

plus vives douleurs, surtout là où l'épiderme est enlevé ; aussi a-t-on, de tout temps, recommandé de placer autant que possible les parties brûlées à l'abri du contact de l'air, au moyen de pansements souples et bien adaptés. Pour les brûlures limitées, on emploie de la toile ou du coton imbibés d'huile d'olive, de blancs d'œufs, d'huile de lin avec de l'eau de chaux (parties égales). On les laisse appliqués durant les premiers jours pour ne pas arracher, en les ôtant, l'enveloppe des bulles, et on empêche leur dessiccation par des attouchements fréquents avec ces mêmes liniments. On peut aussi appliquer sur ces appareils des compresses d'eau froide, si la sensation du froid est agréable au malade.

On a également, à différentes reprises, recommandé d'autres moyens de protection qui n'agissent en réalité que dans le même sens, comme le liniment calcaire, bien que quelques auteurs leur aient attribué une action très remarquable, puisqu'ils devaient mettre à l'abri de la suppuration et des cicatrices.

Nitsche conseillait de badigeonner les points brûlés avec du vernis (huile de lin et céruse) auquel on aurait ajouté en le chauffant 5 0/0 d'acide salicylique, d'étendre ainsi successivement plusieurs couches se desséchant graduellement et d'appliquer par-dessus un bandage. Ed. Busch recommande d'envelopper les parties de papier de gutta-percha bien imbibé d'huile et de mettre ensuite un bandage avec de l'ouate imbibée de colle. Johnston fait panser les parties brûlées avec du carbonate de soude dissous dans de l'eau camphrée, tandis que Herzenstein et Troizki vantent simplement la soude comme pansement dans les brûlures, sous forme de poudre pour les cas légers, en solution à 2 0/0 pour des enveloppements humides dans les brûlures du deuxième et du troisième degré.

Quel que soit celui de ces pansements ou d'autres semblables qui ait été employé (le pansement à l'iodoforme peut rester plus longtemps), au bout de trois à cinq jours, s'il s'est formé de la suppuration sous le pansement, il est nécessaire de l'enlever et de le changer souvent pour empêcher la décomposition de la sécrétion. Comme on le comprend, ce pansement est accompagné de vives douleurs pour le malade, et, dans le cas de nombreuses brûlures, c'est aussi une grande tâche pour les garde-malades.

Le bain continu conseillé par Hebra présente des avantages qu'on ne saurait trop apprécier sous tous les rapports que j'ai énumérés, ainsi que pour le traitement ultérieur. Il consiste en une grande baignoire de zinc placée dans un bois de lit. Dans cette baignoire on met un cadre de fer ayant la forme d'un carré allongé, tendu transversalement de sangles et suspendu par des chaînes qui courent autour de deux rouleaux placés à la tête et au pied du lit. Le cadre comprend deux par-

ties, l'une pour la tête et l'autre pour le corps. La première peut être élevée à différentes hauteurs au moyen de charnières dentées, et tout l'appareil peut être soulevé et redescendu au moyen de manivelles et de roues dentées. Sur le cadre tendu de sangles, comme nous l'avons dit, on place un matelas ou des couvertures de laine pour recevoir le malade. On remplit la baignoire de la manière ordinaire et on descend le patient dans l'eau avec son lit flottant.

La manivelle sert à soulever le malade quand il a besoin d'uriner ou d'aller à la garde-robe.

Le brûlé trouve immédiatement l'eau trop chaude, c'est pourquoi elle ne doit avoir d'abord que 31° ou 32° centigrades. Aussitôt après il se produit un frisson, et il faut porter rapidement le bain à 40° ou 42° centigrades ; le bien-être se produit et les douleurs ont presque entièrement cessé. Le bain continu ne remédie pas aux premiers symptômes de l'intoxication ni à la marche aiguë fatale. Les malades atteints de brûlures étendues meurent dans le bain aussi bien que hors du bain ; mais ils ont, du moins, été immédiatement délivrés de leurs douleurs.

Au contraire, le bain continu est un remède réel et un véritable bienfait pour le malade et pour les infirmiers pendant la période de suppuration. En effet, ces pauvres malades ne peuvent jamais être tenus suffisamment propres dans le lit, vu le temps qu'exige le pansement d'un grand nombre de plaies purulentes étendues ; il leur est en même temps très douloureux d'être soulevés et retournés, et, malgré toute précaution, les draps s'attachent, puis s'arrachent ; il se produit, en conséquence, ici des hémorragies, là des stagnations de pus fétide ; en outre, il y a de la fièvre et imminence de septicémie, avec l'excitation nerveuse qui accompagne tout pansement. — Dans l'eau, au contraire, toute cette peine, toutes ces souffrances, tous ces dangers disparaissent. Le malade se repose et se meut à volonté, dort et mange, s'occupe, s'il n'a pas la fièvre, selon ses plaisirs et ses goûts, et les plaies sont toujours propres ; elles se recouvrent de belles granulations, souvent même trop luxuriantes, si bien qu'on doit les réprimer suivant les méthodes connues.

Ainsi, le bain continu de Hebra est, du commencement à la fin, le meilleur moyen de protection contre les douleurs et, pendant la période de suppuration, il devient un remède direct et préférable aux autres, puisque dans l'eau la chute des eschares se produit plus rapidement que hors de l'eau, que la stagnation et la décomposition du pus sont à peine possibles, que le danger de septicémie, d'érysipèle est écarté, et que la fièvre cessant immédiatement, le sommeil et l'appétit se maintiennent, et l'organisme est mis à même de suffire à l'abondance de la

suppuration. Enfin, par l'éloignement de tous les inconvénients et dangers subjectifs et objectifs, qui l'accompagnent dans d'autres circonstances, la réparation prend une marche extrêmement favorable.

Je ne veux pas exposer ici les données théoriques que l'expérimentation physiologique a indiquées, par rapport à la manière dont se comporte le corps dans le bain. Ce qui est le plus important ici, c'est de faire ressortir, en premier lieu, que tous les malades atteints de perte considérable d'épiderme (telles que brûlures, pemphigus foliacé, gangrène ou plaies en suppuration) voient disparaître très rapidement leur fièvre dans le bain continu, qu'ils reprennent l'appétit et le sommeil, et qu'ils guérissent le plus rapidement possible. En second lieu, les expériences faites dans notre clinique (expériences recueillies en partie par Hans Hebra) ont montré que des malades ont pu séjourner dans l'eau trois cent quatre-vingt-cinq jours et autant de nuits, sans qu'il en soit résulté d'autre effet que leur guérison.

Dans la pratique privée, on peut de préférence se servir, pour le bain continu, d'une longue baignoire placée à une certaine hauteur, dans laquelle on met des couvertures de laine et des matelas en crin. Il faut toujours régler la température de l'eau d'après la sensation du malade, et la renouveler deux ou trois fois par jour, suivant les circonstances.

On peut aussi traiter les brûlures peu étendues au moyen de l'irrigation continue.

Quant au traitement à instituer si l'on n'a pas recours au bain, il consiste à enlever les eschares à mesure qu'elles se détachent, et à traiter les plaies en suppuration suivant des règles chirurgicales spéciales, en les tenant très propres et en les recouvrant avec des liniments, onguent simple, des cérats avec ou sans addition d'oxyde de zinc, de céruse, d'alun, d'huile phéniquée, de pâte phéniquée, d'opiat, de poudre d'iodoforme, de gaze iodoformisée, etc.

Le traitement des plaies de brûlure à l'aide de l'iodoforme, que j'ai déjà indiqué, il y a quelques années, dans la deuxième édition de cet ouvrage, a été, dans ces derniers temps, chaudement recommandé par quelques médecins, Altschul, Mosetig, etc., premièrement en raison de son action sédative, et deuxièmement à cause de ses propriétés aseptiques. Le dernier point est juste. Mais je n'ai pas trouvé qu'il atténue plus la douleur que les autres moyens de protection connus.

Quant au deuxième point, on disposerait d'un énorme avantage si vraiment le pansement à l'iodoforme pouvait empêcher les plaies consécutives aux brûlures de suppurer. Or, c'est une erreur. Dès que la lésion anatomique est telle que non seulement l'épiderme est enlevé, mais encore que le chorion est épaissi, alors physiologiquement il n'est plus possible d'empêcher la chute de l'eschare et la guérison sans suppura-

tion et granulation. Par contre, il faut signaler comme un inconvénient considérable du traitement des plaies par l'iodoforme l'empoisonnement qui se produit peu à peu, et se manifeste par de l'agitation, de l'accélération du pouls, de la jactitation, du délire et le collapsus. Cet empoisonnement se produit même avec une application locale très limitée, par exemple dans la brûlure des deux mains; d'autant plus vite si cette application est faite sur de larges surfaces, sur le tronc. Comme j'ai vu des cas de cette nature, dans lesquels les phénomènes menaçants disparurent lorsque l'iodoforme était, sur ma demande, aussitôt mis de côté et les malades transportés dans une atmosphère libre d'iodoforme, et d'autres chez lesquels l'intervention fut trop tardive, je dois vous mettre en garde contre le traitement continu par l'iodoforme dans les brûlures.

En outre, avec les autres méthodes de traitement des plaies on peut, beaucoup plus facilement qu'avec le pansement à l'iodoforme, surveiller les granulations pour obtenir des cicatrices lisses.

Si, après la chute de l'eschare, les granulations deviennent trop luxuriantes, il faut les réprimer au moyen du crayon de nitrate d'argent, ou par des attouchements journaliers avec une solution de nitrate d'argent (1 sur 4 d'eau distillée), d'applications de charpie imbibée dans cette solution ou dans une solution plus étendue, ou par une pommade caustique (pom. émoll., 50 gr.; nitrate d'argent, 0 gr. 15 cent. à 0 gr. 50 cent.). On maintient à niveau les bourgeons charnus à l'aide de ces derniers moyens, ou par des cautérisations énergiques et, si c'est nécessaire, renouvelées tous les jours ou tous les deux jours. Ces procédés si douloureux autrefois ont perdu à présent la plus grande partie de leur caractère effrayant, puisqu'on peut, avant la cautérisation, badigeonner la surface des plaies avec une solution à 5 0/0 de cocaïne et la rendre insensible. C'est seulement ainsi qu'on obtient des cicatrices unies, souples, peu rétractiles ultérieurement, et qu'on prévient des brides et des rétractions au niveau des articulations, au cou, etc., et d'autres conséquences fâcheuses de même nature. Mais le plus sûr moyen d'empêcher la direction vicieuse des doigts et en général des plis de la peau, c'est la cautérisation répétée chaque jour jusqu'à cicatrisation complète.

Cependant le traitement le plus rationnel ne peut pas empêcher que des brûlures très étendues, comprenant, par exemple, un membre tout entier ou la région dorsale, ne soient pas complètement cicatrisées même au bout de deux à trois ans, que les cicatrices récentes ne se déchirent de nouveau dans un point ou dans un autre, ne se désagrègent, ne soient détruites par des hémorrhagies, ou qu'il se produise ultérieurement des contractures entravant les fonctions.

Ce que j'ai dit relativement aux symptômes, aux suites, au pronostic et au traitement des brûlures proprement dites, s'applique aussi en général aux plaies analogues occasionnées par de véritables caustiques, par exemple par le vitriol, la chaux, etc.

A la suite d'un coup de foudre, on trouve sur la peau des taches rouges irrégulières ou des dessins bruns, et de diverses colorations, ramifiés comme des branches d'arbre, tels que Schefzik les a récemment reproduits, pouvant correspondre à des vaisseaux ou à des nerfs; ou bien il n'existe aucune trace de plaies.

CONGÉLATION, DERMITE PAR CONGÉLATION.

Je serai beaucoup plus bref en ce qui concerne les lésions de la peau occasionnées par des températures exceptionnellement basses, et que l'on désigne sous les noms de congélation, *dermite par congélation* ou *congélation*.

Sous l'influence longtemps prolongée d'une température absolument basse, et aussi, — mais chez des personnes prédisposées, — d'une température de 4 à 5 degrés au-dessous du point de congélation, les parties de la peau subissent des altérations que, comme celles de la brûlure, l'on peut diviser en trois degrés : dermite par congélation érythémateuse, bulleuse et escharotique.

La forme érythémateuse apparaît le plus souvent avec le caractère d'engelures, *pernioles*. Leur siège principal est aux mains et aux pieds, plus rarement au nez, aux joues et aux oreilles (1). Elles ne surviennent que lorsque les parties de la peau atteintes ont été réchauffées après avoir été exposées au froid pendant longtemps, par conséquent le plus souvent dans la soirée et par la chaleur de la chambre; ceux qui en sont atteints sont alors incommodés pendant plusieurs heures par des

(1) Les engelures du nez, des joues et des oreilles sont moins bien connues que celles des extrémités des membres; elles sont souvent plus tenaces, prolongées et durent toute la saison d'hiver, amenant sur les joues et sur le nez rarement des ulcérations, mais très fréquemment une augmentation de volume et une déformation; sur les oreilles, des érosions de l'ourlet des pavillons, qui se confondent quelquefois bien étroitement avec l'asphyxie locale ou le lupus — Voy. les notes du Lupus — et qui laissent des cicatrices indélébiles — engelures chroniques.

Les engelures répétées et prolongées des mains, surtout chez les jeunes filles, produisent aussi aux extrémités des déformations hypertrophiques des mains qui leur sont très préjudiciables, et que des soins attentifs peuvent au moins atténuer.

E. B. — A. D.

picotements et par une vive démangeaison. La lésion se présente sous forme de plaques saillantes de la dimension de l'ongle du pouce jusqu'à celle d'une pièce de 5 francs en argent, d'une coloration rouge vif à la périphérie et livide au centre. La douleur, la sensation de chaleur et le prurit augmentent régulièrement le soir, tandis que, dans la matinée, les engelures sont à peine sensibles à la pression.

Le froid occasionne la contraction des vaisseaux capillaires de régions limitées, dont la peau s'anémie, se refroidit et est ainsi rendue insensible. Mais probablement les capillaires deviennent en même temps parésiques, puisqu'ils se dilatent extraordinairement par la suite, ce qui donne lieu à des phénomènes d'hyperhémie passive, de cyanose, à des symptômes de stase, d'infiltration séreuse et d'inflammation lente. Cette dernière amène aussi l'issue d'un sérum sanguinolent sous l'épiderme des engelures, et, après, la rupture des bulles, la désagrégation nérosique des couches les plus superficielles du chorion sous forme d'ulcères torpides, à marche très lente, reposant sur une base hémorrhagique, — *pernio ulcerans*. J'ai vu parfois résulter de cet état de la phlébite et de l'adénite avec des symptômes fébriles intenses.

Cette forme constitue en même temps le second degré de la congélation et peut survenir chez tous les individus dont la peau a été exposée pendant longtemps à un froid vif.

Ce sont surtout les sujets anémiques des deux sexes qui sont disposés aux engelures (1). Chez ces personnes on voit survenir des engelures dès les jours de pluie froide de l'automne et même de l'été, lorsque la température de l'air est tombée à peu près à 5 ou 6 degrés C., tandis que des personnes bien nourries et produisant assez de chaleur

(1) Cette prédisposition aux engelures est presque physiologique pendant la seconde enfance et la première jeunesse; combien y a-t-il de personnes qui n'aient jamais eu d'engelures entre cinq et quinze ans? Quand elle est très accentuée, elle coïncide avec un état habituel de parésie vasculaire des extrémités, mains rouges et habituellement froides, tuméfiées, volumineuses, souvent hyperidrosiques et elle est en rapport avec l'état *lymphatique*, scrofule de beaucoup d'auteurs, scrofule bénigne de BAZIN. Il ne saurait être contesté que l'état « d'anémie », de délicatesse ou de faiblesse est aussi une condition favorable à la production des engelures, mais il y a de nombreuses exceptions dans les deux sens, quelques sujets parfaitement anémiques et délicats n'ayant jamais d'engelures, quelques autres, des moins anémiques et des plus vigoureux, en présentant régulièrement.

Le plus habituellement, la seconde jeunesse et l'âge adulte deviennent à l'abri des engelures; mais non toujours, et on les voit reparaitre dans la vieillesse sans forme d'érythèmes livides, torpides.

E. B. — A. D.

peuvent s'exposer même à de grands froids sans contracter d'engelures. C'est pour cela que les premières souffrent régulièrement d'engelures à chaque saison froide pendant plusieurs années, — aussi longtemps que l'anémie persiste, — tandis que des sujets généralement robustes voient une congélation se produire très accidentellement sur une partie limitée de la peau, et alors, le plus souvent, c'est une congélation du deuxième ou du troisième degré.

Dans la congélation au troisième degré, on trouve de grosses bulles remplies d'une sérosité sanguinolente dont la base est constituée par un tissu hémorrhagique, ou bien la peau présente un aspect pâle, marbré de bleu; en même temps, elle est froide, rigide et insensible. Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours et même de plusieurs semaines, que l'on constate à quel point les tissus sont mortifiés. Il se produit, en outre, un effet tout à fait inégal du froid, car la momification arrive en quelques points jusqu'à l'os, et l'os lui-même se nécrose, tandis que, dans d'autres, ce ne sont que les couches superficielles de la peau qui subissent la destruction; ou bien encore il se fait, dans des points intermédiaires, une nécrose profonde. A la limite de l'eschare, il s'établit une inflammation exfoliatrice et de la suppuration qui s'accompagnent de fièvre. Les suites de ces congélations sont la perte de quelques phalanges ou du membre entier; souvent aussi, la phlébite, la septicémie et la mort, si de bonne heure on n'a pas amputé la partie mortifiée.

Le pronostic de la congélation au troisième degré est très incertain par les raisons que j'ai indiquées, même lorsqu'elle n'a atteint que quelques orteils ou quelques doigts. Du reste, il faut encore observer qu'on ne peut se faire une juste idée de l'étendue et de la profondeur de la congélation qu'au bout de plusieurs jours, puisque la réaction ne survient que très tard et lentement; et que plus d'une partie paraissant insensible peut revenir à la vie, car, comme Billroth l'a dit avec raison, les vaisseaux sont en bien des points perméables et peuvent être encore traversés par le sang et devenir propres à la nutrition des tissus, tant que ces derniers n'ont pas été décomposés par la congélation directe de leurs éléments aqueux. Mais, avec la perméabilité des vaisseaux, existe aussi un plus grand danger pour la septicémie, puisque le courant sanguin qui les traverse peut entraîner des particules de tissu décomposé.

Dans la thérapie de la congélation escharotique, on est, dès le début, d'après les considérations qui précèdent, dans l'impossibilité d'agir d'une façon active; on essaie de ranimer peu à peu les parties congelées en les frottant avec de la neige pour rétablir la circulation. La nécessité de l'ablation chirurgicale partielle ou totale de parties

plus ou moins considérables de membres congelés est subordonnée à l'expérience chirurgicale de chacun. Il y a eu une savante discussion à la Société des médecins de Vienne, à l'occasion d'un intéressant discours de Billroth sur la gangrène spontanée. Tandis que Billroth plaidait, d'après son expérience, pour pratiquer l'amputation aussitôt que possible, Dumreicher et Dittel insistaient pour qu'on attendît jusqu'à ce que la gangrène se limitât. Dans la congélation des orteils et des doigts, j'ai trouvé qu'il était, pour les malades, préférable d'attendre, puisque les résultats sont en général plus avantageux qu'il n'était permis de l'espérer dès le début. Dans l'escharification arrivée jusqu'à la partie moyenne de la jambe, j'ai vu survenir la mort par septicémie, après une amputation faite tardivement, et je l'ai vue survenir aussi pendant la temporisation.

Si l'on se trouve en présence de sujets complètement raidis par le froid, il faut avant tout essayer de leur faire reprendre connaissance dans un endroit frais, par des frictions et par les moyens usités en pareil cas, et ce n'est qu'après avoir pourvu à cette indication principale qu'on portera son attention sur les congélations locales.

Contre les engelures érythémateuses (1), les meilleurs remèdes sont: les badigeonnages avec la teinture d'iode, la glycérine iodée, le colloidion, l'acide nitrique étendu, le suc de citron, la gélatine, des pommades avec le sous-acétate de plomb (5 à 10 sur 40), de borax avec la créosote (0 gr. 5 décigr., sur 20 gr. d'excipient), de camphre (camphre en poudre 1 gr., craie blanche 40 gr., huile de lin 80 gr., baume du Pérou 1 gr. 50), le baume du Pérou, la levure de bière, des pansements contentifs avec l'emplâtre de litharge brûlée, des frictions avec la neige, des manuvules et des pédiluves chauds, — remèdes soit médicaux, soit populaires, en si grand nombre que déjà par là on peut comprendre leur impuissance. Il faut aussi recouvrir les parties ulcérées avec les pommades ou les emplâtres légèrement caustiques que j'ai

(1) Bien que les engelures, par leur nom même et en fait, soient bien des espèces de *gelures*, cependant leur véritable place n'est pas dans la description de la congélation proprement dite. — Elles constituent, en réalité, une variété de l'érythème multiforme qu'elles simulent quelquefois de très près sous les formes papuleuses, *érythème papuleux pernio*, et quelquefois même sous la forme des disques irisés variés de l'érythème hydroa; la saison froide et l'action du froid les produisent sans contestation; mais leur élément essentiel, l'érythème, en est le phénomène principal, et il n'y a aucune raison de les distraire du groupe auquel elles appartiennent légitimement; érythèmes de froid, nous le voulons bien, mais érythèmes.

cités, ouvrir les bulles et cautériser leur base au moyen de la pierre infernale.

A titre de prophylaxie, il est essentiel pour les personnes disposées à avoir des engelures, même sous l'influence d'un abaissement modéré de température, de porter des chaussures et des gants chauds, suffisamment larges et commodes, parce que la congélation se produit d'autant plus facilement que la compression détermine déjà un certain degré d'anémie dans la partie comprimée. Il faut, en outre, combattre la prédisposition aux congélations, par une médication appropriée chez les anémiques et les chlorotiques, à l'aide des ferrugineux et d'une meilleure alimentation (1).

(1) Ainsi que le fait remarquer l'auteur, sous la richesse exubérante de l'arsenal thérapeutique dont on dispose, il n'y a, en réalité, aucun moyen de guérir sûrement et rapidement toutes les engelures que l'on observe; le public le sait si bien qu'il recherche avec empressement toutes les recettes que lui fournissent le pharmacien, l'herboriste, ou la première personne venue; dans les hôpitaux, à moins que les engelures ne soient ulcérées, fissurées, eczématisées ou phlegmoneuses, quelquefois même nécrotiques superficiellement, qu'elles aient leur siège au nez ou aux oreilles, il est véritablement rare que l'on soit consulté pour elles.

La plupart des moyens indiqués par l'auteur, et dont on pourrait considérablement augmenter le nombre, sont des calmants ou des palliatifs dont l'action, malheureusement, n'est pas la même chez tous les sujets, de sorte qu'il faut souvent modifier la composition ou changer les doses.

La médication générale, aidée d'une hygiène appropriée, ne doit pas être négligée; même quand les engelures sont développées, le fer, l'arsenic, les préparations sulfureuses, le quinquina, l'huile de foie de morue, remplissent, selon les différents cas, des indications précises.

Dans l'engelure à forme asphyxique, surtout au nez et aux oreilles, l'administration un peu prolongée du *sulfate de quinine* produit quelquefois des résultats inespérés, même quand les sujets atteints ne sont pas paludéens, à plus forte raison s'ils le sont; les *inhalations d'oxygène*, sérieusement exécutées, ont également une action manifeste.

Localement, à toutes les périodes, nous avons souvent montré quels bénéfices on retirait des bains tièdes *locaux*, ou des enveloppements de compresses imprégnées de décoctions de feuilles de noyer ou de feuilles d'eucalyptus, 5 grammes par litre.

Mais c'est surtout à titre *prophylactique* que la médication générale appropriée, des précautions prises dès les premiers froids, l'emploi quotidien des bains tièdes de feuilles de noyer, d'un quart d'heure de durée, suivis de frictions légères avec une flanelle aspergée d'alcool camphré, ou des applications faibles de teinture d'iode non altérée, réussissent le plus sûrement. Les extrémités, après le bain et les frictions, doivent être soigneusement poudrées à l'amidon; les doigts des

VINGT ET UNIÈME LEÇON

b. INFLAMMATIONS SYMPTOMATIQUES OU INFECTIEUSES
DE LA PEAU.

Inflammation érythémateuse diffuse; causes : infection toxique, bactérienne. Érysipèle : forme phlegmoneuse. Pseudo-érysipèle. Formes circonscrites : furoncles, anthrax (idiopathique et symptomatique); formes endémiques : bouton d'Alep. Zoonoses : morve, piqûre anatomique, pustule maligne.

Les inflammations symptomatiques de la peau forment, par leurs causes et en raison de leur nature, un contraste frappant avec les inflammations idiopathiques dont j'ai parlé d'abord. Tandis que celles-ci représentent un résultat direct d'influences nocives externes, ou du moins dont l'action ne s'exerce que localement, et sont entièrement proportionnelles à l'intensité et à l'étendue mécanique, nerveuse, chimique et dynamique de cette cause nuisible, les inflammations symptomatiques de la peau, une fois produites, prennent une forme et suivent une marche qu'il est impossible d'expliquer exactement par l'action de la cause supposée.

En effet, les conditions occasionnelles des inflammations symptomatiques ne sont pas encore exactement connues; mais on peut, cependant, les apprécier d'après leurs caractères généraux, et les considérer comme représentées par des agents toxiques ou irritants, qui sont directement ou indirectement d'origine animale, soit qu'ils proviennent de l'individu lui-même ou d'un autre individu, soit qu'ils viennent d'un animal. C'est une question encore très controversée de savoir si ces substances ne sont pas des produits de la décomposition des tissus animaux ou des éléments organisés (micrococcus, bactérie, bactériodie), ou de nouveau des produits de sécrétion ou de désagrégation de ces derniers, de la nature des ptomaines. Quoi qu'il en soit, on pense que, déposés à la surface d'une plaie ou d'une manière quelconque, dans les lymphatiques, ils occasionnent une inflammation qui peut s'étendre plus ou moins, puis se terminer comme une affection

pièdes, séparés par de petits fragments de coton hydrophile renouvelés chaque jour; les bas et les chaussures doivent être mis à l'abri de l'humidité et assez larges pour n'exercer aucune compression. Enfin, l'usage des chaufferettes de toute espèce, l'exposition à la chaleur du foyer, ou à une source directe quelconque de calorique, doivent être absolument proscrits.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.