés et 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-guépier* de quelques auteurs. Lorsque les téguments sont ainsi ouverts et que les bourbillons commencent à s'éliminer, les douleurs, souvent intolérables jusque-là, s'apaisent, et pour les réveiller il faut une pression ou un mouvement intempestif.

L'élimination est souvent très lente : elle a commencé au centre de la tumeur, où les foyers sont plus précoces; mais vers la périphérie s'ouvrent sans cesse de nouveaux cratères qui expulsent leur bourbillon; les bandes de derme qui séparent les orifices voisins, décollées, macérées par la mortification du tissu cellulaire sous-

jacent, se gangrènent, et l'ulcération centrale s'agrandit ainsi par la fusion des pertuis; cette perte de substance livre passage à des masses mortifiées abondantes et semblables à celles qu'on rencontre dans les phlegmons diffus. Puis le fond se déterge peu à peu, des bourgeons charnus apparaissent non seulement dans le foyer principal mais dans les foyers périphériques; la granulation s'accroît, et au bout de six à sept semaines pour les anthrax d'étendue moyenne, 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.

En dehors des complications que nous aurons à signaler, l'anthrax évolue souvent, surtout lorsqu'il est volumineux, 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, la surface sécrétante telle, que l'organisme ne peut faire les frais d'une semblable dépense, et le patient meurt avec tous les signes d'une fièvre hectique. D'ordinaire même, lorsque l'anthrax est étendu, s'il n'existe pas de tare viscérale, quelque déchéance organique profonde, la fièvre est de peu de durée, les phénomènes généraux s'amendent et la guérison survient; si nous en croyons la statistique dressée pendant la guerre de Sécession, aux États-Unis, il n'y aurait eu que onze morts sur sept mille huit cents cas d'anthrax. Chez nous, le pronostic est certainement plus sévère.

Les *complications* sont de plusieurs ordres : nous ne parlerons pas des *lymphangites* et des *adénites*, des *érysipèles* étendus qui naissent du foyer sphacélé; nous n'insisterons pas sur les *suppurations* du tissu cellulaire, fusées purulentes, décollements, abcès circonvoisins assez fréquents au cours de l'anthrax : les *phlegmons diffus* ont une extrême gravité; ce sont eux qui s'accompagnent de ces phénomènes ataxo-adiynamiques mortels que l'on observe parfois; ils constituent avec la *phlébite* et l'*infection purulente* les plus redoutables accidents qui puissent survenir. La phlébite, nous la connaissons déjà pour en avoir parlé à propos du furoncle de la région cervico-faciale. 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'exophthalmie et les phénomènes cérébraux qui emporteront le malade. Parfois ce sont des collections purulentes que la phlébite va provoquer au loin 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, a pu gêner la respiration et provoquer l'asphyxie; sur l'abdomen la respiration est compromise, mais surtout la défécation et la miction; lorsque le processus gangreneux est intense, on a vu les parois des cavités splanchniques détruites et les viscères exposés; des synoviales articulaires ont été ouvertes aussi, et Broca cite deux observations où la colonne vertébrale fut mise à nu; dans un de ces deux cas les membranes du canal rachidien furent même ulcérées; Monod vient de publier un fait de ce genre; Denucé a vu une paralysie passagère au cours d'un anthrax du dos.

Le *diagnostic* est en général des plus simples, 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 saurait laisser subsister aucun doute: le furoncle n'a qu'un pertuis; le phlegmon circonscrit ou diffus n'en a pas; du moins l'ulcération de la peau y est tout autre, et la perte de substance a un aspect absolument 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. D'une discussion de la Société de chirurgie, il semble ressortir que l'accord est fait, en France, du moins. 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. Mais si les souffrances

sont vives, surtout 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 deux centimètres les uns des autres. Encore trouvons-nous cet intervalle trop large, et l'on doit ponctionner çà et là 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'hémorragie causée par des incisions multipliées pourrait être considérable dans ces tissus enflammés et sur une surface aussi étendue. Pour éviter l'effusion du sang, il est vrai, on emploierait la méthode sous-cutanée préconisée par A. Guérin: le morcellement, le broiement de la tumeur pratiqué sous la peau à l'aide d'un ténotome; ou bien, à l'exemple des chirurgiens de Bordeaux et de Chartres, on pourrait d'abord inciser la tumeur, puis, l'opération terminée, faire, sur les surfaces cruentes, des applications de caustiques chimiques: pâte de Vienne, chlorure de zinc, perchlorure de fer. A tous ces procédés, nous l'avons dit, nous préférons l'usage du thermo-cautère.

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 vraiment des troubles gastriques et intestinaux; l'opium et le chloral calmeront les douleurs trop intenses; il faudra soutenir les forces du malade, qui aura sans doute 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. 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, en un mot sur tout le tégument externe. Les furoncles de la paume de la main et de la plante des pieds, régions où l'appareil pilo-sébacé fait défaut, seraient des hydrosadénites. Disons néanmoins que, 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 en général sans réaction bien 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 ainsi quelque temps stationnaire, puis tout à coup s'échauffe, rougit; les lames conjonctives voisines s'enflamment et la motilité disparaît; la peau s'ulcère et du pus s'écoule au dehors; du moment où la phase aiguë commence, l'évolution est rapide. Malheureusement, 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; parfois quelques-unes « avortent », elles s'indurent pour se résoudre plus tard, à moins qu'elles ne se réchauffent sous l'influence de quelque irritation, par exemple si le malade se gratte avec excès.

On cite quelques faits d'hydrosadénite *chronique*; il s'agirait de petites 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 souvent mal lié s'écoule à l'extérieur. Mais ce rapide tableau rappelle trop les *gommes tuberculeuses* pour que de nouvelles recherches ne soient nécessaires avant qu'on puisse affirmer ou infirmer l'existence de l'inflammation chronique des

glomérules sudoripares. Le traitement ne saurait être influencé par ces considérations d'ordre pathogénique, et qu'on ait affaire à un cas chronique ou à un cas aigu, l'incision et l'évacuation de l'abcès sont de règle. Pour éviter ces interminables séries qui se succèdent trop souvent dans le creux de l'aisselle, il serait bon de laver chaque matin la région avec de l'eau légèrement alcoolisée.

IV

KÉLOÏDE SPONTANÉE.

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

Étiologie. — On ignore les causes qui en provoquent l'apparition; on sait seulement qu'elle naît de préférence sur un terrain scrofuleux; mais, dans bien des cas, Hardy n'a pu trouver sur ses malades la moindre trace de lymphatisme; elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, dans la jeunesse et à l'âge adulte que dans l'enfance, où cependant on en a observé quelques cas; les kéloïdes de la vieillesse sont des tumeurs persistantes et déjà développées depuis longtemps. Elles ne s'implantent pas indifféremment sur tous les points de la peau : la région présternale est de beaucoup la plus souvent atteinte, puis viennent les parties latérales du thorax, le dos, le cou, la nuque, enfin la face, les épaules, la conjonctive même, d'après Verneuil. Lorsque la tumeur est multiple et frappe simultanément divers points, ce qui est fort rare, il existe toujours une kéloïde de la région présternale.

Anatomie pathologique. — La structure de la kéloïde diffère selon les phases de son évolution; lorsque la tumeur est encore jeune, son tissu mou, élastique, blanc rosé, est presque uniquement constitué par des éléments fusiformes dont les amas sont parcourus par de riches réseaux capillaires. Peu à peu la trame devient plus