

En résumé, l'acide salicylique ou le salicylate de soude sont des succédanés utiles, mais ils ne sauraient remplacer l'acide phénique : la meilleure preuve de cette conclusion est fournie par la statistique de Thiersch lui-même.

DE L'ACIDE BORIQUE.

L'acide borique ne peut être considéré comme un agent de pansement utile pour les larges plaies saignantes, mais il rend d'incontestables services sous forme d'onguent (1), à la fin du traitement antiseptique.

Il est encore très efficace sous forme de pommade contre certaines éruptions cutanées de nature parasitaire, l'érythème des fesses chez les nouveau-nés en particulier (2).

C'est enfin l'antiseptique de choix pour les injections à pratiquer dans la vessie, qu'il s'agisse de plaie vésicale ou de cystite. Il s'emploie alors en solution à 3 ou 4 0/0 dans l'eau pure ou dans l'eau de goudron.

DE L'ACIDE THYMIQUE.

L'acide thymique, étudié dès 1868 par Paquet (de Lille) et par Bouilhon, puis, en 1872, par Sulima-Sannillo, en 1873, par Peschechouet, en 1875, par Lewin et par Hussmann et Valverde, enfin et surtout, en 1878, par H. Ranke (3), est l'agent de prédilection de Billroth (4). Très peu soluble dans l'eau, on l'emploie en solution

(1) Voici la formule de cet onguent préconisée par Lucas Championnière :

Huile d'amandes douces.....	210 gr.
Paraffine.....	60
Cire blanche.....	30
Acide borique.....	60

(2) Formule :

Acide borique.....	2 gr.
Calomel.....	2
Axonge benzoïnée.....	30

(3) H. Ranke, *Ueber das Thymol und seine Benutzung bei den antiseptischen Behandlung der Wunden* (Sammlung Klinischer Vorträge von R. Volkmann, 1878, N° 128, s. 1063.

(4) Billroth, *Chirurgische Klinik*, 1879, s. 28 et suiv.

dans l'eau alcoolisée et glycinée à 1/1000 (1). Cette solution irrite la peau et est en réalité fort peu antiseptique. Elle ne possède en tout cas aucune action topique. De même la gaze et la ouate au thymol, préparée d'avance.

Le thymol n'a pas d'ailleurs d'action toxique. C'est en résumé un pauvre agent de pansement auquel ses partisans eux-mêmes renoncent pour les opérations graves.

DU CHLORAL.

Le chloral doit ses propriétés antiseptiques à la facilité avec laquelle il se dédouble en chloroforme. Il joint à cette action des vertus calmantes d'une utilité considérable dans certains cas. Avec cet agent, employé par M. le professeur Verneuil en injections à 1 0/0, à la dose de 200 grammes toutes les deux heures, dans un cas de la plus haute gravité (Laparotomie et rectotomie) j'ai vu les effets d'une antiseptie complète de la cavité rectale se combiner, de la façon la plus heureuse, avec une intoxication très évidente, pour aboutir à une apyrexie absolue et à un calme parfait de l'opéré.

DE LA TEINTURE D'IODE ET DE L'IODOFORME.

La teinture d'iode, très antiseptique, jouit d'une action topique extrêmement puissante; mais elle est trop salissante pour être pratique comme agent de pansement ordinaire. L'iodoforme est actuellement à l'étude, et ce serait s'exposer à un jugement téméraire que de prononcer aujourd'hui pour ou contre lui. J'en dirai autant des solutions alcooliques de Gaultheria et de la résorcine.

On le voit, la chirurgie ne manque pas d'agents antiseptiques, c'est au chirurgien à savoir les choisir et les appliquer suivant les exigences des cas particuliers. A mon avis, l'acide phénique reste l'antiseptique de choix, mais je ne répudie point l'alcool, et j'utilise l'acide borique et le chloral dans les cas de plaies cavitaires où l'intoxication phéniquée menace réellement.

(1) Formule de Ranke :

Thymol.....	1
Alcool.....	10
Glycérine.....	20
Eau.....	1000

DE LA POURRITURE D'HOPITAL

PAR M. LE D^r MAURICE JEANNEL

La pourriture d'hôpital est une maladie des plaies, essentiellement locale, contagieuse et sans doute parasitaire. Elle est caractérisée par la formation d'une exsudation *sui generis* à la surface des bourgeons charnus, aboutissant, soit à la mortification et à l'ulcération des granulations, soit à la décomposition putride des tissus envahis et par là à la septicémie ou à l'infection purulente.

Autrefois endémique dans les hôpitaux encombrés et malsains, c'est une des affections que la méthode antiseptique tend de plus en plus à reléguer dans le musée des antiques de la chirurgie. Plusieurs auteurs allemands, Heine à leur tête (1), assimilent la pourriture d'hôpital (Hospitalbrand) à la diphthérie, et la qualifient du nom de « gangræna diphtheritica » ; j'aurai à discuter cette opinion que je me borne ici à constater.

Histoire de la pourriture d'hôpital.

L'histoire de la pourriture n'offre pas, au point de vue pathogénique, un intérêt égal à celui de l'histoire de la septicémie et de la pyohémie. Les anciens chirurgiens, en effet, connaissaient bien la pourriture d'hôpital et l'ont plusieurs fois décrite sous les noms variés de *ulcera putrida* et *de pascentia*, de mal d'hôpital, de gangrène d'hôpital ou nosocomiale, de dégénérescence putride, d'ulcère gangréneux des plaies, de typhus traumatique, mais ils n'ont

(1) Heine, *Handbuch der allgemeinen und speziellen Chirurgie; der Hospitalbrand (gangræna diphtheritica)*. B. II Abth. II. Heft. I. Lie. I (2 Hälfte). Erlangen, 1874.

point édifié de doctrine solide sur la nature et l'essence de la maladie qu'ils apparentaient avec la gangrène. Ils se sont cantonnés dans l'étude et l'observation clinique, sans même aboutir à découvrir dans leur arsenal une thérapeutique bien efficace, et il faut arriver aux chirurgiens modernes pour trouver des travaux où les causes et la nature de la maladie soient discutées sérieusement.

Il ressort cependant un fait général important de l'étude historique de la pourriture d'hôpital, c'est que cette maladie s'est développée, si elle n'est pas précisément née, avec les hôpitaux; qu'elle a sévi au maximum, alors que l'hygiène hospitalière n'existait pas; et que toute conquête dans cette branche maîtresse de l'assistance publique et de la thérapeutique, a eu pour effet immédiat une diminution parallèle dans la fréquence et dans la gravité de la maladie. Encore aujourd'hui, c'est pendant les guerres, c'est aux époques où la chirurgie antiseptique a le plus de peine à s'exercer, où l'encombrement des blessés oblige à transgresser les lois si précises de l'hygiène hospitalière; et, même alors, c'est surtout chez les blessés appartenant à l'armée vaincue et par conséquent la moins favorisée au point de vue de l'organisation des secours médicaux, c'est, dis-je, pendant les guerres, que la pourriture d'hôpital fait encore ses apparitions. Preuve nouvelle que la chirurgie antiseptique pour être une cuirasse efficace, doit être une cuirasse sans défaut.

C'est évidemment la pourriture d'hôpital que l'on trouve décrite à côté de la gangrène, mais non pas confondue avec elle dans les ouvrages de Galien, puis de Paul d'Égine et d'Avicenne

sous le nom de « *ulcus putridum atque depascens* », de Guy de Chauliac et de Lanfranc sous la dénomination de « *ulcera sordida et putrida* », de Joubert sous le titre de « *ulcus sordidum et putrefactum ou d'ulcus putre* ».

Paracelse, d'après Trandelenburg et Heine, aurait même noté la coïncidence d'une épidémie de diphthérie buccale et de pourriture indiquant une similitude entre les lésions de la plaie et les lésions de la bouche (1).

A. Paré décrit l'ulcère putride ou sordide qui atteint les plaies des blessés « *navrès* » accumulés dans un air à « *constitution maligne* », et sa description ne peut laisser aucun doute sur la nature de la maladie dont il s'occupe.

De même Fabrice de Hilden qui consacre un chapitre à l'ulcère putrescent, et ne dit rien, en parlant de la gangrène, qui puisse se rapporter à la pourriture d'hôpital.

Du reste, le soin de différencier la gangrène et l'ulcère putride des plaies propre à la pratique hospitalière se retrouve dans tous les auteurs qui ont écrit depuis la création des hôpitaux. Et, ainsi que le fait fort bien remarquer Heine, on découvre chez tous les chirurgiens de cette époque une sorte d'amour-propre à dégager leur responsabilité personnelle du poids de cette complication des plaies, qu'ils décorrent d'un nom spécial et qu'ils mettent au passif de l'hôpital.

Cependant de La Motte, en 1722 (2), est peut-être le premier qui établisse une similitude entre la gangrène et la pourriture : « *la gangrène, dit-il, frappe dans cet hôpital encombré (l'Hôtel-Dieu de Paris) toutes les plaies et les abcès ouverts ; on l'y nomme pourriture pour ne pas trop effrayer les malades par le nom réel de gangrène.* » Il en affirme d'ailleurs, ainsi que Fodéré, l'endémicité dans l'Hôtel-Dieu de Paris. Mais jusque-là aucune description détaillée n'avait été donnée, ou du moins dans celles qui avaient été faites, aucun accord ne régnait.

En 1783, Pouteau (3) est à la fois plus catégorique et moins concis. Tout en conservant le nom de gangrène, il qualifie la pourriture de

(1) Heine, *Handbuch*, etc., s. 196.

(2) De la Motte, *Traité complet de chirurgie*, 1722, t. III, p. 75.

(3) Pouteau, *Mémoire sur le moyen d'obvier, dans les hôpitaux, aux dangers d'inoculer par les pansements toutes sortes de virus, surtout celui de la gangrène humide* (Œuvres posthumes, 1783, t. III, p. 227). — *Mémoires ou recherches sur les symptômes de la gangrène humide des hôpitaux et sur les remèdes propres à la combattre* (*Ibid.*, p. 239).

gangrène humide des hôpitaux, la distinguant ainsi de la gangrène proprement dite. Il croit presque être le premier à la décrire et s'étonne même du silence gardé sur elle par Quesnay (1749) dans son livre sur la gangrène. Pouteau était d'ailleurs mieux placé que personne pour décrire la pourriture d'hôpital. Il avait pu, en effet, l'étudier sur lui-même à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où il l'avait contractée à l'âge de 19 ans. Pourtant la description de Pouteau est certainement moins bonne que celle que fit Dussaussoy (1787) (1), son successeur à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et que l'on retrouve presque en entier dans le *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer (1812).

Mais c'est Delpech (de Montpellier) (1815) (2) qui écrit sans contredit la meilleure monographie de la pourriture d'hôpital. Son mémoire, en effet, fait encore aujourd'hui autorité ; on a pu y ajouter des détails et des interprétations, mais on n'a pas pu y découvrir une seule erreur d'observation clinique qui soit considérable.

C'est à ce point que le dernier mot de la science sembla pendant longtemps avoir été dit par Delpech. En effet, si l'on excepte le traité du typhus traumatique de A. F. Ollivier publié en 1823, aucun ouvrage important et original ne parut sur ce sujet avant le mémoire de Pitha en 1851. Assurément de nombreux écrits, thèses, articles de journaux ou de dictionnaires, monographies dans des ouvrages didactiques, recueils de faits, furent publiés sur la matière, mais aucun ne fit faire un pas à la question et n'apporta une pierre à l'édifice clinique ou pathogénique.

Rollo, Hautson, Richerand, contestent absolument le caractère contagieux. Hautson voit une analogie complète avec la fièvre nosocomiale (?). Thomson et Hennen admettent le caractère contagieux, mais ils déclarent que c'est une affection secondaire toujours précédée d'une atteinte à la constitution. Blackadder doute que l'air puisse servir de véhicule au contagement ; Gerson l'affirme et considère la pourriture comme un typhus local.

Ollivier apporte une expérience positive, faite sur sa personne, à l'appui de l'idée de la contagion. Percy identifie le virus de la pourriture à celui du typhus. Il s'agit pour lui d'un typhus traumatique et pour Léveillé d'un typhus local.

(1) Dussaussoy, *Dissertation et observations sur la gangrène humide des hôpitaux*. Genève, 1787.

(2) J. Delpech, *Mémoire sur la complication des plaies et des ulcères, connue sous le nom de pourriture d'hôpital*, 1815 (*Clinique chirurgicale*, t. I, p. 78).

Riberi croit à la propagation par le contact et décrit les propriétés très virulentes du contagement qu'il identifie avec les produits d'où naissent la fièvre nosocomiale, le typhus et même le scorbut.

Siedmogrodzki et Allé concluent d'après leur expérience et leur pratique dans de grands hôpitaux à la propagation par l'entremise de l'air.

Enfin Ollivier et après lui Robert sont les premiers qui désignent ouvertement et catégoriquement la pourriture d'hôpital sous le nom de diphthérie des plaies. Robert (1) décrit trois variétés de diphthérie des plaies : 1° La diphthérie simple ; 2° la diphthérie pulpeuse ou gangréneuse ; 3° la diphthérie ulcéreuse. La première naît d'ordinaire par la viciation de l'air et rarement par contagion ; les deux autres au contraire sont éminemment contagieuses. D'ailleurs entre la diphthérie buccale et la diphthérie des plaies, Ollivier et Robert reconnaissent une analogie, mais non pas une identité.

En 1851, Pitha (2) publia un mémoire très étudié où il assimila la pourriture d'hôpital, qu'il qualifie de processus d'exsudation diphthérique-phagédénique, à une espèce de choléra des plaies. En réalité c'est plutôt la singularité de la théorie et l'habileté avec laquelle elle fut soutenue, qui firent le succès du mémoire ; car c'était là en somme tout ce que Pitha ajoutait à la monographie de Delpech.

Quelques années plus tard, Marmy (1857) (3) revient sur la comparaison à établir entre le typhus et la pourriture d'hôpital insistant sur le caractère et les allures épidémiques de la maladie.

Groh (1858) (4) voit plutôt du phagédénisme que de la gangrène dans la pourriture.

Maupin et surtout Salleron (1859) (5) publient

(1) Robert, *Considérations nouvelles sur l'étiologie et le traitement de la diphthérie des plaies* (*Bulletin de thérapeutique et Gazette des hôpitaux*, 1847). — Voy. aussi Heine, *Handbuch*, etc., où cet historique est si complet.

(2) Franz Ritter von Pitha, *Beiträge zur Beleuchtung der Hospitalbrandes* (*Prager Vierteljahrsschrift, für prakt. Heilkunde*, 1851. B. II).

(3) Marmy, *Étude clinique sur la pourriture d'hôpital ou typhus des plaies* (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1857, nos 2, 3, 5, 6).

(4) Groh, *Wiener med. Wochenschrift*, 1858, N° 35, u. 36.

(5) Salleron, *Mémoire sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement de la pourriture d'hôpital* (*Recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaire*, 1859, t. II, 3^e série).

des travaux de valeur surtout consacrés à la thérapeutique.

Boussuge (1860) (1) revient sur l'idée de Robert et rapproche la pourriture d'hôpital de la diphthérie buccale.

Demme, (1863) (2) adopte les idées de Pitha sur la nature diphthérique de la maladie qu'il considère comme à la fois épidémique et contagieuse.

Plusieurs mémoires, d'un intérêt médiocre, sont consacrés à cette question. König (1872) (3) publie une courte revue de tous ces travaux. Mais en réalité aucun ouvrage important et capable de faire école, n'avait paru depuis Delpech jusqu'en 1874, époque à laquelle le *Compendium* de Pitha et Billroth publia le travail de Heine qui présenta la question sur un jour nouveau et se fit le champion de la doctrine diphthérique.

Peu après d'ailleurs parurent encore quatre travaux considérables sur le même sujet ; la thèse de Wolf (4), un mémoire de Nussbaum (5), une revue de P. Berger (6), en 1875, enfin, en 1880, l'article de J. Rochard (7).

Tels sont les principaux mémoires consacrés à la pourriture d'hôpital.

Je ne prétends nullement n'en avoir omis aucun, mais j'ai cité les plus importants et je m'en suis tenu à dessein à ceux qui marquaient un progrès dans la connaissance de la maladie.

En somme il faut reconnaître trois phases ou trois doctrines dans l'histoire de la pourriture d'hôpital. Une phase d'enfantement où les chirurgiens la différencient de la gangrène véritable, mais ne sont cependant pas éloignés de la considérer comme une variété de gangrène. Une deuxième phase où la maladie est recon-

(1) Boussuge, *De la diphthéroïde ou de l'inflammation ulcéro-membraneuse considérée à la bouche, à la vulve, à la peau, sur les plaies* (Thèse de Paris, 1860, n° 184).

(2) Demme, *Militärchirurgische Studien*, Würzburg, 1863, s. 180.

(3) F. König, *Sammlung Klinischer Vorträge, von R. Volkmann*, 1872.

(4) E. Wolf, *Recherches sur la pourriture d'hôpital* (Thèse de Paris, 1875).

(5) V. Nussbaum, *Eine Mittheilung über den Hospitalbrand* (*Langenbeck's Archiv, für Klinische Chirurgie*, vol. XVIII, fasc. 4, s. 706).

(6) P. Berger, *La pourriture d'hôpital*, *Revue générale* (*Revue des sciences médicales*, 1875, 15 octobre, p. 613).

(7) J. Rochard, art. POURRITURE D'HOPITAL du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXIX, p. 481. 1880.

nue comme entité morbide, avec ses caractères épidémiques et contagieux. Enfin une troisième phase où certains chirurgiens s'efforcent d'identifier la pourriture à la diphthérie.

Étiologie.

J'ai déjà signalé le rôle de l'encombrement surtout dans les hôpitaux malsains. La pourriture d'hôpital est en effet l'hôte des ambulances surchargées de blessés et des hôpitaux mal construits. En temps de guerre, elle naît partout où des blessés sont accumulés, même sous la tente, surtout si la disette de linge et de chirurgiens oblige à pratiquer des pansements rares et insuffisants. Elle rayonne alors et se propage, grâce aux évacuations, dans tous les hôpitaux, même les plus sains, qui reçoivent des blessés déjà atteints. Donc la pourriture a besoin de certaines conditions de milieu pour naître, mais ces conditions ne sont pas indispensables à sa propagation. En temps de paix, elle habitait autrefois certains hôpitaux et en particulier certaines salles et même certaines rangées de lits dans la même salle. Dans l'ancien Hôtel-Dieu de Paris, la grande salle de chirurgie possédait, du temps de Percy, un certain nombre de lits placés dans un coin obscur, contre un mur humide où les malheureux qui y étaient couchés, étaient sûrs de la trouver.

L'influence des conditions morales et hygiéniques et celle des pansements est évidente. A Strasbourg, en 1870, je l'ai vue naître à l'ambulance du château, non pas pendant la durée du siège époque à laquelle nos blessés recevaient des soins suffisants et dévoués, mais juste à l'époque de la capitulation alors que le désarroi des services eut un retentissement inévitable sur l'hygiène des blessés et la régularité de leurs pansements.

Je note qu'à cette époque les maladies régnantes étaient la variole et la fièvre typhoïde et non pas la diphthérie.

La pourriture d'hôpital s'observe sous tous les climats et à toutes les températures; on l'a vue à Metz, en 1813-14, pendant l'hiver; en Andalousie, en 1810, pendant l'été. Elle peut envahir les plaies les plus minimes, telle qu'une piqûre d'épingle, et les plaies les plus vastes, telles que celles que déterminent les gros éclats d'obus.

Un fait important c'est qu'elle exige toujours un traumatisme récent et qu'une membrane granuleuse bien organisée constitue un rempart qu'elle ne saurait abattre ni franchir. Le fait de Dussaussoy est à cet égard très instructif. Cher-

chant à inoculer la pourriture, dans un but thérapeutique, sur un cancer ulcéré, il avait pansé la plaie pendant plusieurs jours avec de la charpie imbibée de sanie putrilagineuse; il n'obtint rien. Il fit alors saigner l'ulcère en le blessant avec un bistouri, et appliqua le même pansement; il réussit alors au delà même de ses vœux. C'est assez dire que la maladie ne saurait envahir une muqueuse ou une peau intactes, malgré l'opinion de Delpech, Pitha et Fischer; s'il en est ainsi, si la membrane granuleuse, l'épithélium et l'épiderme ne se laissent pas pénétrer par les virus de la pourriture, on conçoit que la nature contagieuse de cette maladie ait été contestée par des chirurgiens de haut mérite tels que Hautson, Richerand, et surtout Percy et Willaumé et encore par Hirsch, Pitha, Bourot et Marmy. Cependant, et sans parler des expériences d'inoculations à la lancette faites avec succès par Ollivier sur lui-même, les allures et le mode de propagation de la pourriture d'hôpital en démontrent jusqu'à l'évidence la contagion. Apportée dans une salle par un blessé, elle se répand bientôt soit en marchant de lit en lit, soit par des contacts médiats ou immédiats. Au surplus, la science moderne ne fait plus la différence que l'on faisait naguère entre les maladies contagieuses et les maladies épidermiques. Elle reconnaît bien des maladies contagieuses non épidermiques, c'est-à-dire qui ne se propagent que par l'inoculation, ainsi la vaccine et la syphilis, mais elle ne connaît plus de maladies épidermiques qui ne soient pas contagieuses. Or, si les expériences d'inoculation de Dussaussoy, et d'Ollivier ont démontré la propriété contagieuse de la pourriture d'hôpital, il n'est personne qui puisse en contester le caractère épidermique. Les faits sont là, nombreux et indiscutables, pour prouver que le contagion peut être transporté par l'air, l'eau, le linge, les rideaux, etc.

Quant à la nature du contagion, tout porte à croire que c'est un microbe; mais il n'a pas été fait d'expérience probante d'isolement par le procédé des cultures et ce n'est que par analogie que l'on peut légitimer cette conclusion. Mais c'est un terrain absolument inculte sur lequel je ne veux pas m'engager. Qu'il suffise de constater que la chirurgie antiseptique et l'hygiène hospitalière, cette branche capitale de la chirurgie antiseptique sont des armes également bonnes contre la pourriture d'hôpital et contre la septicémie et la pyohémie.

D'ailleurs, dans la pourriture d'hôpital, il faut, comme nous allons le voir, distinguer l'agent

de la pourriture elle-même et l'agent septique ou ferment putride qui s'empare secondairement des produits de la pourriture. Ce ferment putride est connu, mais l'agent de la pourriture est inconnu. Heine a trouvé, dans le détrit de la pourriture, une grande quantité de monades et de bactéries de la putréfaction. Il a cherché à isoler les monades par des procédés de culture et de dilution, puis il a pansé des plaies avec des linges imbibés du liquide qui renfermait ces organismes, sans obtenir aucun résultat. Après avoir expérimenté sur des animaux, il expérimenta même sur l'homme, l'insuccès fut constant.

Cela prouverait tout au plus que les monades essayés par Heine ne sont pas les agents de la pourriture, mais cela ne saurait démontrer que cet agent n'est pas un microbe.

Symptômes et formes cliniques.

Le temps qui s'écoule entre l'heure de l'inoculation et l'apparition des accidents locaux varie suivant les conditions du blessé et suivant l'activité et l'intensité plus ou moins grande de l'épidémie. Dans les expériences d'inoculation, comme celle d'Ollivier, l'incubation a été de trois jours, mais, dans certains faits non moins précis de blessés ayant séjourné un temps déterminé et court dans un hôpital infecté, elle a été de huit jours; d'autre part, on a cité des cas de blessés atteints 24 heures après leur arrivée dans une salle infectée. Les premiers signes n'ont d'ailleurs rien de bien net; ils sont purement locaux. Cependant la douleur, une douleur vive, exaspérée par le pansement, née ordinairement pendant une nuit d'insomnie, est presque constamment le premier phénomène qui attire l'attention. La plaie paraît alors un peu turgide, rouge et sèche. Les bourgeons saignent facilement, puis ils se voilent, se recouvrent d'une sorte de fausse membrane grisâtre; ils ne fournissent presque plus de pus et celui-ci devient de plus en plus séreux et fétide.

La fausse membrane s'épaissit, devient gélatineuse et adhère aux bourgeons charnus par de nombreux filaments, qui semblent s'engager entre eux; elle s'étend, gagne les lèvres de la plaie qui s'œdématisent et s'enflamment. Quelquefois les bourgeons charnus se gonflent et font saillie, donnant à la plaie un aspect fongueux (pourriture fongueuse). Il peut se faire que le mal s'arrête là; alors la fausse membrane se liquéfie, se dissout et disparaît; la suppuration devient meilleure et plus abondante, et,

chose remarquable, elle est le plus souvent bleue. Mais d'ordinaire la maladie suit son cours, Heine décrit ce premier stade de la pourriture, sous le nom d'infiltration diphthérique comme une première forme de la maladie. C'est là un peu un abus de langage; on ne saurait, en effet, considérer comme une forme ce qui n'est en réalité que la première étape de la maladie. Quoiqu'il en soit, il n'est pas douteux que cette première phase de la pourriture ne ressemble, à s'y méprendre, avec la véritable diphthérie des plaies.

Faut-il en conclure que ce soit-elle? Je ne le pense pas; je crois plutôt que, sil a confusion peut être faite entre les deux maladies, ce n'est pas une raison pour les identifier.

D'ailleurs, la pourriture, lorsqu'elle suit son cours, prend deux formes distinctes que ne prend point la diphthérie, à savoir: La forme pulpeuse ou la forme ulcéreuse.

La forme pulpeuse, suivant Heine, ne diffère de l'infiltration diphthérique que par une tendance plus prononcée aux suffusions sanguines. En apparence cela est vrai; l'œil ne voit en effet sur la plaie malade qu'une fausse membrane épaisse, fétide, tachée d'ecchymoses, entourée de tissus livides, œdémateux et recouverts de phlyctènes, soulevée par des épanchements interstitiels. Mais que cette fausse membrane se ramollisse et tombe et au lieu de bourgeons charnus à peu près intacts, on découvre une surface ulcérée, sanguinolente, des muscles décollés, des nerfs flottant dans le détrit, des os et des vaisseaux dénudés et parfois ulcérés et nécrosés. La différence entre l'infiltration diphthérique ou première forme de Heine et la forme pulpeuse réside donc surtout dans l'état d'intégrité de la membrane granuleuse.

La forme ulcéreuse n'envahit jamais les plaies fraîches, elle s'attaque aux cicatrices, aux plaies bourgeonnantes. C'est en somme un véritable phagédénisme. Elle peut succéder à la forme pulpeuse, mais elle peut aussi se montrer d'emblée sans même être précédée par le stade préparatoire. Alors on voit sur la surface des bourgeons charnus, vers le centre de la plaie, se produire des ecchymoses qui font bientôt place à des ulcérations rondes à bords taillés à pic, lesquelles s'étendent à la fois en largeur convergeant alors les unes vers les autres, et surtout en profondeur. Leur fond gris contient comme une bouillie dont l'ablation met à découvert une surface quelquefois lisse et unie, quelquefois veloutée et inégale. Pendant ce temps, et jusqu'au moment où l'ulcération phagédénique les