on peut exciser aux ciseaux toutes les parties malades. Il y a longtemps que cette opération a été faite par Blakley. En 1881, Le Fort a raconté à la Société de chirurgie qu'il avait vu des chirurgiens russes enlever l'anthrax à la curette après l'avoir incisé; lui-mème s'était bien trouvé de cette pratique. L'extirpation proprement dite, pratiquée comme celle d'une tumeur, a été proposée par Paul Broca à la Société de chirurgie en 1865, et elle a été adoptée en principe par U. Trélat pour certains anthrax rapidement envahissants. En 1881, L. Labbé en a précisé une indication, pour les anthrax ligneux, trop durs pour être bien incisés au bistouri; l'incision n'atteint qu'à grand'peine la limite profonde du mal, et de plus, une fois qu'elle est pratiquée, elle n'a aucune tendance à bâiller, et ne donne issue à aucune parcelle purulente ou bourbillonneuse.

Tels sont les méthodes et procédés auxquels on a eu recours. Il reste à établir quelles sont les indications respectives de chacun, et sur ce sujet les discussions sont anciennes et nombreuses. Cette question a occupé l'Académie de médecine en 1866 et 1888, la Société de chirurgie en 1865 et en 1881, à ne parler que des débats importants devant les Sociétés françaises. De ces discussions ressort une notion capitale, sur laquelle, à diverses époques, ont insisté Velpeau, Michon, Trélat, Nicaise, Tillaux. Pas plus pour la thérapeutique que pour le pronostic il n'y a un anthrax : c'est des anthrax qu'on doit s'occuper. Il en est de grands et de petits, de douloureux et d'indolents, de circonscrits et de diffus. Avec les uns, l'état général est bon; avec d'autres, il est assez grave pour dominer la situation et exiger une désinfection immédiate et totale du foyer septique. On n'incisera pas les anthrax petits, circonscrits, des sujets jeunes et en bon état, si la vivacité des souffrances n'est une indication au débridement. On évacuera les collections purulentes, s'il s'en forme sous l'anthrax ou à côté de lui. On surveillera, pour les fendre à la première alerte, les petits anthrax de la face et du cou. Inversement, on doit sans tarder recourir aux incisions profondes et multiples dans les vastes anthrax diffus, à marche envahissante. Il semble, sans doute, que les pulvérisations antiseptiques puissent éviter l'intervention sanglante dans certains cas qui naguère relevaient à peu près sans conteste du bistouri ou du fer rouge; souvent, en effet, elle calme la douleur et limite l'envahissement; malgré cela, on ne saurait prétendre que tous les anthrax doivent s'ouvrir d'eux-mêmes et se déterger spontanément sous le spray phéniqué. Tout ce qu'on peut dire, c'est que, depuis quelques années, lorsqu'il n'y a pas tendance à la diffusion, on cherche à étendre le domaine des simples applications antiseptiques et à restreindre celui de la chirurgie sanglante. Mais on se gardera des exagérations abstentionnistes de Verneuil.

II

PÉRIFOLLICULITES PILAIRES

Les périfolliculites pilaires doivent être divisées en agminées et isolées. Les agminées seules ont quelque intérêt chirurgical.

Les périfolliculites agminées, à leur tour, offrent dans les diverses régions du corps des différences qui semblent tenir avant tout au degré de développe-

ment auquel parvient le follicule pileux. Les périfolliculites des poils complètement développés du cuir chevelu sont encore assez peu décrites. Celles des poils de la barbe constituent le sycosis, affection dont la connaissance est des plus anciennes. Pour les dermatologistes, cette variété est la plus importante, et pendant longtemps on ne s'occupait guère que d'elle, en ajoutant, toutefois, qu'une lésion analogue pouvait se déclarer en d'autres régions du corps. Depuis quelques années, on s'est attaché davantage à l'étude des périfolliculites agminées des régions à poils de duvet, et c'est même parmi elles que le chirurgien trouvera, presque exclusivement, les périfolliculites dont il aura à connaître.

HÉBRA, Traité des maladies de la peau, trad. Doyon. Paris, 1869, t. I, p. 755. — KAPOSI, Leçons sur les maladies de la peau, trad. Besnier et Doyon. Paris, 1881, t. I, p. 5, et t. II, p. 12, 51, 595, 406, 424, 440. — DUHRING, Traité pratique des maladies de la peau, trad. Barthélemy et Colson. Paris, 1883, p. 524, 716, 741. — BAZIN, art. MENTAGRE du Dict. encycl. des sc. méd., 1875. — BARTHÉLEMY, Sur un cas de sycosis non paras. généralisé, etc. Annales de dermat., 1880, p. 525. — E. BESNIER, art. Sycosis du Dict. encycl. des sc. méd., 1884. — H. LELOIR, Sur une variété nouvelle de périfolliculites suppurées, etc. Bull. de la Soc. anat., 1884, p. 564, et Ann. de dermat., 1884, p. 457. — PONCET (de Lyon), Impétigo sycosiforme du pouce, etc. Ann. de dermat., 1887, p. 455. — PETERSEN, Ueber eitrige durchlöchernde Hautentzündung. Arch. für klin. Chir., 1888, t. XXXVII, p. 666. — J. PALLIER, Des périfolliculites agminées en plaques. Thèse de Paris, 1888-1889, nº 87 (bibliogr.).

1º SYCOSIS DE LA BARBE

Le sycosis de la barbe est caractérisé, à la période d'état, par des pustules acuminées, situées à la base des poils et, consécutivement, par la production d'indurations tuberculeuses cutanées et sous-cutanées.

On trouve dans les auteurs anciens, Pline, Celse, Galien, Paul d'Égine, Aétius, des descriptions qui se rapportent certainement au sycosis, parasitaire ou non, quoiqu'il y ait cependant des confusions évidentes avec d'autres lésions, syphilitiques peut-être, de la peau. Les premiers dermatologistes ont discuté sur son élément: tubercule pour Bateman, S. Plumbe; pustule d'après Biett. Ces distinctions n'ont plus d'intérêt depuis que Cazenave a montré qu'il s'agit d'une inflammation des follicules pileux; le sycosis est pustuleux si le seul conduit excréteur est enflammé; il est tuberculeux si la lésion atteint la profondeur du cul-de-sac.

Si l'on considère au sycosis des degrés suivant la profondeur où s'étend l'inflammation du derme, on peut donc dire que le début a lieu par une pustule un peu prurigineuse, acuminée, traversée par un poil. Un liquide blanchâtre soulève l'épiderme. La lésion s'arrête parfois à ce stade. Mais souvent il survient dans la peau des nouures arrondies, des tubercules, pouvant arriver au volume d'une cerise et devenant alors un peu dépressibles. Ces tubercules sont isolés dans le sycosis noueux; petits et confluents, ils constituent le sycosis anthracoïde, à surface granitée, montrant la série agminée des orifices pilaires et laissant sourdre, à la pression latérale, autant de gouttes de pus qu'il y a de follicules altérés. Il y a quelquefois de l'induration hyperplasique autour des follicules enflammés, et de là la variété rare dite sycosis chéloïdien. Au dernier degré enfin, les tubercules s'exulcèrent, se recouvrent de croûtes, tandis que, dans la profondeur, l'inflammation s'étend sous forme de furoncles, d'abcès intra ou sous-dermiques. Les lésions coexistent souvent aux divers états, elles évoluent par poussées successives et leur durée est indéterminée. La maladie est très

rebelle. Les tubercules se terminent rarement par résolution; ils suppurent et laissent des indurations, des cicatrices et de là résulte, trop souvent, une atrophie ou même une chute définitive des poils.

Depuis longtemps, on a, avec Bazin, divisé le sycosis en parasitaire et non parasitaire, le parasitaire étant celui qui est lié à la trichophytie de la barbe. Mais, la teigne tondante ne se compliquant pas par elle-même d'accidents inflammatoires, on est conduit à admettre que ces accidents surviennent lorsqu'un agent pyogène pénètre dans le follicule à la faveur du trichophyton. Pour le sycosis non parasitaire, l'étiologie est analogue à celle des autres périfolliculites. Parmi les causes spéciales à la région, on note l'action d'un rasoir malpropre; dans la barbe se fixent facilement des poussières diverses chez les cardeurs de matelas, les fileurs de coton, les chiffonniers; enfin l'eczéma, très tenace dans les régions velues, semble jouer un rôle important, comme porte d'entrée.

L'existence du sycosis est facile à reconnaître; on ne sera pas induit en erreur par l'impétigo, dont les pustules aplaties, sans relation constante avec un poil, évoluent rapidement et se couvrent de croûtes flavescentes. L'acné siège là où il y a des poils de duvet et cause des pustules plus superficielles. La pustule d'ecthyma, rare à la face, est isolée, large, aplatie, se recouvre d'une croûte noire, saillante. Le diagnostic de la syphilis sera indiqué à propos des autres périfolliculites. Le diagnostic de la nature est très important. Le sycosis trichophytique se reconnaît à l'aspect du poil brisé, tortillé, se cassant au lieu de s'arracher; à la coexistence possible de plaques d'herpès tonsurant. Il ne faut pas trop se fier à la recherche du parasite, souvent difficile à trouver dans les follicules suppurés.

Outre le traitement des périfolliculites des autres régions, on doit ici se préoccuper des poils. L'épilation est indispensable pour le sycosis parasitaire. Pour le non parasitaire, on peut s'en passer et appliquer les topiques — émollients d'abord, puis antiseptiques — après avoir coupé les poils ras, aux ciseaux; le rasoir sera proscrit, car il favorise les inoculations de proche en proche.

2º PÉRIFOLLICULITES AGMINÉES

Les périfolliculites agminées des régions peu ou pas velues n'ont été que depuis peu isolées nettement parmi les inflammations phlegmoneuses de la peau. Les travaux qui leur ont été consacrés sortent surtout de l'hôpital Saint-Louis, dus à Quinquaud, Barthélemy, Leloir, Pallier. Mais les chirurgiens ne s'occupent guère de cette affection; une des rares observations recueillies par l'un d'eux est due à A. Poncet, et nous vient de Lyon, où la tradition est que les chirurgiens ne méprisent pas la pathologie cutanée. Un fait récent de Petersen prouve que cette tradition mérite d'être conservée, car cette dermatitis cribrificans dont le chirurgien de Kiel parle comme d'une nouveauté, semble être simplement une périfolliculite agminée.

Symptômes. — Dans la forme commune, la lésion confirmée est constituée par un placard saillant de 2 à 4 millimètres, plus ou moins irrégulièrement arrondi, ayant le diamètre d'une pièce de 50 centimes à celui d'une pièce de 5 francs ou plus, occupant, par exemple, tout le dos de la main. Ce placard est d'un seul tenant; ses bords, curvilignes, sont un peu encochés, mais non pas

découpés en carte de géographie. Au centre, partie la plus ancienne, la couleur est bleuâtre avec des traînées violacées; à la périphérie apparaît une teinte d'un rouge vineux à laquelle fait rapidement suite la peau saine. La surface est mamelonnée, par places lisse, rugueuse, recouverte de croûtes jaunâtres plus ou moins épaisses, avec du pus concrété ou liquide.

Lorsque, par un pansement antiseptique humide, on a fait tomber les croûtes, on voit que la surface est criblée de trous, dont quelques-uns donnent issue à un poil; et entre ces pertuis, surtout dans les points récemment attaqués, sont de petites pustules qu'embroche de même un poil follet.

Le centre de la plaque est assez mou; la périphérie, au contraire, est dure. Par pression latérale, on fait sourdre du pus par chaque orifice de l'écumoire, et des pustules non encore crevées émerge comme un brin de vermicelle, puis apparaît une petite cavité.

La lésion peut siéger en toutes les régions pourvues de follicules pilo-sébacés. Le dos de la main et les avant-bras en sont le siège de prédilection.

La plupart du temps le placard est unique. Parfois il y en a deux ou trois; exceptionnellement davantage. Barthélemy a publié une observation remarquable par le nombre des placards.

ÉVOLUTION. — COMPLICATIONS. — Au début, c'est souvent une démangeaison qui attire l'attention du malade, et l'on voit soit une pustulette, soit, plus souvent, une petite élevure qui s'étend progressivement avec assez de lenteur. A l'ordinaire, le placard a atteint ses dimensions définitives en huit à quinze jours, il reste quelque temps stationnaire, suppurant en tous ses points à peu près également. L'indolence est la règle, même à la pression. C'est tout au plus s'il y a du prurit. La plaque enflammée reste mobile sur les plans sous-cutanés; le stylet (ou la soie de sanglier) introduit dans les orifices suppurants reste perpendiculaire à la peau, et n'oblique dans aucun décollement. Il n'y a pas de tendance à la formation d'un phlegmon sous-cutané, à l'invasion d'une lymphangite, d'une adénite. Bien traitée, la maladie guérit vite.

Mais, à cause de cette bénignité même, le malade trop souvent traite la lésion par le mépris; ou, s'il la soigne, applique les topiques irritants que lui recommande un voisin quelconque, un pharmacien surtout. De là des aggravations assez fréquentes.

Sous l'influence d'irritations médiocres, la surface devient rugueuse, un peu papillomateuse. Un degré de plus, et la plaque est phlegmoneuse. Deux aspects sont alors possibles. Dans l'un, l'inflammation est franche, la peau est rouge, le centre proémine, le pus est abondant. Dans l'autre, l'inflammation est moindre, mais il y a plus d'engorgement des tissus voisins et l'aspect est celui d'un anthrax torpide stationnaire. Dans ces cas, de petits décollements du derme peuvent se produire. La lésion s'aggravant encore, elle semble devenir ulcéreuse, pseudo-ulcéreuse plutôt, dit Pallier, car le corps muqueux de Malpighi est conservé et il n'y aura que des cicatrices ponctuées, répondant aux orifices des follicules. Enfin, chez quelques malades d'une incurie extrême, des poussées successives éclatent à la périphérie du placard initial, tandis que le centre s'amende, mais ne guérit pas. De poussée en poussée, cette forme serpigineuse peut durer plusieurs mois.

Pour expliquer ces variétés relativement graves, devenant vraiment chirurgicales, les inoculations répétées suffisent, sans invoquer, comme Pallier, une virulence spéciale. C'est dans ces conditions encore qu'interviennent des com-

plications, elles aussi inflammatoires : phlegmons, lymphangites, érysipèles. Le pronostic dépend de la durée et des complications, du traitement par conséquent.

Après guérison, la peau reste pendant quelque temps un peu épaisse, rugueuse, violacée. Il n'y a souvent pas de cicatrice et, quand il y en a (sauf complication phlegmoneuse), on observe de simples points blancs arrondis.

Diagnostic. — L'acné en plaques, l'acné cohérente enflammée ressemblent aux périfolliculites agminées, mais leur sièges de prédilection sont la face, la nuque, les épaules; on voit, sur le reste de ces régions, des pustules isolées.

Les manifestations cutanées de l'iodisme, du bromisme surtout (1), sont parfois analogues aux périfolliculites agminées, mais on sera guidé par les commémoratifs, par la constatation d'autres éléments isolés.

Le diagnostic le plus important est celui de la syphilis. Avec le chancre, l'erreur a été faite dans les deux sens. Sur une malade de Fournier, un chancre de la face externe de la grande lèvre était entouré de petits abcès et avait absolument l'aspect d'un placard de périfolliculites; mais la malade était en pleine efflorescence secondaire, ce qui évita la méprise. Dans un autre cas, Fournier diagnostiqua un chancre de la lèvre, parce que la lésion reposait sur une base indurée et avait provoqué une adénopathie sous-maxillaire; E. Besnier hésitait entre une idrosadénite et un chancre; mais Vidal avait dit: sycosis, et l'événement ne tarda pas à lui donner raison.

La syphilis tertiaire cause en général des lésions plus dures, d'aspect jambonné, non prurigineuses, en groupes circinés. L'ulcération, puis la cicatrice, y sont la règle. L'aspect en écumoire est revêtu par certaines gommes en nappe. Israël, par exemple, en a publié une observation et Gamberini une autre. Ce dernier auteur invoque une lésion syphilitique des glandes sudoripares, ce qui n'est pas anatomiquement démontré (²).

Anatomie et physiologie pathologiques. — Des examens histologiques de Suchard, de Pallier, il résulte que le fait initial est une folliculite, suivie de périfolliculite; en 1877, pourtant, Robinson avait admis la filiation inverse. Les lésions portent sur les follicules pileux; plus tard, les glandes sébacées participent à l'inflammation, mais accessoirement. Les papilles tendent à s'hypertrophier. Les glandes sudoripares ont été trouvées saines par Leloir, Bard, Pallier.

Le début intra-folliculaire va bien avec les notions bactériologiques aujourd'hui acquises. Il ne s'agit pas d'un microbe spécifique; mais dans le pus, dans les tissus enflammés, on trouve le Staphylococcus albus et le streptocoque pyogène, ce dernier en faible proportion d'après les recherches de Pallier. Il est bien possible que les proportions changent d'un cas à l'autre.

Ces données rendent l'étiologie facile à comprendre. Les états constitutionnels ont peu d'action. En dehors des influences professionnelles, l'âge et le sexe sont indifférents. Les ouvriers, les cultivateurs touchent des substances malpropres et sont souvent atteints; les hommes qui sont en contact fréquent avec les chevaux, les blanchisseurs, les égoutiers, sont prédisposés. Cela est surtout vrai

(1) JACQUET, Annales de dermat., 1886, p. 736.
(2) ISRAEL, Arch. für klin. Chir., t. XX, p. 283. — GAMBERINI, d'après Annales de dermatol., 1880, p. 460.

pour celles de ces professions qui obligent à travailler dans l'eau, car la macération de l'épiderme favorise l'infection des glandes.

La pénétration des micro-organismes se fait assez souvent à la faveur d'une petite plaie. A ce propos on peut citer une observation de Pallier; une autre, celle de Poncet, où le sujet, pour se soigner d'une entorse digitale, avait appliqué sur la partie malade « la sangsue de famille » d'un de ses amis.

Traitement. — La thérapeutique découle de ce qui précède. Le sujet sera mis au repos; on fera tomber les croûtes par des pulvérisations antiseptiques et des pansements humides. Puis on soumettra la région à des bains antiseptiques fréquents et prolongés, et dans l'intervalle des bains on appliquera des pansements au sublimé, à l'iodoforme. On peut incorporer les antiseptiques dans des pommades. Dans les cas les plus intenses, il sera parfois indiqué de recourir à l'ignipuncture, et même Poncet a dû faire précéder l'action du thermocautère d'un raclage à la curette. On n'abusera pas de cette thérapeutique énergique, qui rend inévitable une cicatrice indélébile.

III

ABCES TUBÉREUX (IDROSADÉNITE)

On observe au niveau de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané de petits abcès arrondis, que depuis longtemps déjà Velpeau a rapprochés les uns des autres sous les noms d'abcès tubéreux, tubériformes, tuberculeux. A plusieurs reprises A. Verneuil s'en est occupé, et il a soutenu que ces abcès sont arrondis et circonscrits à leur début, parce qu'ils siègent dans les glandes sudoripares. Cette opinion est en général admise et cadre bien avec la plupart des notions étiologiques et cliniques; mais, malgré quelques dissections de Verneuil en 1854, la preuve anatomique n'est pas encore parfaite.

On divisait naguère ces abcès en aigus et chroniques. Les recherches modernes ont démontré que, malgré leur forme tubéreuse, les abcès chroniques n'ont rien à voir avec les glandes sudoripares. Comme le disait Bazin, c'est « d'écrouelles cellulaires » qu'il s'agit, aujourd'hui bien connues sous le nom de gommes scrofuleuses. Il ne sera question ici que des abcès chauds.

A. Verneuil, Arch. gén. de méd., 1854, 5° série, t. IV, p. 447, 693; Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1857, p. 555; Arch. gén. de méd., 6° série, 1864, t. IV, p. 537, et 1865, t. V, p. 527 et 437. — Verneuil et Clado, Gaz. hebd., 1888, p. 584.

Étiologie. — Toutes les irritations de la peau peuvent donner naissance aux abcès tubéreux. La malpropreté, les affections prurigineuses et le grattage, les médications topiques mal dirigées en sont les causes vulgaires. On les voit survenir, par exemple, comme conséquence de l'eczéma, de la gale, de la phthiriase. Pendant la saison chaude, les sueurs irritent l'anus, l'aisselle; et pour l'aisselle l'irritation est encore en jeu lorsque le coussin de Desault est appliqué pour traiter une fracture de la clavicule. Pendant la lactation, les crevasses sont fréquentes au niveau du sein. De nos jours, on invoque avant tout les inoculations septiques, et il est bien certain que les conditions précédem-

ment énumérées les favorisent. L'analogie est grande, en somme, avec l'étiologie des furoncles de cause externe, et la microbiologie en donne la raison; comme dans le furoncle, en effet, Verneuil et Clado ont constaté que le microbe pathogène est ici le Staphylococcus pyogenes aureus.

Siège. — Les abcès tubéreux peuvent occuper toutes les régions du tégument. Verneuil les a vus sur les membres, au scrotum, aux grandes lèvres, etc.; leurs sièges de prédilection sont l'anus, l'aisselle, l'aréole du mamelon, points où les

glandes sudoripares acquièrent leur maximum de développement.

Symptomes et diagnostic. — Le début a lieu par une petite induration mobile, peu ou point rouge, peu douloureuse à la palpation, assez douloureuse à la pression entre deux doigts, pression qui fait sentir un petit corps arrondi, souscutané, mobile à la fois sous la peau et sur l'aponévrose. Au bout de quelques jours, la saillie est plus marquée et elle adhère à la peau, qui peu à peu se soulève, et la tumeur, hémisphérique, prend l'aspect « tubéreux ». Sa surface est régulière, lisse, sans implantation d'un poil central; il ne saurait donc être question d'une erreur de diagnostic avec le furoncle.

La résolution est jusque-là possible. Mais, en général, la masse inflammatoire suppure, fluctue, prend une couleur uniformément jaunâtre, entourée d'une auréole rosée et s'ouvre spontanément au dixième ou douzième jour. La cicatrisation, après cela, est rapide, sauf pourtant quelquefois, d'après Verneuil, à l'aisselle et à l'anus. En ces points, il pourrait y avoir tendance à la formation

d'une fistulette, ce que je n'ai d'ailleurs jamais observé.

A l'anus, au sein et surtout à l'aisselle, un des faits les plus importants est l'évolution successive de foyers multiples, quelquefois confluents, d'où, sur la peau axillaire, une véritable plaque phlegmoneuse, mamelonnée, indurée. Mais ces descriptions affectent trop de caractères spéciaux suivant la région considérée pour qu'il soit fructueux d'en parler ici. Il sera indispensable, en effet, d'entrer dans ces détails en étudiant les abcès de l'anus, du sein, de l'aisselle.

Le pronostic est d'une grande bénignité. Il faut seulement tenir compte de la tendance aux récidives. De plus, le foyer purulent subit parfois, à l'aisselle par

exemple, une diffusion qui le rend assez grave.

Le traitement consiste dans l'incision de la petite collection purulente, avec la pointe d'un bistouri, dès que l'on a reconnu la présence du pus.

CHAPITRE III

TUBERCULOSE CUTANÉE

La plupart des traités de chirurgie, tous ceux même qui sont classiques en France, passent sous silence les lésions tuberculeuses de la peau et du tissu conjonctif. A propos des abcès froids ils disent, en passant, quelques mots des gommes scrofulo-tuberculeuses. Mais ils ne s'occupent pas du lupus. Quant aux tuberculoses ulcéreuse et papillomateuse, leur histoire date d'hier.

Mais les tuberculoses locales sont de plus en plus étudiées et traitées par le chirurgien : pour celles de la peau, comme pour les autres, les excisions, les grattages, les cautérisations, sont à l'ordre du jour. De plus, la lésion initiale une fois guérie, ses conséquences sont très souvent plus chirurgicales encore : ne faut-il pas faire des autoplasties pour reconstituer une lèvre, une paupière qu'un lupus a détruites ou vicieusement soudées? Il y a donc lieu, malgré l'usage, de faire rentrer toutes les formes de la tuberculose cutanée et souscutanée dans le cadre d'un traité de pathologie externe.

Il est impossible de réunir toutes ces formes en une description unique. Il faut séparer la tuberculose du derme et celle de l'hypoderme. A cette dernière se rattachent les gommes scrofuleuses et les abcès froids sous-cutanés. Quant à la tuberculose de la peau proprement dite, elle offre dans sa virulence des variétés remarquables et l'on doit étudier à part la tuberculose franche et le lupus, ou tuberculose atténuée. Entre les deux trouvera place la tuberculose verruqueuse. Mais si des descriptions cliniques distinctes sont nécessaires, on tend de plus en plus à mettre en relief l'inoculation directe dans l'étiologie de toutes ces variétés et ce serait s'exposer à des redites incessantes que de ne pas jeter un coup d'œil d'ensemble sur cette tuberculose inoculée.

Jarisch, Ein Fall von Tuberculose der Haut. Viertelj. f. Dermat. und Syph., 1879, p. 265. — Verneuil, Inoculation tuberculeuse. Bull. de l'Acad. de méd., 1884, 2° série, t. XIII, p. 118. — Riehl et Paltauf, Tuberculosis verrucosa cutis. Viertelj. f. Dermat. u. Syph., 1886, p. 19. — Vallas, Sur les ulcérations tuberculeuses de la peau. Thèse de Lyon, 1887-1888, n° 567. — A. Lefèvre, Sur la tuberculose par inoculation cutanée chez l'homme. Thèse de Paris, 1887-1888, n° 42. — Cronier, De l'inoculation secondaire de la peau consécutive à des foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds. Thèse de Paris, 1888-1889, n° 509. — Tournier, Tuberculose inoculée par le tatouage. Soc. des sc. méd. de Lyon, d'après Bull. méd. 1889, p. 1103. — Voy. encore des notes de Hallopeau; Ann. de dermat. et de Syph., 1895, p. 1095; de Doutrelepont, Arch. f. Dermat. u. Syph., 1894, t. XXIX, p. 211; Deut. med. Woch., 1892, p. 1055. — Leloir, Traité théor. et prat. de la scrofulo-tuberculose de la peau. Paris, 1892.

De l'inoculation tuberculeuse sur la peau de l'homme. — Les inoculations de la tuberculose à la peau se font dans deux conditions absolument distinctes : 1º le sujet est tuberculeux et, à l'aide de produits que lui-même a fournis, il infecte une solution de continuité quelconque; 2º le sujet jusqu'alors indemne s'inocule accidentellement un véritable « chancre tuberculeux » capable d'être la source d'une généralisation bacillaire.

1º Auto-inoculations locales des tuberculeux. — Les premières ulcérations tuberculeuses constatées chez les phtisiques ont été celles des muqueuses. Celles de l'intestin n'intéressent guère le chirurgien, mais il est bon de rappeler que déjà Louis invoquait, pour les expliquer, l'action nocive des crachats déglutis. Celles de la muqueuse bucco-linguale sont bien connues et sont décrites depuis longtemps parmi les lésions chirurgicales de la langue.

Une des premières observations probantes d'ulcération tuberculeuse de la peau est due à P. Coyne, en 1871 : sur une phtisique, une ulcération occupait la région temporo-mastoïdienne et l'examen histologique démontra sa nature tuberculeuse. A partir de ce moment les faits se sont multipliés. Les ulcères tuberculeux des lèvres, de l'anus chez les phtisiques ont, à plusieurs reprises, attiré l'attention de la Société médicale des hôpitaux. Puis, en France comme à l'étranger, on a examiné les ulcérations des régions les plus diverses. Peu à peu le microscope, puis la bactériologie ont rendu indiscutable la nature tuberculeuse, naguère contestée, de ces solutions de continuité, et aujourd'hui il est possible de donner une description d'ensemble.

Les phtisiques sont ordinairement parvenus à une période avancée, lorsque