ces abcès, dont le point de départ existe dans les os ou dans les parties fibreuses qui les environnent; nous supposerons l'abcès formé, et nous n'examinerons que les différences qu'il présente avec les abcès froids.

Les abcès par congestion se développent constamment loin du point qui est le siége primitif de la lésion ; ils sont toujours symptomatiques : aussi sont-ils précédés d'une douleur fixe, n'augmentant point à la pression vers le point dont l'affection a été la cause de l'abcès. C'est principalement à la région lombaire, et par suite de la carie vertébrale, ou des tubercules des os, que cette affection se développe : aussi est-il quelquefois difficile de distinguer les douleurs qui précèdent l'apparition de l'abcès par congestion et celles du lumbago.

Le pus de ces abcès est séreux, mal lié comme celui des abcès froids ; le foyer est tapissé par une membrane pyogénique ; mais il existe toujours vers un des points de la circonférence du foyer une ouverture fistuleuse qui communique par un trajet plus ou moins tortueux avec les parties malades : aussi ne doit-on jamais, *à moins que la maladie des os ne guérisse*, espérer obtenir la cicatrisation du foyer sans avoir obtenu la guérison de la maladie primitive.

Le pus des abcès par congestion est, encore plus que celui des abcès froids, susceptible de contracter une odeur infecte par suite du contact de l'air.

L'abcès par congestion ne reste pas sédentaire comme un abcès froid ; il augmente, au contraire, plus ou moins rapidement de volume, de telle sorte que la peau s'amincit, et ne tarde pas à se perforer ; l'orifice devient fistuleux, l'air pénètre dans le foyer, de là des accidents qui enlèvent rapidement les malades.

Plusieurs procédés sont mis en pratique pour le traitement des abcès par congestion : les uns veulent attendre que le foyer s'ouvre de lui-même, car on épargnera pendant longtemps au malade l'incommodité de ces écoulements continuels de pus qui salissent ses vêtements et son lit.

D'autres, d'après Boyer, veulent ouvrir l'abcès de bonne heure, en faisant, comme nous l'avons dit plus haut en parlant des abcès froids, une ponction oblique. On fait cicatriser la solution de continuité en la recouvrant d'un morceau de diachylon que l'on enlève dès que la cicatrisation est complète ; on fait une autre ponction lorsque le foyer a repris son volume primitif.

Enfin, Larrey conseille de laisser le foyer se distendre ; et lorsqu'il présente à son sommet une petite phlyctène qui annonce sa rupture prochaine, il veut qu'on pénètre dans la cavité au moyen d'un carrelet rougi au feu. Après l'écoulement du pus, le contour de l'ouverture se gonfle, empêche l'entrée de l'air, et la plaie se cicatrise. La méthode de Boyer est préférable en ce qu'elle empêche au foyer de prendre une trop grande extension.



---

# CHAPITRE III.

## Panaris.

Le *panaris* est l'inflammation phlegmoneuse des doigts. Tous les doigts peuvent être affectés de cette maladie ; mais le médius, l'indicateur et le pouce sont ceux qui en sont le plus souvent le siége. Le panaris n'attaque en général qu'un seul doigt. Heister rapporte qu'un soldat a eu tous les doigts attaqués en même temps.

On distingue quatre espèces de panaris, d'après les profondeurs de l'inflammation.

La première espèce, *panaris érysipélateux*, réside sous l'épiderme ; c'est à celle-ci que le nom de *panaris* (*paronychia*) convient spécialement, car son siége existe surtout autour de l'ongle.

Le siége de la seconde espèce, désignée sous le nom de *panaris phlegmoneux*, est dans le tissu cellulaire sous-cutané, entre la peau et la gaîne des tendons.

La troisième espèce consiste dans l'inflammation de la gaîne des tendons.

La quatrième espèce, enfin, est caractérisée par l'inflammation du périoste.

A l'exception de la première espèce, qui fait fort souvent le tour de l'ongle et qui, pour cette raison, a reçu le nom de *tourniole*, le panaris siége sur la face palmaire des doigts. Cependant le panaris de la seconde espèce se montre quelquefois sur la face dorsale et sur les parties latérales des doigts : c'est cette variété qui a été désignée par Ravaton sous le nom de *panaris anthracoïde*.

*Symptômes.* — Le *panaris érysipélateux* s'annonce par un léger prurit avec un peu de rougeur à la peau, un peu de douleur ; bientôt l'épiderme se trouve soulevé par la suppuration, qui ne tarde pas à se faire jour au dehors. Quelquefois, cependant, on trouve sous l'ongle une assez grande quantité de pus qui peut

causer une douleur un peu plus vive jusqu'à ce que la suppuration ait un passage à l'extérieur.

Il est très difficile d'établir des symptômes propres aux trois autres espèces de panaris, les altérations qui accompagnent cette maladie étant, ainsi que les douleurs, subordonnées à la profondeur de l'affection.

Au début, une douleur extrêmement violente, accompagnée d'une tension considérable, avec de la rougeur à la peau.

Il est facile de se rendre compte des douleurs excessives qu'éprouvent les malades affectés de panaris, en examinant la structure des parties qui en sont le siége. On trouve, en effet, sur la face palmaire des doigts, un très grand nombre de vaisseaux, qui apportent sur la partie malade une grande quantité de fluides ; il existe en outre de gros filets nerveux qui ne tardent pas à être fortement comprimés par suite de l'inextensibilité du tissu fibreux qui les environne, de celle de la peau toujours très dure et inextensible, et qui augmente de dureté et d'épaisseur chez les individus qui se livrent à des travaux manuels : aussi se manifeste-t-il dans la région malade une sorte d'étranglement extrêmement douloureux.

Le panaris de la troisième espèce est le plus douloureux de tous ; car il ne faut pas oublier que la gaîne fibreuse qui environne les tendons devient une nouvelle cause d'étranglement. Astruc a désigné cette douleur sous le nom de *pertérébrante*.

Quant au panaris de la quatrième espèce, si surtout il s'est développé à l'extrémité du doigt, il est un peu moins douloureux que le précédent, donne moins de suppuration, et se termine par la perte de la troisième phalange. En général, la maladie ne s'étend pas au delà de cette troisième phalange. Dans la deuxième espèce, et dans la troisième surtout, l'inflammation fait quelquefois des progrès très rapides : c'est ainsi qu'ils envahissent, le second, la gaîne des tendons, et dans le troisième l'inflammation se propage le long de ces tendons, gagne la paume de la main, l'avant-bras, cause l'inflammation des ganglions lymphatiques dont les vaisseaux vont se rendre à la partie malade, et occasionnent des accidents extrêmement graves.

A ces symptômes se joignent souvent des symptômes généraux très alarmants : la soif, la chaleur de la peau, la fréquence et la force du pouls ; la langue se sèche et est couverte de fuliginosités, l'appétit devient nul ; la céphalalgie, l'insomnie, et quelquefois même le délire se manifestent. C'est à l'intensité de la douleur qu'il faut le plus souvent attribuer le développement de ces symptômes.



*Terminaison.* — Le panaris peut, mais très rarement, se terminer par résolution ; lorsque cette terminaison très heureuse tend à se faire, les douleurs deviennent moins vives, la peau perd de sa tension et de sa rougeur, et bientôt les symptômes disparaissent complétement.

Mais la terminaison la plus fréquente est la suppuration. Dans le panaris érysipélateux la chute de l'ongle peut être la suite de cette suppuration ; mais lorsque la matrice de l'ongle n'est point altérée trop profondément, l'ongle repousse, quelquefois difforme à la vérité : cet accident est le plus grave qui puisse survenir à la suite de cette espèce.

La suppuration peut, dans le panaris plus profond, ne pas dépasser la gaîne des tendons, et se faire jour à l'extérieur : dans ce cas, la terminaison est favorable ; mais souvent aussi elle pénètre quelquefois dans cette gaîne et détermine l'exfoliation de la gaîne et des tendons eux-mêmes, et par là cause la perte du doigt, par la destruction des tendons fléchisseurs. La suppuration peut encore marcher de proche en proche, gagner la paume de la main, l'avant-bras et déterminer des accidents graves, ou pour le moins la formation d'abcès. Quelquefois même la présence du pus, dans les diverses régions que nous venons de nommer, cause des accidents formidables, tels que la destruction des articulations, et les délabrements sont tels que l'amputation du membre peut devenir nécessaire.

Quant au panaris de quatrième espèce, il est le plus souvent limité à la phalange primitivement malade, et s'il se termine par la perte de cette phalange, le doigt ne présente pas une difformité considérable, et les deux phalanges qui restent peuvent encore rendre de très grands services au malade.

La terminaison des panaris par gangrène est la plus fâcheuse de toutes. On la reconnaît facilement par le changement de couleur de la peau, qui prend une teinte noirâtre, se couvre de phlyctènes remplies de sérosité sanguinolente. Le résultat de cette terminaison est la perte de toute la partie gangrenée, lorsqu'elle n'attaque que le doigt ; mais la mort du malade est le plus souvent la suite d'une gangrène étendue à la main, à l'avant-bras.

*Causes.* — Quelquefois le panaris se développe sans causes connues ; on lui a donné le nom de *mal d'aventure*. Ce nom est surtout réservé au panaris érysipélateux ; quelquefois il est causé par ces petites plaies que présentent les téguments autour de l'ongle, et qui sont désignées sous le nom d'*envies*. Mais les plaies par instruments piquants, surtout lorsque ceux-ci sont chargés

de substances délétères, sont souvent la cause des panaris. Les contusions déterminent aussi fréquemment cette affection ; mais la présence de corps étrangers dans nos tissus, d'échardes, de fragments de verre, sont les causes les plus fréquentes.

Il faut encore ajouter les plaies contuses, surtout celles qui sont accompagnées d'un grand délabrement des parties molles et de fractures des phalanges. M. Roux a vu un panaris se développer à la suite d'une luxation de la seconde phalange du pouce sur la première, avec une déchirure des parties molles qui avait rendu nécessaire l'extirpation de cette seconde phalange.

*Diagnostic.* — Le panaris est une affection en général assez facile à reconnaître; son siége, l'intensité de la douleur, peuvent facilement mettre le chirurgien sur la voie; mais il est très difficile de reconnaître le panaris phlegmoneux du panaris de la troisième espèce, surtout lorsqu'une incision n'a pas découvert les parties malades. A la vérité, lorsqu'une incision a mis les gaînes tendineuses à découvert, on les trouve souvent percées de trous qui communiquent avec leur cavité; mais lorsque ces trous manquent, on ne peut encore dire d'une manière précise si l'inflammation existe dans leur gaîne : l'incision faite dans le tissu cellulaire a pu diminuer les douleurs, mais ce n'est que le lendemain ou le deuxième jour que l'on peut porter un diagnostic exact.

La fluctuation est très difficile à percevoir à cause de l'épaisseur de la peau, de sa tension, et de celle du tissu cellulaire sous-cutané.

*Traitement.* — Au début du panaris le traitement abortif est celui qu'il faut préférer ; on appliquera, comme le veut M. Roux, un assez grand nombre de sangsues à la base du doigt malade au delà de la partie enflammée, ainsi que sur la main et les doigts voisins. On pourra encore, comme le conseille Sanson, remplacer les sangsues, au fur et à mesure qu'elles tombent, par d'autres sangsues, afin d'obtenir un écoulement de sang permanent; on placera ensuite sur la partie malade des cataplasmes émollients arrosés de laudanum, si la douleur était extrêmement vive. On a conseillé, à cette période, l'eau froide, l'eau chaude; on a encore obtenu de bons résultats en plongeant le doigt malade dans du laudanum ; mais ces moyens, ainsi que beaucoup d'autres plus ou moins inutiles, ne doivent pas dispenser des saignées locales, desquelles on peut espérer un bon résultat. On devrait encore, si les symptômes généraux étaient trop alarmants, pratiquer une saignée du bras.



L'incision prématurée est conseillée par la plupart des chirurgiens dans le traitement des panaris. En effet, si l'on considère la douleur si vive qui accompagne le panaris, la densité si considérable du tissu cellulaire et l'épaisseur de la peau auxquelles il faut attribuer tous ces accidents, il paraît tout à fait rationnel de débrider de bonne heure, tant pour arrêter les accidents que pour empêcher l'inflammation de se propager à la gaîne des tendons. M. Roux (1) ne partage pas cette opinion. Voici ce qu'il dit au sujet des incisions prématurées : « Une incision faite avant la » formation du pus paraît diminuer sa douleur, affaiblir l'inten- » sité du panaris quand il est borné au tissu cellulaire sous- » cutané ; mais celui-là n'est jamais très douloureux, et ne paraît » pas nécessiter un moyen que l'usage des autres remèdes peut » très bien remplacer et rendre inutile plus tard, en prévenant » la terminaison par suppuration. Fera-t-on cette incision, sui- » vant l'opinion de quelques personnes, pour prévenir l'extension » de l'inflammation à la gaîne tendineuse, extension dont la possi- » bilité devrait d'abord reposer sur les observations les plus pré- » cises, et qu'on pourrait d'ailleurs révoquer en doute ? Mais » l'emploi de ce moyen ne m'a jamais paru atteindre le but dé- » siré. J'ai constamment vu, malgré la section de la peau et du » tissu cellulaire, la douleur et les autres accidents persister, la » suppuration s'établir dans la gaîne des tendons, quand l'inten- » sité de ces accidents pouvait faire craindre ce fâcheux résultat ; » tandis que des faits nombreux, observés avec le soin le plus » scrupuleux, m'ont démontré que le panaris phlegmoneux ne » changerait pas de caractère pour en revêtir un plus grave, bien » qu'on n'eût pas employé le débridement. Dans le panaris de la » dernière espèce, où cette division des parties molles antérieures » ne procure aucun soulagement et n'apporte aucun adoucisse- » ment à la maladie, fendra-t-on de prime abord la gaîne tendi- » neuse ? Se décidera-t-on à dénuder les tendons ou à inciser » jusqu'aux os, ainsi que le veulent certains praticiens ? Mais » quels seraient les regrets du chirurgien si, par une erreur de » diagnostic dans laquelle il est facile de tomber, appliquant mal » à propos à un panaris phlegmoneux un moyen thérapeutique » au plus convenable dans celui de la gaîne, il amenait la perte » des mouvements du doigt, suite inévitable de ce dernier cas » ou de la section des tendons proposée par quelques chirur- » giens ! Je ne crains donc pas de rejeter entièrement ces inci- » sions prématurées, le plus souvent inutiles, et quelquefois » dangereuses. »

(1) *Dictionnaire de médecine*, en 30 volumes, t. XXIII, p. 61.

La seconde période du panaris exige, au contraire, que le pus soit évacué de bonne heure.

Si l'on avait affaire à un panaris érysipélateux, il faudrait ouvrir la petite tumeur en piquant l'épiderme, couper tout l'épiderme détaché. Si le pus avait fusé sous l'ongle, on le gratterait jusqu'à ce qu'on fût arrivé au foyer ; ou bien, si le foyer s'étendait jusqu'à l'extrémité du doigt, on pourrait, en coupant l'ongle très court, ouvrir une ouverture suffisante à la sortie du pus.

Si l'on ouvre un panaris phlegmoneux, il faut prendre garde de blesser une des artères collatérales des doigts, et d'ouvrir la gaîne des tendons ; pour cela, on fera l'incision sur le côté de la face palmaire du doigt, sur le tiers externe ou interne de cet organe. Si, arrivé au niveau de la gaîne des tendons, on apercevait quelques uns des petits trous dont nous avons parlé plus haut, on passerait une sonde cannelée dans un des orifices, et se servant de la cannelure comme conducteur, on inciserait largement cette gaîne; dans le cas contraire, quand bien même le malade éprouverait encore de grandes douleurs, il faudrait s'abstenir, de crainte de provoquer inutilement la perte du doigt en déterminant l'exfoliation des tendons. Quant à la quatrième espèce de panaris, l'incision devra être faite de bonne heure.

L'exfoliation des tendons ne se fait en général pas attendre longtemps; au bout de quinze à vingt jours toutes les parties exfoliées sont sorties à l'extérieur ; elles se présentent sous la forme de longs filaments blancs faciles à reconnaître.

La guérison des panaris ne se fait pas longtemps attendre dès que l'on a ouvert au pus une large issue ; mais tant qu'il reste une portion de tendon exfolié ou une partie d'os nécrosé, on trouve au milieu de la cicatrice une petite ouverture fistuleuse qui ne se ferme que quand il n'existe plus dans la plaie aucune partie qui y entretienne la suppuration. Lorsque les phalanges se sont nécrosées en partie, que les tendons se sont en même temps exfoliés, la cicatrice doit déformer complétement le doigt ; cet organe devant être dans la suite plus nuisible qu'utile, il faut préférer l'amputation à tout autre traitement.

Les abcès qui se développent à la main, au poignet, doivent être traités comme tous les autres abcès. (Voy. *Abcès.*)

S'il existait dans le courant de la maladie quelques symptômes généraux graves, il faudrait les combattre par un traitement approprié.

---



# CHAPITRE IV.

## Furoncle. Anthrax.

Je réunis dans un même chapitre ces deux affections, dont les caractères anatomiques sont tout à fait semblables, et qui ne diffèrent que par leur étendue.

### § I. — Furoncle.

Le *furoncle* est une maladie qui a son siége dans le tissu cellulaire contenu dans les aréoles de la face inférieure du derme. Lorsqu'un petit nombre de ces paquets graisseux sont malades, l'affection porte le nom de *furoncle* ou de *clou ;* si elle siége sur le bord libre des paupières, elle prend le nom d'*orgelet.* Lorsque, au contraire, un très grand nombre de ces paquets graisseux sont malades, l'affection prend le nom d'*anthrax furonculeux*, *anthrax bénin.*

*Anatomie pathologique.* — Le siége du furoncle est bien, ainsi que nous venons de le dire tout à l'heure, dans le tissu cellulaire qui remplit les aréoles du derme. Les chirurgiens ont pensé que le paquet blanchâtre désigné sous le nom de *bourbillon*, qui sortait par les ouvertures faites naturellement ou artificiellement à la peau, était entièrement formé par le tissu cellulaire gangrené ; mais M. Denonvilliers (Thèse inaug., 8 août 1837, p. 55), dit : « Dans le furoncle, il n'y a pas nécessairement étranglement et inflammation gangréneuse ; ce que l'on prend pour du tissu cellulaire adipeux gangrené n'est qu'un produit de sécrétion qu'on pourrait appeler *matière bourbillonneuse.* » M. Nélaton (1) a démontré que *le bourbillon était un produit de sécrétion pseudo-membraneuse.* En effet, il n'y a rencontré aucune des traces d'organisation que l'on doit trouver dans tous les tissus sphacélés ; d'ailleurs il renverse complétement la théorie qui tendait à prouver qu'il y avait gangrène du tissu cellulaire par suite de l'étranglement que cet organe enflammé éprouvait dans les aréoles du derme, en démontrant qu'*il n'y a pas d'étranglement*, puisque la base des cônes celluleux est parfaitement libre ; que si le sommet seulement des petits cônes est maintenu par des prolongements nerveux et vasculaires, eux seuls seront frappés de gangrène, et que les escarres seront excessivement petites, tandis que le bour-

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

billon présente un volume beaucoup plus considérable que le prolongement celluleux tout entier.

*Symptômes.* — Au début, le furoncle dépasse à peine le niveau de la peau ; mais au bout de trois ou quatre jours, il se présente sous la forme d'une tumeur d'un rouge très vif, dure, à base très large, à sommet acuminé très saillant; du quatrième au sixième jour, la pointe s'élève encore, blanchit, la peau se gerce, et l'on ne tarde pas à la voir se percer, donner passage à une petite quantité de pus par une ouverture très étroite à travers laquelle on aperçoit le bourbillon. Du huitième au douzième jour, celui-ci se détache, tantôt par lambeaux; d'autres fois, lorsque l'ouverture des téguments est assez large, on le voit sortir tout entier, et l'on trouve au fond de la plaie une cavité cylindrique qui ne tarde pas à le rétrécir, et du douzième au quinzième jour la cicatrisation est complète. La douleur qui accompagne le furoncle est très vive jusqu'à la sortie du bourbillon : on l'a comparée à celle que produirait une vrille qu'on enfoncerait dans les tissus. Mais le furoncle est une affection essentiellement locale, qui ne cause jamais de symptômes généraux.

*Terminaison.* — Le furoncle, en raison de ce produit de sécrétion qui constitue un corps étranger dans nos tissus, se termine toujours par suppuration.

*Causes.* — Les causes du furoncle sont peu connues : c'est ainsi qu'on les voit se montrer quelquefois en très grand nombre chez des individus jouissant en apparence de la meilleure santé. D'autres fois, un état d'irritation des voies digestives peut en être la cause; mais le plus fréquemment la malpropreté, l'application continue de corps gras ou d'onguents sur la peau sont la cause des furoncles; enfin, dans quelques circonstances, ils se développent dans le cours d'une maladie ou bien à sa terminaison. Il n'est pas rare de voir se développer chez le même individu une multitude de furoncles qui se succèdent.

*Traitement.* — Il est fort difficile de faire avorter le furoncle, c'est-à-dire d'empêcher la formation de cette matière qui constitue le bourbillon. On a conseillé, dans ce but, de cautériser profondément la tumeur avec le nitrate d'argent; pour faire cesser le prétendu étranglement, cause de tous les accidents, on a ouvert très largement la tumeur jusqu'à sa base. M. Lallemand conseille même de faire une incision circulaire autour de la tumeur; ce procédé a l'inconvénient de faire tomber en gangrène une partie des téguments : aussi lui préfère-t-on avec beaucoup de raison une incision simple ou une incision cruciale lorsque la tumeur est



volumineuse. M. Nélaton (1) pense que l'incision prématurée n'apporte aucune modification à la terminaison de la maladie. Il dit que, malgré l'incision, la sécrétion du liquide albumino-gélatineux continuera de se faire, et que l'instrument tranchant porté sur nos tissus sera cause d'une irritation plus violente : aussi conseille-t-il d'appliquer sur la tumeur, au début, des émollients et des narcotiques, de favoriser la suppuration, afin que le bourbillon soit éliminé plus rapidement. On favorisera la sortie du bourbillon en ouvrant avec un coup de bistouri la tumeur, lorsqu'elle sera suppurée. Les saignées locales doivent être abandonnées; car, outre qu'elles sont inutiles, puisque jamais elles ne détermineront l'avortement du furoncle, elles augmenteront l'irritation tant par les piqûres qu'elles nécessitent qu'en appelant le sang vers la partie enflammée. Jamais les accidents ne sont assez considérables pour que la saignée générale soit nécessaire.

S'il existait quelque embarras du côté des voies digestives, de légers purgatifs, de l'eau de Sedlitz, par exemple, seraient administrés avec avantage.

### § 2. — Orgelet.

On appelle *orgelet* ou *orgeolet* le furoncle du bord libre des paupières.

Les caractères de l'orgelet sont exactement les mêmes que ceux du furoncle : tumeur dure, livide, douloureuse, se terminant toujours par suppuration et par la sortie du bourbillon. Il se développe le plus souvent vers la face externe des paupières; il est alors moins grave que celui qui se montre sur la face interne, car, dans ce dernier cas, non seulement il gêne la vision, mais encore il peut irriter le globe de l'œil par les frottements qu'il exerce sur lui. L'orgelet peut être chronique, c'est-à-dire qu'il se développe sur les paupières une tumeur dure, indolente, gênant la vision, qui, au bout d'un mois et même plus, s'enflamme, et prend tous les caractères d'un orgelet aigu.

Le traitement de l'orgelet consiste dans l'application de cataplasmes émollients et de lotions émollientes sur les paupières. Il ne faudrait pas faire d'incisions pour faciliter la sortie du bourbillon : l'expérience a démontré que cette pratique était mauvaise.

Si l'orgelet était développé sous l'influence d'embarras du côté des voies digestives, il faudrait combattre cette lésion par de

(1) Nélaton, *loc. cit.*, p. 384.

légers laxatifs dans la crainte de voir l'affection furonculeuse récidiver.

### § 3. — Anthrax bénin.

L'*anthrax bénin* n'est autre chose qu'un furoncle très étendu, c'est-à-dire dans lequel un grand nombre d'aréoles du derme sont malades ; aussi nous décrirons en peu de mots cette maladie, ce que nous avons dit du furoncle pouvant parfaitement lui être appliqué.

L'*anthrax malin* sera décrit avec les affections gangréneuses. (Voy. *Pustule maligne.*)

L'anthrax se présente sous la forme d'une tumeur beaucoup plus considérable que le phlegmon ; sa base est plus large ; son sommet, au lieu de se terminer en pointe, est hémisphérique ; la peau est rouge, violacée, se recouvre quelquefois de phlyctènes remplies de sérosité sanguinolente ; bientôt elle se perfore en presque autant de points qu'il existe de bourbillons, c'est-à-dire de paquets cellulo-graisseux malades ; les ouvertures qui leur livrent passage donnent à la tumeur à peu près l'apparence d'une pomme d'arrosoir. Lorsque ces ouvertures sont très rapprochées les unes des autres, la peau se détruit, et après l'élimination du produit pseudo-membraneux, la plaie se présente sous la forme d'un véritable ulcère, mais qui guérit facilement ; d'autres fois, au contraire, la peau est décollée, les aponévroses sont mises à nu, et l'anthrax est le point de départ d'un phlegmon diffus ; il suit alors la même marche que cette dernière maladie : c'est dans cette circonstance qu'il a pu quelquefois causer la mort des malades.

L'anthrax, lorsqu'il a un volume assez considérable, donne lieu à des symptômes généraux quelquefois assez intenses, tels que la fièvre, des nausées, des vomissements.

Le pronostic de cette maladie varie avec son siége, son intensité ; c'est ainsi que quelquefois l'anthrax a pu causer la mort, et que, siégeant au cou, il a pu par son développement déterminer la suffocation. Mais, en général, cette affection ne présente pas une grande gravité ; le mouvement fébrile disparaît en général aussitôt que les bourbillons se sont fait jour au dehors.

*Traitement.* — M. Nélaton proscrit, comme dans le furoncle, les incisions prématurées. Il se contente de conseiller les émollients et le repos absolu ; il recommande, lorsque la peau est perforée, d'exercer une légère pression sur la base de la tumeur, afin de faciliter la sortie du bourbillon. Sanson conseille d'appliquer, au début, de nombreuses sangsues sur la base ; il les fait abondamment saigner, afin de faire avorter l'anthrax en partie ; et, si la douleur était trop considérable, il fait une incision cruciale du sommet vers la base de la tumeur ; il diminue par ce moyen considérablement l'intensité de la douleur, et en procurant une large issue aux bourbillons et à la suppuration, il prévient la gangrène de la peau.



S'il existait quelques complications du côté des voies digestives, on les combattrait au moyen de légers laxatifs et des boissons délayantes.

Si après l'ouverture des téguments le bourbillon tardait à se faire jour au dehors, on panserait avec quelques digestifs ou avec des liqueurs aromatiques ; et lorsque la plaie serait détergée, un pansement avec du cérat ou des bandelettes agglutinatives serait le seul qu'il faudrait employer.

---

## CHAPITRE V.

### Plaies.

Les *plaies* sont des solutions de continuité produites par cause externe.

Les plaies sont simples, composées ou compliquées.

Les *plaies simples* sont celles qui, n'affectant qu'un ou deux tissus, ne présentent d'autres indications que la réunion ; les *plaies composées* affectent plusieurs tissus ; enfin les *plaies compliquées* sont accompagnées d'accidents graves ou de quelques maladies qui présentent des indications particulières.

Les plaies peuvent être observées sur toutes les parties du corps, et leur gravité est en raison de l'importance des organes qui peuvent avoir été blessés : aussi les plaies du cou sont-elles en général plus graves que celles des membres, en raison de la grande quantité d'organes importants qu'on trouve dans cette région.

Il est important de noter la direction des plaies, et par rapport à l'axe du corps, et par rapport aux tissus blessés. Une plaie sera *longitudinale* lorsqu'elle sera parallèle à l'axe du corps, *transversale* lorsqu'elle lui sera perpendiculaire, *oblique* quand elle tiendra le milieu entre ces deux directions. Sous le rapport des tissus divisés, elles seront également longitudinales, transversales et obliques. On conçoit parfaitement que telle qui est longitudinale