

lante, et le malade éprouve une sensation de froid à laquelle succède un sentiment de constriction et de tiraillement. Les battements, la tension, la chaleur, disparaissent aussi quelquefois au niveau des surfaces malades. Dans les cas cités par Piachaud, la moyenne du traitement a été de six jours; mais il manque au travail de ce médecin distingué les observations qui appuient ses conclusions. J'ai eu aussi recours à ce moyen sans en être aussi satisfait que ceux qui l'ont prôné. On constate bien, à la vérité, les effets physiologiques indiqués ci-dessus, mais on constate aussi très-souvent l'extension de l'érysipèle au delà des parties collodionnées. Cependant le collodion m'a paru agir quelquefois avec efficacité sur l'érysipèle qui part des bords d'une plaie; c'est aussi la conclusion à laquelle A. Rouget est arrivé. Il conseille même le collodion à la fois comme moyen prophylactique et comme moyen curatif de l'érysipèle traumatique; mais il reconnaît que ce moyen n'a plus la même efficacité contre l'érysipèle spontané.

C'est dans le but de soustraire aussi les parties au contact de l'air qu'on a conseillé de saupoudrer de farine de froment les surfaces érysipélateuses; ce moyen, dénué de tout inconvénient, soulage beaucoup les malades de la chaleur âcre qui les tourmente, mais c'est là son seul avantage.

On a conçu l'espoir d'arrêter l'érysipèle par des moyens plus énergiques que ceux déjà indiqués, et l'on a conseillé à cet effet des *vésicatoires*, des *cautérisations* et des *ponctions*.

L'application d'un *vésicatoire* au centre d'un érysipèle, comme Petit (de Lyon) l'avait d'abord conseillé, comme Dupuytren le pratiquait souvent, n'arrête presque jamais la marche de la maladie. Quand l'emplâtre vésicant est placé aux limites de l'érysipèle, on voit souvent aussi la rougeur franchir la bordure vésicante. C'est d'ailleurs un moyen aussi douloureux que le mal. On ne doit y avoir recours que dans le cas où, l'érysipèle disparaissant subitement, il serait utile de le rappeler à la surface des téguments, et on le mettrait alors au centre des parties primitivement malades.

Le *nitrate d'argent* appliqué à la circonférence de l'érysipèle, comme l'a conseillé Higginbottom (1), n'a pas plus d'action que le vésicatoire, et il n'est guère question aujourd'hui des cautérisations superficielles ou profondes pour arrêter les progrès du mal. On pourra, du reste, consulter sur ce point d'histoire de la thérapeutique une note de Larrey (2), qui cautérisait avec le fer rouge, et un article de Max-Simon (3).

C'est aussi dans l'histoire de l'art qu'on doit ranger la méthode de Dobson (4), adoptée par Bright (5), et qui consiste à pratiquer sur la surface érysipélateuse un très-grand nombre de *piqûres*.

(1) *London Med. and Physic. Journal*, sept. 1827, vol. LVIII, p. 223.

(2) *La Clinique*, t. II, n° 25, et *Archiv. de méd.*, 1828, t. XVI, p. 446.

(3) *Bulletin de therap.*, 1834, t. VII, p. 253.

(4) *Medico-chirurg. Transact.*, 1828, t. XIV, p. 205.

(5) *Report of Medic. Cases*, traduct. in *Gazette médicale*, 1832, t. III, p. 752.

En résumé, au début d'un érysipèle, nous conseillons de prescrire un éméto-cathartique et de maintenir, durant le cours de la maladie, la liberté du ventre par de fréquentes purgations salines. On se trouvera bien d'associer à ces évacuants quelques boissons toniques et acides (décoction de quinquina, limonades vineuse et au citron) et de prescrire une diète absolue. Quant aux topiques, nous donnons la préférence, dans l'érysipèle spontané, à ceux qui n'ont d'autre but que de soustraire la partie au contact de l'air, c'est-à-dire à la poudre d'amidon ou à l'axonge fraîche. Quand l'érysipèle naît autour d'une lésion traumatique, on fera bien d'y appliquer une couche légère de collodion.

Si des abcès se développent, on se hâtera de les ouvrir, de façon à éviter les fusées purulentes assez fréquentes dans ce cas. Quant aux gangrènes et aux ulcérations consécutives, on les traitera comme nous l'avons indiqué en parlant de ces lésions.

Il est enfin quelques petits soins dont un chirurgien prudent devra tenir compte au début d'un érysipèle pour éviter les conséquences fâcheuses d'un étranglement des parties : c'est, dans l'érysipèle de la face, d'ôter les boucles d'oreilles, et dans l'érysipèle du membre supérieur, d'enlever promptement les bagues des doigts. Quand l'érysipèle gagne la vulve, il est assez souvent suivi d'ulcérations qui favoriseraient une adhésion des grandes lèvres, si l'on n'avait pas la précaution de séparer par un pansement ces parties les unes des autres.

§ III. — Du furoncle.

On désigne sous le nom de *furoncle* une inflammation circonscrite de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, caractérisée par une petite tumeur conique, dure, douloureuse, qui s'accompagne de rougeur et de tension des téguments, et dont l'ouverture, soit naturelle, soit artificielle, est suivie de l'expulsion d'un corps spongieux et grisâtre nommé *bourbillon*.

L'éruption simultanée de plusieurs furoncles sur un même point constitue une tumeur plus volumineuse qu'on appelle *anthrax*, et que nous étudierons plus bas.

Quelques auteurs ont voulu distinguer par certains noms des variétés insignifiantes de furoncles, et appeler *furoncle panulé* (*panula*, fil de tisserand) celui qui ressemble par sa forme à la navette des tisserands, et *furoncle atonique* celui qui est indolent, et qu'on observe quelquefois dans les affections scorbutiques; mais ces distinctions sans valeur doivent être rejetées. On a assimilé au furoncle, mais sans vraisemblance, une affection endémique à Biskra, et qu'on désigne sous le nom de *boulon* ou *clou de Biskra*; mais, comme nous le verrons plus loin, cette assimilation n'est pas exacte.

HISTORIQUE. — Il a été publié peu de travaux sur le furoncle, aujourd'hui bien décrit dans sa forme vulgaire par la plupart des traités de chirurgie. On peut consulter sur cette maladie deux thèses qui contiennent

quelques détails intéressants : LEVILLAIN, *Du furoncle* (thèse de Paris, 1828, n° 38), et GAUDAIRE, *Du furoncle* (thèse de Paris, 1854, n° 253). Je donnerai plus bas quelques indications bibliographiques sur certains points de l'histoire de cette affection, comme les épidémies furoncleuses et les rapports du furoncle avec le diabète et la phlébite.

ÉTILOGIE. — Le furoncle a des causes générales et locales. Parmi les premières on a surtout signalé certaines conditions diététiques, telles qu'une nourriture malsaine, ou la substitution d'une alimentation très-animalisée à une alimentation végétale. Le furoncle est parfois symptomatique d'un état morbide des voies digestives, il se montre ailleurs comme un phénomène critique après certaines fièvres éruptives, telles que la rougeole, la variole, etc.; enfin il est aussi, comme l'anthrax, assez fréquent chez les diabétiques. Mais le plus souvent aucune cause générale ne se laisse saisir, et l'on voit des furoncles se succéder chez des individus doués d'ailleurs d'une santé excellente.

Le furoncle se montre quelquefois sous forme épidémique. Ces épidémies furoncleuses ont été surtout bien décrites par quelques médecins anglais. Les descriptions de ce genre les plus curieuses sont celles de Th. Laycock (1), sur une épidémie qui a régné de 1850 à 1851; de Hamilton Kinglake (2), de Hunt (3). Tholosan a réuni quelques faits analogues dans une *Note sur l'épidémicité de certaines affections du tissu cellulaire, et particulièrement du panaris, du furoncle et de l'anthrax* (4). Dans l'épidémie observée par Hamilton Kinglake, à Taunton, et qui régnait dans un rayon de vingt lieues au moins à la ronde dans le comté de Somerset, on constata d'abord une scarlatine maligne qui fit beaucoup de ravages, surtout chez les enfants. A la fin de cette épidémie, les éruptions furoncleuses ont été très-fréquentes et ont régné d'une manière continue pendant six mois. La forme la plus ordinaire de la maladie était le panaris furonculaire; dans une autre forme plus grave on observait des furoncles dégénérant en anthrax. Dans la plupart de ces épidémies, les furoncles ont coexisté avec d'autres affections inflammatoires du tissu cellulaire.

Nous avons dit que le furoncle était dû parfois à des causes locales au nombre desquelles il faut citer l'application de pommades irritantes, les bains sulfureux, les poussières métalliques qui se déposent sur la peau, les irritations mécaniques prolongées. C'est par cette dernière cause qu'on peut expliquer les furoncles qui naissent sur le dos des fantassins peu accoutumés à la pression rude du sac, au cou et à la nuque chez les jeunes conscrits exposés au contact roide du col militaire, ou sur les fesses des cavaliers qui n'ont pas l'habitude du cheval, et qui dans le trot souffrent du frottement répété de la selle.

(1) *Union médicale*, 1851, p. 196.

(2) *The Edinburgh Monthly Journal*, 1852, vol. XV, p. 18.

(3) *The Lancet*, 1852, p. 149.

(4) *Gazette médicale*, 1853, p. 2.

Cette dernière cause suffit bien à expliquer l'apparition des furoncles aux fesses ou au pourtour de l'anus chez les cavaliers; mais elle fait défaut quand on veut expliquer le développement, encore assez fréquent chez les mêmes individus, de furoncles sur les bras, le thorax, etc. Levillain, pour se rendre compte des furoncles qui apparaissent ailleurs que sur les parties en contact avec la selle, suppose que l'éruption furoncleuse des bras et du tronc peut reconnaître pour cause le dépôt sur la peau de la poussière qui s'élève du pansage des chevaux. Cette poussière, dit-il, mêlée à la sueur des cavaliers, dont non-seulement les mains, mais encore les bras, le cou et même la poitrine, sont découverts, ne peut-elle pas, en irritant la peau, donner lieu au développement du furoncle? L'auteur d'une autre thèse récente sur le furoncle, Gaudaire, combat cette assertion de Levillain, en faisant remarquer que les officiers élèves de Saumur, qui ne pensent point les chevaux, contractent des furoncles comme les cavaliers. « Disons en outre, ajoute Gaudaire, que les corvées d'écurie et le pansage des chevaux sont faits à Saumur par des palefreniers civils, qui passent la plus grande partie de la journée occupés à ces soins. Eh bien! la majeure partie de ces hommes, si l'explication de Levillain était fondée, devraient être sujets aux éruptions furoncleuses; il n'en est rien cependant, et nous avons bien été à même de constater le contraire. » Le frottement des diverses pièces de l'équipement contre certaines parties du corps pendant les exercices d'équitation explique assez bien l'apparition des furoncles sur d'autres points que ceux qui sont en rapport avec la selle.

Le furoncle s'observe sur toutes les régions du corps, mais on le voit de préférence là où la peau est dure et épaisse, à la nuque, au dos, aux fesses, à la partie postérieure des cuisses. On ne le trouve guère cependant à la paume des mains et à la plante des pieds, où existent aussi ces conditions de densité et d'épaisseur des téguments; mais cela peut, selon nous, s'expliquer par l'absence de poils dans ces dernières régions. Le siège des furoncles est souvent en rapport avec leur cause. Quelquefois enfin l'éruption furoncleuse prend droit de domicile dans une région, et s'y reproduit durant un laps de temps souvent assez long.

SYMPTOMATOLOGIE. — Il n'y a presque jamais de signes prodromiques de l'apparition du furoncle; dans les cas très-rares où l'on a pu en constater quelques-uns, il s'agissait d'une éruption furoncleuse très-multipliée, et les troubles précurseurs se sont surtout manifestés du côté des voies digestives.

Le furoncle se montre rarement isolé; dans la majorité des cas, le même individu en présente en plus ou moins grand nombre qui se développent à la fois ou successivement.

Le furoncle apparaît sous la forme d'une petite tumeur de la peau, d'un rouge vif, quelquefois violacée, de forme conique, et dont la base élargie et dure repose dans le tissu cellulaire sous-cutané. On voit souvent dans les très-petits furoncles un poil traverser leur sommet, et la maladie semble

développée aux dépens du bulbe pileux. D'abord peu volumineux, le furoncle s'accroît pendant plusieurs jours, et atteint ainsi une grosseur variable, depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'un œuf de poule. Les furoncles isolés sont, en général, plus volumineux que ceux qu'on voit dans une éruption multiple.

L'éruption du furoncle s'annonce d'abord par un prurit léger auquel succède une douleur tensive, puis térébrante; le malade a la sensation d'une pointe qui pénètre dans ses tissus; de là le nom vulgaire de *clou* donné au furoncle.

A mesure que le mal s'accroît, la forme conique du furoncle se dessine mieux, et le sommet se recouvre d'une petite vésico-pustule, au sein de laquelle se fait parfois un épanchement sanguin qui la colore en noir. La consistance du furoncle est d'abord dure, mais peu à peu il se ramollit, et du quatrième au sixième jour son sommet blanchit et laisse déjà voir le pus contenu à l'intérieur. Du sixième au huitième jour, ce sommet s'ouvre en un ou plusieurs points; du pus s'écoule au dehors, et l'ouverture, s'agrandissant peu à peu, donne issue à une masse grisâtre, pulpeuse, qu'on appelle un *bourbillon*. L'expulsion de ce singulier produit laisse au centre du furoncle une cavité suppurante qui bientôt se couvre de bourgeons charnus, lesquels, se rapprochant et s'agglutinant ensemble, contribuent à former une cicatrice légèrement déprimée qui conserve pendant longtemps une coloration violacée.

Jusqu'au moment de l'expulsion du bourbillon la douleur persiste dans le furoncle; mais, cette masse expulsée au dehors, elle cesse presque totalement en même temps que la tuméfaction et la chaleur de la peau disparaissent.

Telle est la marche habituelle du furoncle; mais cette maladie présente encore quelques symptômes propres à son siège. De gros furoncles situés à la région antérieure et latérale du cou ont quelquefois amené de la difficulté dans la respiration et la déglutition; sur les parois du ventre ou du thorax, les furoncles gênent beaucoup les mouvements respiratoires, et Marjolin citait un cas où la miction fut entravée par le développement d'un furoncle entre l'anus et le scrotum.

Le furoncle ne se termine pas toujours par suppuration. On voit quelquefois la douleur cesser, la tumeur indolente acquérir une dureté remarquable, la couleur rouge de la peau s'assombrir, enfin la résolution se faire très-lentement de la circonférence au centre. Il ne reste plus alors qu'une large tache d'un rouge violacé qui dure encore pendant plusieurs mois. Dans d'autres cas, ce travail de résolution est brusquement interrompu par une recrudescence de l'inflammation, qui suit alors sa marche ordinaire.

Dans un autre mode de terminaison du furoncle, il se produit une gangrène étendue de la peau qui le recouvre. Cette complication, heureusement rare, augmente de beaucoup la durée de la maladie.

La phlébite purulente qu'on observe assez souvent dans l'anthrax paraît,

d'après quelques faits récemment publiés (1), s'être manifestée aussi à la suite de furoncles du visage. Si, parmi les faits qui ont été cités, il en est quelques-uns qui puissent offrir matière au doute, il en est d'autres où il s'agissait de véritables furoncles d'un petit volume, et dont rien ne pouvait faire supposer la funeste issue. C'est au visage que de semblables accidents ont été observés, et à l'autopsie on a constaté que la mort était due à une phlébite faciale qui avait pris naissance dans le foyer du furoncle, et de là s'était étendue, par la veine ophthalmique, dans le crâne, au sinus caverneux et même à d'autres sinus. Du pus a été trouvé sur tout ce trajet veineux, et la mort dans ces cas a été si prompte, qu'on n'en a pas rencontré dans d'autres organes.

Quand la maladie revêt ce terrible caractère, on peut suivre, au milieu de phénomènes généraux très-graves, la propagation de la phlébite à travers l'orbite. Ainsi, du point occupé par le furoncle s'étend vers l'orbite une rougeur œdémateuse avec tension et douleur. Les paupières, puis la conjonctive se gonflent; le regard devient fixe, le globe oculaire immobile, et de l'exophthalmos ne tarde pas à se manifester. De vives douleurs de tête, une respiration anxieuse, de l'agitation, du délire, et enfin du coma, accompagnent presque toujours les phénomènes locaux.

Je vais donner un extrait d'un des cas les plus remarquables et les plus probants de cette terminaison très-rare des furoncles; il est emprunté au journal danois cité plus haut (2).

Un étudiant en droit, âgé de vingt et un ans, qui crachait souvent du sang, fut dernièrement atteint de furoncles sur diverses parties du corps. Il s'en était développé un assez considérable, il y a un mois, à la paupière supérieure droite, et un autre se manifesta, dix jours avant l'entrée du malade à l'hôpital, sur la lèvre supérieure, au-dessous de la cloison du nez. Ce furoncle s'ouvrit au bout de quatre jours; mais le malade fut pris en même temps de frissons, de douleurs dans la poitrine et de chaleur à la tête. Il toussa et cracha du sang. La tuméfaction péri-furonculeuse s'étendit au côté gauche de la face jusqu'à l'œil. La paupière supérieure couvrait complètement le globe oculaire, et laissait couler, lorsqu'on la soulevait, une sécrétion assez abondante. L'œil était tendu et proéminent. Grande soif, pouls 120, perte de connaissance; éruption d'urticaire sur les extrémités inférieures et les fesses.

Le malade succomba le surlendemain de son entrée à l'hôpital. Les urines contenaient de l'albumine et du sucre. L'autopsie, faite avec soin, donna les résultats suivants. On trouva au côté gauche de la lèvre supérieure une cavité d'abcès de la grandeur d'une petite noix, remplie de pus; de cet abcès partait une branche de la veine faciale antérieure qui s'étendait vers le canthus interne de l'œil en longeant le nez; elle contenait surtout un pus liquide, et s'anastomosait avec la veine ophthalmique qui était remplie d'un liquide épais, de couleur chocolat. Cette dernière veine était dilatée, ramollie, dépourvue à sa surface interne de son poli normal. Les parois en étaient épaissies et adhéraient fortement aux tissus ambiants. Le sinus caver-

(1) Ch. Trüde, *Hosp. Tidende*, 48-1859; 10, 1860, traduct. in *Schmidt's Jahrbücher*, Bd. CX, p. 302, sous ce titre: *Fälle von plötzlichem Tode bei Furunkeln im Gesichte* [Cas de mort prompte dans des furoncles du visage].

(2) *Schmidt's Jahrbücher* (loc. cit.), obs. IV.

neux gauche, dans lequel s'abouche la veine ophthalmique, contenait le même liquide et présentait le même aspect à l'intérieur. Le sinus caverneux droit était le siège des mêmes lésions qui lui furent communiquées par le sinus circulaire de la selle turcique. Les membranes du cerveau et le cerveau même ne présentaient aucune exsudation séreuse ou purulente; il n'y avait dans aucun organe d'abcès métastatique. Les poumons contenaient des tubercules à un degré avancé. Le liquide couleur chocolat, examiné au microscope, renfermait en abondance des globules rouges mêlés à d'autres corpuscules qui se comportaient par l'acide acétique comme des globules de pus.

Quel qu'ait été l'état antérieur du malade, diabétique ou autre, il n'est guère possible de voir là autre chose qu'un furoncle qui a donné lieu à une phlébite dont la propagation au système veineux cérébral a été la cause de la mort si prompte. Du reste, on n'a rien observé d'analogue dans d'autres parties du corps que la face; là, en effet, les conditions anatomophysiologiques favorisent l'irradiation phlébitique d'un petit foyer furonculaire par la voie de l'orbite vers le système veineux du cerveau.

La marche assez régulière des accidents dans les cas déjà publiés doit mettre facilement sur la trace du diagnostic le médecin prévenu de la possibilité de cette complication très-grave d'une affection, en général, aussi bénigne que le furoncle. Il suffit, du reste, de lire la relation de la plupart de ces faits pour voir qu'on n'avait affaire ici ni à une pustule maligne, ni à des accidents farcineux, ni à un anthrax. Les furoncles étaient le plus souvent d'un petit volume.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La lésion caractéristique du furoncle est le *bourbillon*, autour duquel se produit une suppuration plus ou moins grande. Mais les chirurgiens ne s'accordent pas sur la nature de cette production morbide. Dupuytren la regardait comme une eschare celluleuse, résultant de l'étranglement inflammatoire d'un ou de plusieurs paquets cellulo-adipeux contenus dans les aréoles du derme. Ces aréoles, ne se laissant point distendre, amèneraient le sphacèle. On a objecté à cette hypothèse que la forme des aréoles du derme repousse toute idée d'étranglement; que le volume du bourbillon n'est pas en rapport avec la petitesse des paquets cellulo-adipeux; que ce bourbillon n'a ni l'odeur gangréneuse, ni l'aspect d'une substance primitivement organisée, enfin, qu'il existe au début de l'inflammation, alors que l'étranglement ne s'est pas encore montré. Qu'est-ce donc que le bourbillon pour ceux qui n'acceptent pas la théorie de Dupuytren? Nélaton a soutenu (1) que le bourbillon était un produit de sécrétion pseudo-membraneuse, analogue aux fausses membranes qui se développent sur les séreuses enflammées. Le tissu cellulaire, dit-il, qui offre avec le système séreux une grande analogie dans sa structure, ses fonctions et ses maladies, sécrète en soi, dans quelques circonstances, une matière blanche, un peu jaune, albumino-gélatineuse, qui est déposée dans ses mailles où elle se concrète. Ce produit pseudo-membraneux est primitivement très-adhérent au tissu cellu-

(1) *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 380.

laire dense et rouge qui l'entoure; mais un fluide d'abord albumineux, puis un véritable pus est épanché autour de lui; il devient moins adhérent, se détache, s'isole tout à fait, et flotte comme un corps étranger dans la petite collection qui s'est formée, jusqu'à ce que celle-ci s'ouvre une issue en dehors et l'entraîne avec elle.

Cette théorie de la production du bourbillon échappe à la plupart des objections faites à celle proposée par Dupuytren; mais le bourbillon ne contient pas seulement les éléments des exsudats plastiques et purulents. Car, dans l'examen microscopique que j'ai fait de ce singulier produit, j'ai trouvé très-distinctement des fibres celluluses qui, à la vérité, étaient loin de constituer seules la masse du bourbillon. L'exsudat fibreux qui forme véritablement la plus grande partie du bourbillon doit donc entraîner avec lui, dans sa gangue, une quantité plus ou moins considérable de fibres celluluses, et tout cela sert à constituer le produit en question.

DIAGNOSTIC. — Le furoncle peut être confondu, dit-on, avec le *phlegmon circonscrit*, l'*abcès métastatique* et la *pustule maligne*. Je conteste l'analogie du furoncle avec l'abcès métastatique, mais je reconnais qu'il peut être confondu avec de très-petits phlegmons aigus et aussi avec la pustule maligne.

Le *phlegmon circonscrit* diffère du furoncle par sa forme aplatie, sa circonscription moins exacte, l'absence du bourbillon, etc.; mais comme le traitement des deux maladies est à peu près le même, on ne doit pas s'inquiéter beaucoup de ce diagnostic. La *pustule maligne* ressemble à certains furoncles peu coniques et dont le sommet est coloré en noir par une petite ecchymose. La confusion de ces deux maladies a été malheureusement faite quelquefois au grand détriment des malades; mais on l'évitera en se rappelant que la pustule maligne commence par une vésicule qui repose sur une eschare grisâtre, et celle-ci sur un noyau d'induration, puis en recherchant avec soin le cercle vésiculeux de la pustule maligne, qu'on ne retrouve jamais dans le furoncle. Si dans certains cas exceptionnels l'incertitude existait, elle ne pourrait jamais être de longue durée.

PRONOSTIC. — Le pronostic du furoncle ne peut avoir de gravité que par la position du mal au voisinage de quelque organe important, ou par l'une des rares complications dont nous avons déjà parlé.

TRAITEMENT. — Le traitement comprend trois ordres de moyens *abortifs*, *généraux*, *locaux*.

1° *Traitement abortif*. — On a cherché à faire avorter les furoncles, et dans ce but on a conseillé de cautériser légèrement avec le nitrate d'argent la surface furonculaire, d'appliquer sur le mal de la teinture d'iode, ou des compresses trempées dans de l'alcool rectifié à 40 degrés, ou un mélange réfrigérant de glace et de sel marin (Hébra), ou enfin quelques sangsues. Mais l'insuccès très-fréquent de ces moyens, ajouté au désagrément de leur emploi, fait qu'ils sont rarement mis en pratique.

2° *Traitement général.* — On ne doit avoir recours au traitement interne que dans le cas de furoncles multiples, à éruptions successives; mais ce traitement est le plus souvent inefficace. Les modifications hygiéniques sont quelquefois plus favorables, et l'on a vu, dans certains cas d'éruptions furonculeuses étendues, la maladie s'arrêter par une modification dans le régime alimentaire ou les conditions d'habitation. Un malade qui souffrait depuis plusieurs mois de furoncles répétés, a vu l'éruption furonculeuse s'arrêter pendant un séjour à la campagne, et reparaitre au retour à Paris.

Il est d'habitude de conseiller les purgatifs dans le cas de furoncles multiples et successifs, mais ce moyen ne modifie pas la marche de la maladie, que j'ai vue continuer malgré des purgations salines souvent renouvelées. Je ne crois pas cependant qu'on puisse, avec Schweich, cité par Gaudaire, accuser les purgatifs de donner des furoncles. Ce médecin allemand préconise alors, dans les éruptions furonculeuses rebelles, la liqueur de Fowler, qu'il donne à dose progressive de quatre à six gouttes par jour jusqu'à la dose de 9 gouttes. Il n'est pas mieux établi qu'on guérisse les furoncles avec la levûre de bière que le docteur Mosse (1) administre délayée dans de l'eau, à la dose de trois cuillerées à soupe par jour.

3° *Traitement local.* — Des cataplasmes émollients et laudanisés sont un aussi bon maturatif du furoncle que l'oignon de lis cuit sous la cendre et mélangé à l'oseille, remède autrefois si populaire; ils suffisent le plus souvent à calmer la douleur qui précède l'expulsion du bourbillon, et lorsque ce corps est sorti, un pansement simple et quelques légères cautérisations avec le nitrate d'argent mènent à bien la cicatrisation de la plaie.

Un certain nombre de malades chez lesquels la douleur est très-vive et le furoncle volumineux, veulent qu'on incise leur tumeur, mais ils ne reçoivent point alors des chirurgiens une réponse identique. Dupuytren, qui admettait un certain étranglement des tissus, conseillait une large incision cruciale, et, à ce propos, il citait l'exemple d'un homme qui portait dans le dos un furoncle du volume d'un œuf de poule, et chez lequel il divisa la tumeur en deux parties égales par une incision médiane, puis le segment supérieur par une incision perpendiculaire à la première. La douleur et la tuméfaction cessèrent dans ce segment supérieur, mais la moitié inférieure resta dure, enflammée, beaucoup plus volumineuse que la veille; on l'incisa ensuite, et tous les accidents disparurent. Nélaton s'élève contre cette pratique, et admet que dans l'immense majorité des cas le débridement prolonge les accidents, loin de hâter leur résolution. D'autres chirurgiens, enfin, supposent que dans tous les cas l'incision ne hâte point la guérison des furoncles. J'ai vu que l'incision du furoncle n'avance pas beaucoup la guérison, mais je crois aussi que cette petite opération fait cesser la tuméfaction douloureuse des parties. Du reste, pour obtenir ce résultat, il faut que l'incision comprenne bien toute l'épaisseur du fu-

(1) *The Lancet*, 1852, vol. II, p. 113.

roncle. Concluons de là qu'il faut inciser les furoncles qui s'accompagnent de vives douleurs, tandis que pour les autres on se bornera à y appliquer des topiques émollients.

§ IV. — De l'anthrax.

On donnait autrefois le nom d'*anthrax* (de *ἄνθραξ*, charbon) à des affections aujourd'hui nettement séparées les unes des autres. Ainsi, on appelait *anthrax bénin* la maladie que nous allons étudier, et qui semble formée par une accumulation de furoncles, tandis qu'on désignait par l'expression d'*anthrax malin* quelques-unes des affections virulentes que nous avons déjà décrites sous le nom d'affections charbonneuses. Il est probable que quelques manifestations extérieures de la morve et du farcin étaient aussi comprises sous le même titre.

On ne doit pas conserver le nom d'anthrax à ces dernières maladies, et nous ne désignerons ainsi que cette 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, par un volume plus considérable, et surtout par des symptômes généraux graves.

HISTORIQUE. — On devra consulter, pour l'histoire de l'anthrax, les travaux que nous avons déjà indiqués à l'article FURONCLE, et de plus les suivants :

CODET, *Dissertation sur l'anthrax* (thèse de Paris, 1813, n° 130). — VERGNIES, *Considérations sur l'anthrax non contagieux* (thèse de Paris, 1815, n° 242). — DUPUYTREN, *Du phlegmon diffus et de l'anthrax* (*Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. IV, p. 468). — HAWKESWORTH-LEDWICK, *Observations on Anthrax* (*Dublin Quarterly Journal*, novembre 1856). — A. WAGNER, *Beitrag zur Kenntniss der Beziehungen zwischen dem Meliturie und dem Carbunkel* [Contribution à la connaissance des rapports entre le diabète et l'anthrax] (*Virchow's Archiv*, 1857, t. XII, p. 40).

SYMPTOMATOLOGIE. — L'anthrax, affection d'un type asthénique, débute rarement sans être précédé d'un trouble général, qui consiste le plus souvent dans de l'anorexie, une certaine lassitude, du malaise, des frissons. On observe aussi quelquefois, longtemps avant l'apparition de la maladie, un certain changement mal défini dans la santé du sujet.

C'est à la nuque, au dos, sur les parois du thorax, aux fesses, qu'on voit l'anthrax se développer de préférence; on l'observe quelquefois aussi dans la région du maxillaire inférieur. Il commence par une tuméfaction circonscrite de la peau, qui est dure, douloureuse et d'une coloration rouge foncé. Cette tumeur, d'abord peu saillante au-dessus des téguments, se recouvre assez souvent à son centre d'une vésicule qui renferme un liquide roussâtre, sanguinolent. Ses premiers progrès sont d'abord assez lents, mais en peu de jours elle s'étend en largeur et s'élève à la surface de la peau. Ainsi l'anthrax acquiert peu à peu une saillie variable de la grosseur d'un