

Traitement du furoncle, du charbon et de l'anthrax, in *Deutsche Med. Woch.*, 1883.  
— OLAVIDE, *Ann. de derm.*, 1883.

Thèses de Strasbourg. — 1811, BORIE. — 1866, CLARENCE.

Thèses de Paris. — 1812, VERGNIER. — 1813, CODET. — 1865, COUGOURENT. — 1866, MARSOO. — 1868, DANIELOPOULO. — 1869, LUTIER. — 1870, ANDRIEUX. — 1872, HALPRYN. — 1873, SABBAÏDÈS. — 1874, LEBATTUT. — 1875, PÈRÈS-GARCIA. — 1877, BOUROTTE, CHABERT. — 1878, LAMARQUE, DARRICARRÈRE, SCHMUTZ. — 1878, GONZAGUES. — 1880, VAILHE.

Thèse de Bordeaux. — 1882, AUDIÉ.

**Définition.** — FOLLIN définit l'anthrax : « Une inflammation spéciale du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, qui ressemble au furoncle par sa constitution anatomique, mais en diffère par une forme aplatie, un volume plus considérable, et surtout par des symptômes généraux graves. »

Nous conserverons cette définition, basée uniquement sur des symptômes; elle ne présume rien de la nature de la maladie et partant laisse le champ libre à toutes les opinions.

**Étiologie.** — « Nous connaissons peu les causes de l'anthrax », disait FOLLIN; il faut bien avouer qu'à l'heure actuelle les notions que nous avons ne sont pas beaucoup plus précises, aussi les auteurs ont-ils recours aux causes banales.

1° *Influence saisonnière.* — L'anthrax serait surtout commun en été et en automne (DESPRÈS).

2° *Sexe.* — Les hommes, dit-on, sont plus sujets à l'anthrax que la femme.

3° *Age.* — L'anthrax se montre surtout chez les enfants et les vieillards (FOLLIN); il est plus fréquent chez l'adulte et les vieillards (TERRIER).

Ces différentes observations n'ont pas fait avancer la question. La plupart des auteurs s'accordent pour admettre que l'anthrax paraît particulièrement sérieux chez les individus affaiblis par les excès, le surmenage, ou débilités par les privations de tout genre. Excès et travail forcé s'associent souvent; de là, dans quelques circonstances, une gravité toute spéciale du pronostic.

CHESELDEN, le premier (1768), a signalé la coïncidence du diabète et de l'anthrax. Depuis (1840), PROUT en Angleterre et MARCHAL (de Calvi), en France, ont insisté sur les rapports qui relient ces deux affections. Nombre d'observations tendent à faire de l'anthrax un accident constant de la méliurie; cette coïncidence a été fort discutée. Sur trente-cinq cas d'anthrax, HALPRYN trouve à peine un quart de diabétiques, et, dans une série de vingt-neuf observations, DESPRÈS ne signale que deux cas de diabète. D'après JACCOUD, l'anthrax, au Brésil, serait un mode de début du diabète. On a enfin signalé sa présence dans le cours de la peste et de la fièvre jaune.

**Symptômes.** — L'apparition de l'anthrax est d'ordinaire annoncée par des troubles généraux, analogues à ceux qui précèdent les fièvres graves : malaise, inappétence, courbature, mouvement fébrile plus ou moins accusé. Puis, en un point quelconque apparaît une tuméfaction circonscrite, d'un rouge foncé, dure et douloureuse. Les malades y ressentent de très vifs élancements. Loin de s'atténuer, la fièvre augmente au contraire d'intensité. Cette tumeur s'accroît lentement; il lui faut au moins huit ou dix jours pour arriver à son

complet développement. C'est alors une masse du volume d'une noix ou d'un œuf de poule, de consistance ferme, ayant un aspect brun rougeâtre ou violacé. L'induration s'étend jusqu'à la périphérie du gonflement, où elle se limite parfois brusquement (anthrax circonscrit); dans d'autres cas on observe un œdème diffus, avec rougeur intense mal limitée (anthrax diffus). Les douleurs sont très vives, lancinantes; la plus petite pression, le moindre attouchement les exaspère. Dans certaines circonstances, les souffrances sont presque nulles. Déiez-vous de ces formes larvées, elles sont fréquentes chez les diabétiques et ces cas sont graves. Les phénomènes généraux prennent vite une grande importance. Le malade est abattu, la fièvre vive. Rapidement, sur la partie proéminente de la tumeur se forme une escarre dont la chute donne lieu à une solution de continuité; dans d'autres circonstances, au lieu d'une escarre, on voit apparaître des phlyctènes remplies d'un liquide séro-sanguinolent. Ces vésicules s'ulcèrent, leur réunion forme une ouverture analogue à celle produite dans le cas précédent. Par là s'échappe un pus sanieux, puis bientôt apparaissent des portions de tissu cellulaire sphacélé (bourbillon), qui se détachent par fragments et avec lenteur. Dans les furoncles ordinaires, dès que le bourbillon est expulsé, la douleur diminue. Les phénomènes généraux s'amendent. Peu de jours après, des bourgeons charnus se forment au fond du cratère. Alors commence la période de réparation. Habituellement, la cicatrice présente des dimensions beaucoup plus petites que n'aurait pu le faire supposer l'aspect de la perte de substance.

Malheureusement, cette marche régulière n'est ni constante, ni fatale; dans certains cas d'anthrax malin, on voit parfois le pus décoller au loin les téguments et la peau se gangrener. Loin de s'amender, les symptômes généraux augmentent de gravité; la diarrhée, les sueurs profuses affaiblissent le malade, et la mort vient terminer ce lugubre tableau.

**Complications.** — Telle est la marche normale de l'anthrax, mais il n'est pas rare de voir des accidents mortels survenir brusquement. Depuis longtemps l'attention des chirurgiens a été attirée sur ces cas; de là les noms d'*anthrax malin*, *anthrax charbonneux* qu'ils avaient donnés à la maladie. Pour expliquer ces accidents, plusieurs théories ont été émises. Les auteurs anglais du commencement du siècle, HARVEY, LUDLOW, THOMAS SCHMITT, STANLEY et LLOYD, invoquent l'existence d'un virus, de nature essentiellement maligne, analogue au virus charbonneux; cette théorie est acceptée plus tard par la Société de médecine de Berlin, en particulier par WIRCHOW, SCHULTZ, WEBER. Puis on fait intervenir la glycosurie; enfin les travaux de FOLLIN, DUBREUIL, TRÉLAT, VERNEUIL, leurs observations et celles de leurs élèves établissent sur des bases incontestables l'importance des phlébites intercurrentes. Nous avons expliqué dans le paragraphe précédent le mécanisme par lequel se produisent alors les accidents.

**Diagnostic.** — En général, le diagnostic de l'anthrax ne présente pas de grandes difficultés. Pendant les premiers temps de son développement, il est quelquefois confondu avec un furoncle ou avec un phlegmon. L'erreur, de peu d'importance dans le premier cas, pourrait devenir grave dans le second. Toutefois, certains caractères permettront au chirurgien d'établir le diagnostic. La

région sur laquelle va se développer un phlegmon se montre tout d'abord empâtée, on ne trouve pas dès le début cette dureté spéciale que nous avons signalée pour l'anthrax; l'induration des parties ne se montre dans le phlegmon qu'après la période d'empatement. De plus, ainsi que le fait remarquer GOSSELIN, dans l'anthrax les ouvertures par où s'écoulera le pus s'établissent avant que ce dernier soit collecté; dans le phlegmon, la collection purulente est formée depuis longtemps lorsque les téguments s'ulcèrent.

**Pronostic.** — L'anthrax occasionne rarement la mort des malades; toutefois les douleurs fort vives qui l'accompagnent, l'état de prostration dans lequel tombent les patients, les vastes pertes de substance et les cicatrices vicieuses qui en résultent en font une affection chirurgicale des plus sérieuses. La durée moyenne est de six semaines à deux mois.

**Traitement.** — Deux indications principales se présentent au chirurgien, en pareille circonstance : calmer la douleur et s'opposer au développement de la maladie.

Contre l'élément douleur, les préparations les plus bizarres ont été conseillées. Les seules à employer sont les cataplasmes simples ou chargés de substances médicamenteuses et les bains antiseptiques; lorsque les parties le permettront, ces derniers rendront de véritables services. Il ne faut pas oublier les injections hypodermiques de morphine, si utiles pour donner quelque repos aux malades.

Les topiques locaux sont absolument impuissants à arrêter l'accroissement du mal; reste l'intervention chirurgicale.

Ici se pose une grave question. Doit-on inciser les anthrax ou les abandonner à eux-mêmes? L'incision cruciale large, proposée par DUPUYTREN, prônée par VELPEAU, BÉRARD, DENONVILLIERS, pratiquée de nos jours par plusieurs chirurgiens, compte actuellement de nombreux adversaires et, parmi eux, des hommes d'une incontestable valeur, comme PAGET en Angleterre, GOSSELIN et DESPRÉS en France. Les partisans de l'incision lui reconnaissent les avantages suivants : 1° arrêter le développement de l'anthrax; 2° faire cesser la douleur; 3° hâter la marche de la cicatrisation; 4° l'opération est absolument inoffensive. Les adversaires de la méthode, PAGET entre autres, se basant sur des faits certains et bien observés, affirment que l'incision n'arrête en rien la marche de l'anthrax et qu'elle ne soulage pas toujours. Les anthrax très douloureux cependant, ceux qui forment ces masses dures et charnues, peuvent être incisés du deuxième au troisième jour; les débrider plus tard est parfaitement inutile. De plus, loin de hâter la cicatrisation, l'intervention chirurgicale la retarderait et exposerait à des accidents graves (érysipèle, phlébite, pyohémie, infection purulente). Enfin, en entraînant une perte de sang, l'incision peut être l'occasion de désordres sérieux, les malades porteurs d'anthrax étant d'ordinaire affaiblis et surmenés.

Dans une question de ce genre, les exagérations sont dangereuses; au milieu des idées contradictoires, il est bon d'avoir une ligne de conduite. La thérapeutique adoptée par VERNEUIL nous semble des plus rationnelles; nous nous y rallions pleinement. « Il n'y a pas un anthrax, dit ce professeur, il y en a des anthrax; avant de chercher de quelle manière il convient le mieux d'in-

ciser, cherchons d'abord s'il faut inciser. Il est des cas où l'incision est nécessaire; d'autres où il vaut mieux s'abstenir. Les anthrax des membres, généralement bénins, n'ont pas besoin d'être incisés. Il en est de même, quelle que soit la région qu'ils occupent, des petits anthrax nettement circonscrits, mais lorsqu'ils sont d'un volume moyen; à *fortiori* lorsqu'ils sont volumineux; lorsque, quoique de petit volume, ils sont douloureux; enfin, lorsqu'il s'agit de ces anthrax qui ont de la tendance à la dissection, à l'extension, il faut inciser. L'anthrax est-il petit, circonscrit mais très douloureux, l'incision est le meilleur moyen de faire cesser la douleur. L'anthrax est-il diffus, à tendance envahissante, mais indolent, ce qui a lieu souvent chez les diabétiques et les alcooliques, de larges et profondes incisions sont le seul moyen d'en arrêter la marche envahissante. A plus forte raison, les incisions sont-elles indiquées lorsque ces deux conditions se trouvent réunies ». L'incision étant décidée, doit-on employer le bistouri ou le fer rouge? On peut d'ordinaire se servir du bistouri; lorsque l'anthrax a une grande étendue, si l'on redoute l'hémorragie ou les complications purulentes du côté des veines, le fer rouge sera préférable. Les chirurgiens de Lyon, VALETTE et DESGRANGE en particulier, ont depuis longtemps abandonné l'instrument tranchant pour ne plus employer que le fer rouge. « Nous avons, dit VALETTE, pour guérir l'anthrax quand il n'est pas lié à une maladie constitutionnelle, un spécifique infaillible, plus infaillible encore que le sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes, ce spécifique c'est le fer rouge. Si vous l'appliquez à temps, et d'une manière convenable, vous arrêterez constamment la marche de la maladie. » L'appareil instrumental pouvait autrefois effrayer le malade; aujourd'hui, avec le thermo-cautère, rien de plus simple. Voici pour ce cas la manière de faire de VERNEUIL. « Dans les anthrax volumineux de la nuque et du dos, parfois si douloureux, on fait partir les cautérisations du cratère qui marque le sommet de l'anthrax, et on les prolonge au delà de la zone malade dans la zone saine de 0<sup>m</sup>,01 au moins; puis, près de la zone saine, entre les rayons de cautérisation, on plonge le thermo-cautère à une profondeur de 0<sup>m</sup>,02 à 0<sup>m</sup>,03. Dans les anthrax des lèvres, il ne faut pas craindre d'enfoncer profondément l'instrument; la cautérisation, ici, doit consister surtout en ponctions profondes et nombreuses. La cautérisation doit être des plus énergiques; vu la dureté de l'anthrax elle est parfois des plus pénibles. La cautérisation calme tout à fait les douleurs parfois si vives de l'anthrax, elle dégorge rapidement les tissus, la tumeur diminue en peu de temps comme par enchantement, on ne voit jamais après elle survenir de complication fatale comme après l'incision. » En terminant, nous rappelons que J. GUÉRIN avait conseillé l'incision sous-cutanée, et BROCA l'extirpation complète de la tumeur, procédé tombé dans l'oubli. En 1881, cependant, LE FORT a proposé à la Société de chirurgie un traitement de l'anthrax par le curage, qui rappelle un peu l'extirpation de BROCA. La méthode consiste, une fois les incisions faites, à enlever séance tenante avec une curette tranchante tous les exsudats et tous les bourbillons qui distendent les mailles du tissu cellulo-adipeux. Par ce procédé, que LE FORT a rapporté de Saint-Petersbourg, sur trois cas il a obtenu trois succès; le curage devant être poussé aussi loin que possible, le chloroforme est indispensable.

## § 3. — Hydrosadénite

SYNONYMES. — Abscess tubéreux (VELPEAU). — Abscess sudoripares (VERNEUIL)

**Définition. Sièges.** — Sous cette dernière dénomination, VERNEUIL décrit de petits abscess sous-dermiques, dont il place le siège dans les glandes sudoripares, et auxquels leur forme avait fait donner par VELPEAU le nom d'abscess tubéreux. Cette dénomination nous semble préférable; elle ne laisse rien préjuger du siège anatomique de la maladie dont la localisation dans les glandes sudoripares ne paraît pas suffisamment démontrée. C'est cependant dans les régions où ces glandes sont le plus abondantes, là où elles acquièrent leur développement le plus considérable que ces petites collections purulentes se rencontrent de préférence. Leurs sièges principaux sont : l'aisselle, la marge de l'anus, l'aréole du mamelon, le périnée, le scrotum, le conduit auditif externe; on les trouve même parfois sur les membres (VERNEUIL). La tumeur, toujours sous-cutanée, progresse de dedans en dehors.

**Étiologie.** — Toutes les causes qui déterminent une irritation du côté des téguments, la malpropreté, les frottements, les applications irritantes peuvent être l'origine de l'apparition de l'hydrosadénite; ces causes agiraient surtout chez les herpétiques (VERNEUIL). Le fait s'explique par le prurit qui accompagne presque constamment les irritations de la peau chez ces sujets; ce prurit les force à se gratter et augmente encore l'irritation des tissus.

**Symptômes.** — Il est difficile de tracer un tableau clinique qui réunisse les principaux caractères de ces abscess, car leur aspect varie suivant les régions. En général, ils représentent de petites tumeurs dont le volume oscille entre celui d'un pois et celui d'un œuf de pigeon. L'affection débute par un point induré dans le tissu cellulaire sous-cutané; peu intenses tout d'abord, les douleurs augmentent vers le troisième ou le quatrième jour. La tumeur est alors adhérente à la peau qui ne tarde pas à devenir rouge. Les mouvements de la région sont gênés, la fluctuation est difficile à percevoir. Il faut cependant se hâter pour donner issue au pus, sinon la peau s'ulcère, accident après lequel la cicatrisation se fait lentement et avec de grandes difficultés. Parfois même persistent des suintements séreux qui, au niveau de la marge de l'anus, peuvent devenir l'origine de fistules et de fissures.

**Diagnostic.** — L'hydrosadénite constitue une affection facile à reconnaître d'ordinaire. On ne peut guère la confondre qu'avec le furoncle ou l'ecthyma; les caractères suivants permettront d'éviter l'erreur. Dans le furoncle et l'ecthyma, l'induration commence par les téguments pour envahir ensuite les tissus sous-jacents. Dans l'abscess tubéreux au contraire, l'induration commence toujours par le tissu cellulaire et ne se propage à la peau qu'après un certain temps.

**Pronostic, traitement.** — L'hydrosadénite ne présente aucune gravité, et si l'incision est pratiquée de bonne heure, tout rentre rapidement dans l'ordre. Pendant les premiers jours on appliquera quelques émollients, puis,

dès que la tumeur sera amincie, on la traversera avec la pointe d'un bistouri ou d'une lancette.

## CHAPITRE II

## TUMEURS HYPERTROPHIQUES DE LA PEAU

1<sup>o</sup> TUMEURS HYPERTROPHIQUES DE L'ÉPIDERME

**Bibliographie.** — LETELLIER, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1836. — GIMELLE, *Ibid.*, 1844. — MACPHERSON, *Lond. Med., Gaz.*, 1844. — WARREN, *Surgic. Observ. on Tumours*, Boston, 1848. — FOLLIN, *Véget. des cicatr.*, in *Gaz. des Hôp.*, 1849. — BAZIN, *Revue méd.*, 1857. — VERNEUIL, *Gaz. des Hôp.*, 1858. — ORY, *Bull. de la Soc. anat.*, 1875. — TRÉLAT et CARTAZ, *Progrès méd.*, 1876. — NEELSEN, *Arch. f. klin. Chir.*, t. XXIV, p. 845, 1880. — RIGAL, *Ann. de derm.*, 1881, p. 491. — BABESIU, in *Ibid.*, 1882, p. 50. — CLUTTON, in *Ibid.*, 1883, p. 473. Thèses de Paris. — 1850, FIRMIN. — 1856, LHONNEUR. — 1877, LIRON. — 1881, DELPECH. Consultez en outre les *Traité des maladies de la peau* et l'article de HARDY, in *Dict. de méd. et chir. prat.*, et celui de BAZIN, in *Dict. encycl.*

Dans ce groupe, nous étudierons les *durillons*, les *cors* et les *cornes*.

1<sup>o</sup> *Durillons. Callosités.* — Ce sont de petites productions constituées par un épaississement local du tissu épidermique. La cause principale du développement de cette affection est le frottement répété; une saillie osseuse faisant plan résistant dans le point où la compression s'exerce, constitue une circonstance des plus favorables à l'apparition des callosités. De là leur fréquence au niveau des orteils, à la main, etc. Dans un certain nombre de professions, les ouvriers sont obligés d'appuyer leurs instruments contre tel ou tel point du corps, ainsi se forment des callosités dont la connaissance est des plus utiles en médecine légale.

Le durillon se présente sous l'aspect d'une masse de couleur jaunâtre, d'apparence cornée, de consistance dure; il est sec, coriace ou cassant (KAPOSI); à sa surface on reconnaît facilement les sillons de la peau, bien qu'ils soient moins apparents que dans les parties voisines. Les callosités qui existent constamment dans la main des manœuvres offrent un aspect analogue; à leur niveau, on constate une diminution manifeste de la sensibilité. Fréquemment à leur surface se forment des crevasses, qui facilement deviennent assez douloureuses pour gêner les mouvements des doigts; au-dessous se rencontre d'ordinaire une petite bourse séreuse qui peut facilement s'enflammer (*durillon forcé*). L'inflammation se propage alors rapidement au dos de la main; par suite de la disposition anatomique des plans, à la face palmaire, au contraire, il n'existe ni rougeur, ni tuméfaction. Si l'on abandonne la maladie à elle-même ou si le médecin attend l'apparition de la fluctuation, il se produira des décolle-