

mer, un gros furoncle en résulte, et quelquefois l'élimination spontanée de la poche amène la guérison. S'ils sont volumineux, après avoir distendu la peau ils ont gagné la nappe celluleuse voisine et là, par les connexions qu'ils ont avec elles, peuvent devenir une source de danger quand ils s'enflamment. On doit remarquer cependant que d'habitude l'inflammation des kystes sébacés reste limitée et se conduit comme un abcès ordinaire. La peau perforée laisse échapper le pus, la cavité suppure, et la plaie se referme.

La guérison spontanée par ce mécanisme est peu fréquente. Presque toujours le kyste se reproduit, et de nouvelles poussées inflammatoires surviennent jusqu'à ce que la coque connective soit enlevée ou éliminée.

Les caractères précédents ne permettent guère de confondre de pareilles tumeurs avec des lipomes ou des productions solides. Peut-être certaines loupes très rapidement développées et fluctuantes pourraient-elles être prises pour des abcès froids. Ce qu'il importe le plus de distinguer ce sont les deux variétés dont nous avons parlé dès le début.

Le kyste dermoïde contient des poils, des débris osseux quelquefois : l'anatomie pathologique ne permet aucun doute.

Au point de vue clinique, il faut établir que tout kyste siégeant sur les sourcils, près des orifices de la face, sur le front, a bien des chances d'être un kyste dermoïde, surtout quand il est de date ancienne et quand il est sur les os sous-jacents entouré d'un cercle dur qui semble prouver que depuis longtemps il a fait subir au périoste un travail irritatif.

Ce dernier signe se retrouve cependant, mais peut-être moins accusé, dans quelques circonstances pour les kystes simples du cuir chevelu qui peuvent avoir usé assez profondément les os de la voûte crânienne; ce qui est une exception très rare.

Traitement. — Le mode de production et d'accroissement des kystes sébacés conduit facilement au traitement qu'il convient de leur appliquer. Tout procédé qui sera basé sur la suppuration et tendra à déterminer dans la poche un travail d'élimination sera mauvais parce qu'il sera suivi d'un long traitement et ne mettra pas à l'abri des accidents des plaies.

Par contre toute opération qui visera particulièrement la poche et se préoccupera, après l'avoir enlevée, d'obtenir une réunion immédiate des bords de la plaie, sera une opération de choix.

Une incision de toute l'épaisseur de la peau permettant au doigt ou à la sonde cannelée de se glisser entre les tissus voisins et la poche, sera la voie facile d'une énucléation rapide.

Si la paroi est mince et le kyste assez étendu, peut-être obtiendra-t-on dans quelques circonstances de bons résultats d'une injection préalable de cire fondue dans la cavité après avoir par pression éliminé la matière kystique. Ce procédé récent ne devra pas être oublié.

Cette injection a pour but de distendre la poche kystique par une matière capable de durcir rapidement et de permettre ainsi une extirpation plus facile.

Mais en toute circonstance le chirurgien ne devra pas faire sans motif des opérations de complaisance, et la règle de sa conduite sera de chercher par l'antisepsie et l'occlusion jointe au drainage et à la compression, la réunion immédiate.

§ 4. — Furoncle.

Le *furoncle* et l'*anthrax* sont deux lésions inflammatoires de la peau que trop de caractères communs unissent l'une à l'autre pour que dans notre pensée, une séparation nette puisse être faite entre elles. La même lésion anatomique fondamentale existe; la même influence générale préside souvent au processus inflammatoire; le même *microbe* enfin a été retrouvé sur les parties enflammées, et paraît exercer son action sur les éléments de la peau pour préparer la poussée inflammatoire circonscrite ou diffuse selon qu'il se concentre sur un point ou se multiplie rapidement de proche en proche.

Bien que cette sorte d'identité existe entre les deux affections, nous désirons rester fidèle à l'usage qui a jusqu'à ce jour prévalu, de décrire séparément le furoncle et l'anthrax, parce que la clinique ne peut que gagner à cette description distincte.

Le *furoncle* est donc une affection inflammatoire de la peau. Elle se termine presque toujours par suppuration et quelquefois par gangrène, se présente sous l'aspect d'une tumeur rouge, acuminée, bientôt ulcérée à son centre et donne par l'ulcération issue d'abord à de la sérosité purulente, ensuite à une masse blanchâtre composée de pus, de débris épithéliaux et fibroïdes qu'on appelle *bourbillon*.

Cette définition, pour rester dans des limites qui s'accordent avec la généralité des cas, est nécessairement incomplète. Elle n'établit pas d'une manière certaine le siège anatomique du furoncle.

On a beaucoup discuté sur l'anatomie pathologique de la maladie furonculaire, et nous n'avons pas à revenir aujourd'hui sur les opinions qui ont eu cours dans la science. Laissant donc de côté la théorie qui plaçait l'inflammation dans les aréoles celluleuses du derme (Dupuytren), dans les mailles du tissu sous-cutané avec production pseudo-membraneuse (Gendrin, Nelaton), nous admettrons que l'élément glandulaire de la peau est celui qui se trouve tout d'abord frappé (Richet, Denucé). L'histologie comme l'observation clinique donnent raison à cette manière de voir.

Si en effet on voit le furoncle comme l'anthrax se développer presque uniquement sur les régions de la peau munies de glandes sébacées, si les furoncles nés sur les muqueuses ou à la paume des mains et à la

plante des pieds ou dans le creux axillaire sont plus rares et revêtent une physionomie spéciale, n'y a-t-il pas là une preuve que le système pilo-sébacé est leur siège de prédilection et que les autres glandes, les sudoripares par exemple, sont plus rarement atteintes et donnent toujours au furoncle un caractère spécial?

La clinique vient à l'appui de cette manière de voir. Un furoncle se développe : dès le début la tumeur acuminée, encore très petite, porte un poil à son sommet. L'inflammation se développe-t-elle régulièrement? la suppuration prête à se former pourra cependant, dans quelques cas exceptionnels ne pas survenir, et il restera après elle une nodosité dure dans la peau, une petite tumeur élastique qui par la suite conserve tous les caractères du kyste sébacé. Et les petites tumeurs sébacées, quand elles viennent à s'enflammer, ne présentent-elles pas les caractères du furoncle? La matière qu'elles expulsent quand elles se sont ulcérées offre, en effet, bien des traits reconnus caractéristiques du bourbillon furonculaire.

Le bourbillon examiné au microscope ne laisse en effet aucun doute sérieux sur ses origines : au centre des débris graisseux et épithéliaux, à la périphérie du tissu conjonctif avec des leucocytes. Les petits abcès voisins, le pus collecté en plus grande quantité ne jettent aucun trouble sur l'interprétation qui doit être donnée à l'examen pathologique. Ils prouvent simplement que l'inflammation peut avoir amené sur divers points la formation de petites collections purulentes, et les glandes indemnes de toute lésion retrouvées çà et là prouvent simplement que toutes les glandes de la région n'ont pas été envahies.

Des abcès plus volumineux que les collections limitées au voisinage du bourbillon apparaissent assez souvent : le furoncle perd alors rapidement son caractère vulgaire pour revêtir celui d'une petite tumeur nettement fluctuante. Dans d'autres circonstances, la peau qui le recouvre et le tissu conjonctif qui l'enveloppe sont frappés de sphacèle. Ces caractères suffisent pour établir des formes spéciales qui répondent ou bien à une localisation particulière de l'inflammation (glandes sudoripares) ou bien à un état général dyscrasique (Diabète, albuminurie).

Il est du reste remarquable que l'état général exerce une influence marquée sur la maladie furonculaire. Les sujets épuisés par des maladies graves, les albuminuriques, les diabétiques surtout, offrent à cet égard une prédisposition marquée. Mais quelle est la cause intime de cette prédisposition? Elle nous échapperait certainement encore si les travaux récents qui font jouer aux microbes un rôle si important dans l'étiologie de beaucoup d'affections ne nous donnaient la solution du problème.

Pasteur a depuis longtemps constaté sur la peau et dans le pus des furoncles la présence de microbes aérobies, « formés de petits cocci

sphériques réunis deux par deux, rarement par quatre, fréquemment associés en amas (Cornil); ils n'existent pas dans le sang. »

Löwenberg les a retrouvés dans le furoncle de l'oreille; « il fait jouer dans l'étiologie de cette affection un rôle aux follicules pilo-sébacés. Il remarque que les poils follets qui fixent à leur surface les micro-organismes de l'air et de l'eau peuvent servir à faire pénétrer ces mêmes bactéries dans les follicules pileux, en leur traçant pour ainsi dire leur chemin. Il insiste sur ce fait, en faveur de la nature parasitaire de l'affection, que le furoncle se sème pour ainsi dire à son pourtour et qu'un premier furoncle est suivi d'une série d'autres qui se développent dans son voisinage » (Cornil).

Ces quelques mots empruntés à Cornil et Babes résument ce que nous devons admettre aujourd'hui comme pathogénie du furoncle.

Si ces suppositions basées sur les recherches récentes sont exactes (et elles sont tout au moins probables), nous y trouvons une explication simple de la marche suivie par l'affection. Il ne faut plus s'étonner de voir les topiques dits irritants, les topiques humides, amener des éruptions furonculaires. On peut très bien admettre encore qu'un état général grave constitue par les modifications qu'il fait subir à nos tissus un milieu de culture favorable à la multiplication du microbe.

L'étiologie du furoncle ne nous arrêtera pas : elle est vulgaire et bien connue. Mentionnons seulement que le diabète, qu'il convient à tous égards de ranger parmi les causes générales, est cependant enveloppé d'obscurités profondes. Il est antérieur aux éruptions furonculaires ou n'apparaît qu'après elles. Quelquefois il disparaît en même temps que cette éruption ou continue après sa disparition. Le fait le mieux prouvé à l'heure actuelle est que tout sujet diabétique est soumis à des poussées furonculaires et que toujours il est menacé du développement d'un anthrax. On pourrait peut-être admettre tout à fait hypothétiquement que la sueur qui chez les diabétiques contient du sucre tout aussi bien que l'urine (les deux sécrétions étant corrélatives) déposée sur la peau crée autour des follicules pilo-sébacés un terrain des plus favorables au développement des microbes.

Le furoncle, avons-nous dit, est la tumeur enflammée, rouge, acuminée, accompagnée d'une douleur prurigineuse qui devient vive et térébrante à mesure que l'inflammation gagne en surface et en profondeur. Le centre devient violacé, son épiderme se soulève pour laisser accumuler un peu de sérosité; enfin l'ulcération suit de près cette altération centrale et du pus s'écoule. L'ulcération augmentant bientôt, est isolée ou multiple selon qu'on est en présence d'un furoncle de petit volume ou d'un de ces furoncles qui par leur plus vaste étendue se rapprochent de l'anthrax. Toujours est-il que par ces perforations simples ou multiples le bourbillon apparaît vers le cinquième jour. C'est une masse jaunâtre, molle, baignée de pus, dont nous avons déjà décrit les caractères anatomo-

miques. Après lui, reste une sorte de cratère peu à peu envahi par des bourgeons charnus, et la cicatrisation se fait. Mais cette cicatrisation ne s'obtient pas sans laisser à sa suite pour un temps quelquefois assez long une induration de la peau sans importance.

Voilà quelle est la marche de cette affection simple, dont le chirurgien pas plus que les malades ne se préoccupent ordinairement.

Si simple cependant que soit le furoncle, on ne doit pas oublier que le siège de son inflammation dans l'intimité du derme le met en rapport suivant les régions avec des réseaux lymphatiques, des veines, ou même des nappes celluluses d'une extrême richesse qui constituent autant de sources de dangers pour les fonctions des organes avoisinants ou même pour la vie du sujet.

De ces complications le trouble fonctionnel est encore la plus légère. La rétention d'urine pour les furoncles du bas-ventre, ou du périnée la constipation pour ceux des parois abdominales, la dysphagie ou un peu d'oppression quand ils siègent au cou, etc... sont des accidents qui rarement préoccupent, et demandent seulement à être surveillés et amoindris par une thérapeutique rationnelle; mais les propagations inflammatoires sur les vaisseaux voisins, la phlébite avec toutes ses conséquences, se retrouvent ici comme une menace terrible quand les furoncles se développent dans certaines régions telles que la tête ou le cou, où la richesse vasculaire est très développée.

Le lymphangite avec adénite consécutive est fréquente dans toutes les régions, mais surtout quand le furoncle apparaît sur la face et les membres. D'un pronostic douteux, elle doit tenir en éveil l'esprit du chirurgien alors surtout qu'il y a menace d'adéno-phlegmon ou signes généraux accentués qui rappellent que derrière la lymphangite peut apparaître la phlébite.

Celle-ci, par la soudaineté de son apparition, par la rapidité de son évolution, est tellement grave que dans bien des cas elle est au-dessus de l'art. Le furoncle, le petit anthrax des lèvres, de l'orifice du nez, du menton, du cou, de la joue, de la région sourcilière, a fourni trop de morts pour qu'ils ne soient pas réputés comme particulièrement dangereux (Denucé). A peine un premier frisson vient-il attirer l'attention que déjà il est trop tard pour agir, l'œdème survient sur la face, l'exorbitis se présente, la peau tendue devient livide par places et çà et là fluctuante; tout fait prévoir que des plexus veineux de la face l'inflammation s'est répandue jusqu'au crâne par la veine ophthalmique, par les plexus rachidiens. Les troubles généraux limités en effet aux frissons répétés et à la fièvre augmentent, le délire survient et la prostration annonce bientôt la mort.

Ces accidents si graves de la phlébite n'interviennent que lorsque le furoncle atteint en profondeur jusqu'aux réseaux veineux sous-dermiques; s'ils sont plus fréquents à la face et au cou, c'est d'une part,

parce que dans ces régions, la peau est moins épaisse et que d'autre part la circulation y étant plus active, les vaisseaux y sont plus nombreux en raison des nécessités de calorification et d'expression passionnelle qui déterminent la rougeur ou la pâleur de la face et du cou.

Tous les furoncles de la face et à plus forte raison ceux du cou n'amènent pas la phlébite; très souvent ils suivent la marche simple des furoncles ordinaires. Il en est de même pour l'infection purulente qui peut arriver quelquefois avec ses caractères ordinaires et ses abcès métastatiques. En dehors des conditions anatomiques que nous venons de signaler comme présidant à la production de ces accidents, nous ne serions pas éloignés de croire que le traitement influe dans bien des cas sur les terminaisons funestes. On peut croire en effet que les incisions faites sans indications urgentes, faites surtout dans de mauvaises conditions, sans précautions aseptiques et avec le bistouri tranchant, qui ouvre les vaisseaux sans amener en même temps l'occlusion de leurs orifices, on peut croire que ces mauvaises incisions ont pour résultat immédiat d'ouvrir à l'infection et à la mort une large porte.

La netteté avec laquelle se présentent ordinairement les éruptions furoncleuses ne permet guère de les confondre avec d'autres affections; aussi passerons-nous rapidement sur la pustule maligne, dont les caractères d'escharification centrale avec zone vésiculeuse périphérique établissent d'emblée le diagnostic.

Il semble beaucoup plus important de reconnaître les variétés de furoncle. Au début de cet article nous avons établi que les formes *phlegmoneuse* et *gangréneuse* étaient assez rares.

Le furoncle phlegmoneux n'est pas en général d'un volume excessif. Limité, bien au contraire, il perd très vite son induration pour devenir fluctuant; c'est un véritable abcès au milieu duquel le bourbillon est comme perdu et ne se retrouve guère après l'incision. Cette forme appartient surtout au furoncle des glandes sudoripares; il est rare. On le retrouve dans le creux de l'aisselle, où il est mieux connu sous le nom d'*abcès tubéreux*. Ordinairement très limités, ces abcès tubéreux peuvent acquérir quelquefois un volume plus grand; mais les adhérences de la peau avec le plan aponévrotique empêchent toujours qu'ils décollent les téguments sur une vaste étendue. Les glandes sudoripares très développées de cette région expliquent leur fréquence relative.

Le furoncle gangréneux n'a d'autre intérêt pour le clinicien que d'annoncer ou de faire supposer un état général mauvais: il est facilement reconnaissable.

Toutes ces variétés: simples, phlegmoneuses, gangréneuses, occupent les régions glandulaires de la peau et des orifices muqueux. Il faut cependant s'attendre à rencontrer des furoncles en d'autres points où ils deviennent alors des raretés, le voile du palais, la voûte palatine. Il

suffit de signaler ces exceptions qui en réalité sont des hypertrophies glandulaires, mais non de véritables furoncles pilo-sébacés.

Avant d'aborder l'étude du traitement que nous résumerons du reste à quelques principes généraux, il nous faut dire encore que le furoncle peut se montrer avec un caractère épidémique et que dans ses manifestations ordinaires il affecte assez souvent la forme de poussées discrètes ou confluentes. Ce caractère épidémique n'a rien qui surprenne si on admet l'origine microbienne de la maladie. Il se comprend aussi bien que les éruptions discrètes qui ne sont après tout que des inoculations de proche en proche, ou si l'on veut, la multiplication régulière d'un microbe déposé sur un terrain favorable.

Nous ne décrirons pas la forme confluyente, elle appartient à l'anthrax, qui en réalité n'est qu'une réunion de furoncles. En raison de sa gravité, du traitement qu'il réclame, l'anthrax demande une description spéciale devenue du reste facile après les principes généraux propres aux deux formes de la maladie, principes que nous avons exposés dès le début de cet article.

Traitement. — Le furoncle réclame par ses origines, sa marche et ses complications, un traitement général et un traitement local.

Le premier s'attachera à détruire les causes en s'adressant à l'état général du sujet, à ses habitudes, à sa profession, à ses soins de propreté. Nous ne pouvons entrer dans le détail.

Le second, essentiellement chirurgical, sera simplement basé sur l'expectation raisonnée et attentive, ou l'on n'hésitera pas à recourir à l'instrument tranchant : actuellement on aime assez à respecter le furoncle lorsqu'il n'occasionne pas une trop vive douleur ou ne s'accompagne pas de suppuration avec décollement.

Pour nous les indications précises de l'incision sont : la douleur, la suppuration, la lymphangite avec tuméfaction ganglionnaire, enfin et surtout la phlébite. Encore convient-il de distinguer de quelle manière doit être pratiquée l'incision. Tandis qu'un simple coup de bistouri suffira pour les furoncles de peu d'importance et pour les abcès qui les accompagnent, l'instrument tranchant ne vaudra rien dans les cas de lymphangite et de phlébite. Ces deux complications, déjà soumises dans leur évolution à certaines conditions de septicité, doivent être avant tout tenues à l'écart des moyens qui pourraient aggraver ces conditions elles-mêmes. Ne pas ouvrir les vaisseaux déjà soumis, quelques-uns au moins, à la suppuration, voilà quel doit être le principe. Il faut donc recourir au thermo-cautère et agir sur le furoncle compliqué comme on le ferait sur la pustule maligne.

Il semble qu'on doive constamment respecter les petits furoncles de la face quand ils ne sont encore devenus le siège d'aucune complication. Dès que le premier frisson survient, on est autorisé à agir, dans les limites et avec les moyens dont il vient d'être question. Il nous

semble inutile de rappeler que toujours dans ces cas, en raison même de la nature septique des accidents, les méthodes aseptiques sont indispensables.

§ 5. — Anthrax.

L'*anthrax*, pour les anciens chirurgiens, devait être une tout autre affection que le furoncle. La gravité de son pronostic l'avait fait ranger dans une classe à part : les maladies charbonneuses. Plus tard est venue la distinction d'*anthrax bénin* et d'*anthrax malin*, fausse évidemment, puisqu'elle préjuge de la nature même de l'anthrax qui est simple, unique. On peut décrire une forme limitée et une forme diffuse, envahissante : la question renfermée dans ces limites ne s'écarte ni des données fournies par la clinique ni de celles que nous ont fait connaître l'histologie et la chimie biologique.

Le congrès de Bordeaux (1865) où la malignité de l'anthrax devint l'objet d'une discussion sérieuse n'a point établi l'existence de ce caractère. Comme on l'a dit, l'anthrax peut en certaines régions acquérir une physionomie plus grave, mais il n'en ressort pas une différence sérieuse, et la nature de la maladie reste partout la même.

L'anthrax, soumis aux mêmes causes que le furoncle, dont il n'est en quelque sorte que la grave expression, a naturellement son siège dans le système glandulaire de la peau. Les follicules pilo-sébacés envahis de proche en proche sur une large surface entraînent autour d'eux des lésions inflammatoires qui ne peuvent à un moment donné manquer d'aboutir à la gangrène. Follicules, trabécules du derme, se trouvent compris dans une sorte de phlegmon total qui gêne la circulation et produit rapidement la mort des éléments anatomiques.

La gangrène dans l'anthrax bien plus que dans le furoncle forme un caractère principal, non que la mortification s'offre sur de larges surfaces, mais l'issue des bourbillons est toujours accompagnée de lambeaux plus ou moins grands provenant des parties profondes du derme, et la peau ulcérée sur des points multiples présente de larges pertes de substance. Quelquefois il arrive que le travail de mortification s'étend plus profondément, gagne le fascia superficialis ordinairement respecté, enfin que, pénétrant plus profondément encore, il arrive jusqu'aux aponeuroses et les franchisse (Broca). Nous touchons aux exceptions qui s'expliquent non par l'hypothèse d'un anthrax malin, mais par le terrain sur lequel évolue l'affection, terrain défavorable déterminé par un état général diathésique ou profondément épuisé.

La suppuration qui par sa très grande abondance, quelquefois observée, a fait décrire des furoncles phlegmoneux, se trouve ici avec les mêmes caractères de collections limitées ou de nappes purulentes. De même en effet que la gangrène peut frapper le tissu cellulaire, la suppuration

peut l'envahir; au-dessous de l'anthrax on voit alors se former une vaste poche fluctuante comme si la tumeur anthracoidé avait été le point central d'où serait parti un phlegmon par diffusion vers le tissu conjonctif.

De l'anthrax il faut donc se faire un tableau qui ne saurait s'éloigner de la description du furoncle dont il est l'expression multipliée. Il faut le considérer comme une éruption confluente de furoncles.

Soumis en effet à la même étiologie, aux mêmes prédispositions générales et locales, affectant le même siège, il restera localisé sur place après avoir acquis un certain volume, ou bien franchira ses limites primitives pour s'étendre indéfiniment et former ces tumeurs considérables qui occupent toute une région. Autour de lui on verra des zones successives de furoncles plus petits, rapprochés d'abord, plus disséminés ensuite; on voit là une preuve de l'origine parasitaire découverte dans ces derniers temps.

Entre ces deux affections les complications ne varient pas : elles restent les mêmes avec leurs caractères plus ou moins graves selon qu'elles portent sur les réseaux lymphatiques ou sur le système veineux.

Cependant où s'arrête le furoncle et où commence l'anthrax ? Il semble au premier abord difficile de le dire : pour tourner la difficulté on a admis le furoncle anthracoidé. Il nous semble que le volume d'emblée, suffisant pour faire comprendre qu'une certaine zone glandulaire est envahie, joint aux signes généraux graves précédant ou accompagnant l'éruption, constitue un signe de nature à établir dès le début l'existence d'un anthrax.

Enfin jusqu'aux dernières limites l'anthrax doit être rapproché du furoncle; il peut être unique ou multiple, mais il est ordinairement unique. Quand on voit sur le même sujet plusieurs anthrax, ils se présentent plutôt avec l'aspect de gros furoncles; ce sont des anthrax limités. On comprend du reste que l'économie, déjà sérieusement ébranlée par une seule de ces tumeurs inflammatoires, ferait difficilement les frais d'un plus grand nombre si elles étaient volumineuses, et qu'à plus forte raison elle se prêterait mal à la succession d'une éruption confluente successive. Si plusieurs anthrax se succèdent, ils sont encore limités.

Examinons maintenant la marche clinique de l'anthrax : un sujet miné par les chagrins, le travail, les préoccupations, ou plus souvent atteint de diabète ou de tout autre affection dyscrasique grave, présente tout à coup une fatigue excessive, de l'insomnie, ou un sommeil agité par des réveilleries; il a de la fièvre, quelques nausées et une inappétence absolue. Tous ces signes augmentent rapidement et se résument dans un sentiment de courbature extrême. Presque en même temps ou peu après, la nuque, la région dorsale, l'épaule, la région fessière ou tout autre partie, telle qu'un bras ou une cuisse, devient le siège d'une douleur vague d'abord, bientôt prurigineuse. C'est le

début de l'anthrax. On explore la partie devenue sensible. Que voit-on ? Une tumeur inflammatoire limitée, pouvant avoir le volume d'une noix ou d'une petite orange. Elle est rouge, élevée au-dessus de la peau, entourée d'une zone œdémateuse.

Le doigt éprouve sur elle une résistance élastique moins accentuée au pourtour que vers le centre, où elle devient presque ligneuse.

La couleur, au début rouge clair, devient bientôt plus foncée, surtout au centre, et les limites de la tuméfaction gagnent en étendue. C'est ainsi que toute une région telle que la nuque ou la partie postérieure de la cuisse peut se trouver envahie. Cette extension du mal ne se fait pas sans que les signes généraux prennent une tournure quelquefois très grave. Il s'agit alors de l'anthrax diffus, envahissant, sur la nature duquel nous nous sommes expliqué au début de cet article.

Dans les cas les moins graves on voit nettement, après deux jours ou trois, la circonférence rester stationnaire; l'œdème diminue autour d'elle et les tissus (Trélat) prennent là une couleur jaunâtre d'un assez bon pronostic.

Quelle que soit la marche de l'anthrax, qu'il reste limité ou devienne diffus, comme dans le furoncle, vers le cinquième jour l'ulcération apparaît. La peau devenue violacée au centre de la tumeur se recouvre de phlyctènes soulevées par de la sérosité louche ou brune; ces phlyctènes se crèvent, et le derme déjà ulcéré au-dessous d'elles ne tarde pas à s'ouvrir tout à fait; du pus s'échappe et le bourbillon apparaît. Mais ces ulcérations sont nombreuses et quelquefois très rapprochées; aussi la peau ulcérée dans des points si voisins ne tarde pas, après avoir offert l'aspect d'un guépier ou d'une écumoire, à présenter un vaste cratère béant d'où s'échappent des produits de sphacèle, qu'ils appartiennent aux bourbillons ou aux tissus dermiques voisins.

A cette période de l'évolution de l'anthrax dont la marche ne saurait mieux être comparée qu'à celle du phlegmon diffus, à cette période la suppuration ne cesse d'entraîner avec elle les produits gangrenés dus à l'étranglement inflammatoire. Suivant l'intensité de ce dernier, on voit partir à travers la plaie des lambeaux de tissus sphacelés qui témoignent des atteintes profondes subies par le tissu conjonctif, et la peau, privée désormais du soutien qui vers elle conduisait les vaisseaux, va s'ouvrir encore. Les lambeaux retombent en effet dans le cratère creusé par l'élimination, ils suppurent, puis se flétrissent, et enfin, n'étant plus nourris, deviennent des eschares.

Telle est la marche de l'anthrax jusqu'au moment où la réparation commence. Jusque-là les complications du furoncle : phlébite, infection purulente, érysipèle, ont été menaçantes; elles seront à redouter jusqu'à ce que la réparation soit terminée. Peut-être la phlébite est-elle moins à craindre alors, mais l'érysipèle, l'infection purulente, sont encore possibles chez un sujet qui suppure et, disons-le, qui suppure dans