

bouts qui peuvent mesurer jusqu'à trente centimètres. Il en est de même des nerfs, qui se rompent souvent au-dessus du plan général de section.

Les artères s'élongent d'abord, puis les tuniques internes et moyennes se déchirent et se recroquevillent en dedans, tandis que la tunique externe s'étire encore comme un tube de verre à la lampe de l'émailleur; elle finit par se rompre, mais après avoir oblitéré la lumière du vaisseau. Les os, dit-on, ne se fractureraient pas, et c'est au niveau de l'article que la séparation se ferait, par rupture des ligaments; Rochard nous prouve que, le plus souvent, il y a à la fois disjonction et fracture par arrachement de quelque condyle. Quant à la peau, ses bords amincis et frangés ou enroulés sur leur surface saignante, tantôt recouvrent en partie la surface du moignon et tantôt se rétractent, en laissant à découvert une plus ou moins grande étendue de chairs déchirées.

On comprend combien doit être irrégulière la surface d'une pareille plaie : du côté du tronçon, saillie des artères, des nerfs et surtout des tendons, qui s'allongent comme des rubans moirés; du côté du moignon, saillie des muscles et des os, retrait des artères dans le fond de leur gaine. Il n'y a pas d'écoulement sanguin, grâce à la façon particulière dont les vaisseaux s'oblitérent en se rompant. Enfin il faut noter l'absence presque totale de la douleur dans ces grave mutilation; un enfant cité par Benomont et dont la jambe avait été arrachée par la roue d'une voiture, ne songeait qu'à la correction qui pouvait l'attendre chez ses parents pour avoir laissé son membre avulsé traîner sur la route.

Bien que ces plaies soient exposées à toutes les complications, surtout aux suppurations diffuses, elles guériraient, nous dit-on, plus vite que les amputations pratiquées au même niveau; les déchirures des tissus profonds se réunissent par première intention. Quant aux parties superficielles, les lambeaux mortifiés s'éliminent, la surface granule et une cicatrice plus ou moins régulière recouvre le moignon. Lorsque la peau rétractée n'enveloppe pas les chairs, il faut exciser à une hauteur suffisante les portions de muscle saillantes et les bouts d'os dénudés. Le pansement sera des plus simples : on se contentera de quelques compresses imbibées d'une solution antiseptique et recouverte d'une toile imperméable.

SECTION II

ACCIDENTS DES PLAIES.

Les plaies ne marchent pas toujours vers une cicatrisation régulières : des troubles locaux surviennent parfois qui s'opposent à la réunion immédiate; des accidents généraux peuvent éclater et, non seulement retentir sur la blessure, mais compromettre souvent l'existence.

De ces complications, il en est de *primitives*, comme certaines hémorrhagies; la plupart sont *consécutives* : la fièvre traumatique, le délire nerveux, le tétanos, les hémorrhagies secondaires, la pourriture d'hôpital et les septicémies. Une doctrine de plus en plus envahissante veut que les plus nombreux de ces accidents soient le fait de germes qui, tombés avec les poussières de l'air ou apportés par les doigts et les instruments du chirurgien, inoculeraient la plaie et pénétreraient dans le sang pour y provoquer de véritables intoxications.

I

HÉMORRHAGIE.

Lorsque, dans un foyer traumatique, l'écoulement sanguin habituel « dépasse, par sa quantité et par sa durée, les limites ordinaires », on dit qu'il y a hémorrhagie. — Peu de complications des plaies ont été plus étudiées; nous ne citerons cependant qu'une thèse de concours de Sanson, en 1856, le cours de Verneuil, en 1872, et la thèse de son élève Cauchois, publiée l'année suivante, sur les *Hémorrhagies traumatiques secondaires*.

Variétés. — L'hémorrhagie traumatique est *primitive* lorsque le sang jaillit dès que la blessure est faite : un vaisseau est ouvert et l'écoulement persiste jusqu'à ce que l'art ou la nature le tarisse. L'hémorrhagie est *secondaire* lorsque le sang fait irruption pour la première fois, — ou reparait, — un temps plus ou moins long après l'accident. Mais alors deux cas se présentent : ou bien le vaisseau n'est encore oblitéré que par un caillot récent, mou et friable qu'ont

détaché ou détruit un froissement de la plaie, un dérangement de l'appareil, un mouvement intempestif, un effort de toux, un éternement même, une émotion morale qui se sera traduite par une impulsion plus vive de l'ondée sanguine : il n'y avait qu'hémostase provisoire et l'hémorrhagie qui survient est une hémorrhagie secondaire *précoce*. — Ou bien le caillot s'est déjà solidifié, il est dur, les lèvres de l'orifice vasculaire se sont unies par première intention et l'hémostase est *permanente*; si, dans ces conditions, une ulcération des parois ou du caillot permet au sang de s'écouler, on aura une hémorrhagie secondaire *tardive*. On peut donc définir les hémorrhagies secondaires : celles qui arrivent après l'hémostase provisoire ou permanente et sans intervention d'une diérèse nouvelle.

Étiologie. — Ces écoulements précoces ou tardifs sont souvent sous la dépendance d'un état constitutionnel parfois mal défini. On connaît ces *hémophiles* chez qui la moindre plaie est prétexte à perte de sang; on arrête l'hémorrhagie, elle repart avec une telle persistance et une telle abondance que la mort peut en résulter. Cette prédisposition est souvent héréditaire et se transmet surtout de mâle en mâle. Parmi une multitude d'exemples, nous ne rappellerons que le fait rapporté par Sanson, de cet homme qui, à la suite d'une blessure futile, mourut d'hémorrhagie; cinq de ses dix-sept petits-enfants et arrière-petits-enfants périrent d'écoulement sanguin, et tous les autres furent sujets à des hémorrhagies qui causèrent encore la mort de quelques-uns d'entre eux.

Les théories sont innombrables qu'on a invoquées pour expliquer la gravité et la fréquence des écoulements sanguins chez les hémophiles; on a parlé de dégénérescence graisseuse de la paroi des vaisseaux, de la diminution de leur calibre, de l'amincissement et de l'atonie de leurs parois; on a mis en cause la paralysie des vaso-dilatateurs, l'excitabilité des vaso-constricteurs; le sang serait retenu alors dans les réseaux veineux et capillaires congestionnés qui ne tarderaient pas à se rompre; enfin plusieurs croient à une altération primitive ou secondaire du liquide cruorique, à une dyscrasie héréditaire ou acquise; dans ce cas l'hémophilie ne serait pas une entité morbide, et Verneuil, qui défend cette opinion avec ardeur, nous cite, dans la thèse de Hernandez, une foule d'états généraux qui s'accompagnent d'hémorrhagies multiples et rebelles.

C'est ainsi que certaines cachexies, l'extrême jeunesse et la grande

vieillesse prédisposent aux hémorrhagies; il en est de même des fièvres graves, comme le typhus, des altérations du foie, et l'on sait combien Monneret insistait sur ce point, confirmé par les observations de Verneuil : le scorbut, la leucémie, l'infection purulente, dont le premier symptôme est parfois une exsudation sanguine de la plaie, ont la même influence, ainsi que l'impaludisme; celui-ci peut même se révéler par une hémorrhagie qui prend un type intermittent et que guérit fort bien le sulfate de quinine. Ces hémorrhagies constitutionnelles et diathésiques se produisent surtout au niveau des bourgeons charnus, dans les vaisseaux de formation nouvelle, dont les parois embryonnaires cèdent au moindre effort. Ce sont là les hémorrhagies *néo-capillaires* du professeur Verneuil.

Les hémorrhagies secondaires des gros vaisseaux s'observent surtout dans les plaies par armes à feu; tantôt il y a eu contusion des parois qui se sphacèlent en un point, et le sang ne s'écoule qu'à la chute de l'eschare; tantôt un corps étranger entretient la suppuration profonde; le caillot qui oblitère l'orifice se ramollit dans ce foyer enflammé et cède à l'ondée sanguine; tantôt c'est la paroi qui s'ulcère; un fil à ligature malpropre peut être la cause de ces graves désordres si fréquemment observés avant l'emploi des méthodes antiseptiques. Ces hémorrhagies secondaires sont aujourd'hui fort rares, et on ne les rencontre guère plus que dans les lésions où l'aseptie est difficile à obtenir, au périnée et dans la cavité buccale, où elles étaient presque la règle avant les pansements à l'iodoforme.

Symptômes. — Les hémorrhagies primitives ou secondaires diffèrent beaucoup, selon qu'elles proviennent de l'ouverture d'artères, de veines ou de réseaux capillaires.

Les *hémorrhagies artérielles*, dont l'abondance varie suivant le volume du vaisseau divisé, se caractérisent par la couleur du sang, qui est d'un rouge vif, et par un écoulement saccadé dont chaque jet, isochrone à la systole cardiaque, s'arrête lorsqu'on comprime le vaisseau entre le cœur et la plaie. Cependant il n'en est plus ainsi lorsque de larges anastomoses existent entre les artères, et, par exemple, dans une plaie de la radiale qui, au niveau de la main, s'abouche à plein canal avec la cubitale, la compression ou une ligature entre le cœur et la plaie arrêtera bien le flot du bout supérieur, mais ne tarira pas l'hémorrhagie, car le sang, apporté par la cubitale, jaillira du bout inférieur. Dans ce cas, et dans ceux où il ne s'écoule

par l'orifice étroit de la blessure qu'une partie du sang que roule le vaisseau, la pulsation artérielle, bien qu'affaiblie, pourra se percevoir encore au dessous de la solution de continuité.

Lorsque le foyer traumatique est profond et ne communique avec l'extérieur que par une ouverture étroite de la peau, le jet saccadé ne se distingue plus et le sang coule en nappe. Si même l'orifice est très petit, si le trajet de la blessure est sinueux, un épanchement se collecte qui pénètre plus ou moins loin dans les traînées celluluses; il distend les parois qu'il se crée par refoulement des tissus, jusqu'à ce que la pression devienne assez forte pour arrêter l'écoulement. On trouve alors une tumeur tendue, fluctuante et animée d'un mouvement d'expansion isochrone à la systole cardiaque. C'est un *anévrisme diffus*, que nous étudierons plus tard avec les maladies des artères.

Les *hémorrhagies veineuses* se distinguent par la couleur foncée du sang, qui est d'un rouge noirâtre; il s'écoule en nappe, et le flot s'arrête lorsque l'on comprime le vaisseau entre les capillaires et la plaie; son volume s'accroît, au contraire, lorsqu'on le comprime entre le cœur et la plaie, car tout le sang doit alors passer par la blessure. Il n'y a point de jet, de saccade; à peine pourrait-on percevoir un faux battement lorsque la veine ouverte est soulevée par une artère voisine comme l'est, au pli du coude, la basilique par l'humérale. Quand les bords de la plaie cutanée ne correspondent pas directement à la plaie vasculaire, le sang s'accumule sous la peau et forme un amas cruorique désigné sous le nom de *thrombus*.

Dans les *hémorrhagies capillaires* le sang s'écoule en nappe; il est d'un rouge moins vif que le sang artériel et moins foncé que le sang veineux. Son abondance est en général assez médiocre, sauf lorsque la blessure porte sur des tissus enflammés, comme dans certains cas de phlegmons, sur des organes très vasculaires, le col utérin et la langue, par exemple, ou lorsque les vaso-moteurs sont paralysés, comme après l'application de la bande d'Esmarch. Aussi, quand en dehors de ces conditions l'hémorrhagie capillaire ne tarit pas, il est probable qu'elle est commandée par un état constitutionnel tel que l'hémophilie, ou le scorbut, la leucémie, l'infection purulente, la fièvre typhoïde, l'impaludisme; nous avons dit qu'alors l'écoulement se fait au niveau des bourgeons charnus: l'hémorrhagie est *néo-capillaire*.

Ces diverses hémorrhagies, dès qu'elles deviennent abondantes, se traduisent par des phénomènes généraux graves. Si, au début, et lorsque le malade n'est pas épouvanté par la vue du sang, il peut éprouver une sorte de soulagement, une sensation de bien-être, bientôt surviennent une grande faiblesse, une tendance à la syncope, des nausées et des vomissements, des frissons; les mouvements respiratoires sont courts et précipités, le pouls faiblit, la température s'abaisse, une sueur froide recouvre le front, la poitrine et la paume des mains; la peau se décolore; le blessé éprouve des vertiges, des tintements d'oreilles, des éblouissements; des convulsions éclatent parfois, et le malade, pâle et froid, peut succomber dans une syncope, dans le coma et dans le délire. A ces symptômes, et sans écoulement sanguin apparent, on pourra reconnaître les hémorrhagies *internes*.

Traitement. — Les hémorrhagies capillaires ne sauraient être traitées comme celles des gros troncs artériels et veineux. Souvent de simples irrigations d'eau froide, ou d'eau très chaude, à la température de 50 à 60 degrés, des lavages avec des liquides astringents tels que l'alcool, l'eau de Rabel, l'eau de Pagliari, suffiront pour tarir l'écoulement. Le perchlorure de fer et les cautérisations au fer rouge, certainement fort efficaces, ne seront appliqués qu'après l'échec de procédés moins énergiques, car leur emploi n'est pas sans quelques dangers. La compression sur la plaie par des lanières d'amadou, des éponges soigneusement désinfectées, de l'ouate, maintenues par quelques tours de bandes, est le plus simple et le meilleur des hémostatiques. Si ces moyens ne réussissent pas, c'est que le sang, altéré par quelque état constitutionnel, aura perdu sa plasticité. Il faudra songer alors au traitement général, et l'on se rappellera que certaines hémorrhagies périodiques se guérissent par le sulfate de quinine.

Lorsqu'un gros vaisseau est ouvert, la plupart des moyens dont nous avons parlé deviennent inutiles; on peut cependant obtenir beaucoup avec la compression, tantôt exercée directement sur la plaie que l'on remplit d'ouate ou d'amadou tassés par de solides tours de bande, tantôt faite sur le trajet du vaisseau, en un point plus ou moins éloigné de la blessure; le doigt, la pelote d'un compresseur, les divers modèles de garrot et de tourniquet servent à cet usage. La position que l'on donne au membre peut beaucoup aider à l'hémostase, et dans les plaies de la main et de l'avant-bras, du pied et

de la jambe, on a souvent arrêté le sang en élevant ces organes et en les rapprochant le plus possible de la verticale.

Mais le moyen par excellence reste toujours la ligature : on devra, selon la méthode de Guthrie, saisir au fond de la plaie les deux bouts de l'artère et les lier séparément, car n'êtreindre que le bout supérieur serait exposer aux hémorrhagies récurrentes, dues aux anastomoses. Cette recherche des deux bouts de l'artère est souvent laborieuse, mais la bande d'Esmarch peut la faciliter beaucoup et, au milieu des tissus exsangues, on reconnaîtra plus aisément le vaisseau coupé. Si l'on échouait, on se résignerait à lier l'artère, comme le faisait Dupuytren, au-dessus de la solution de continuité. On n'est plus aussi sûr alors de tarir l'écoulement, et l'on sait le fait lamentable de ce malheureux sur qui, pour une plaie de la main, un chirurgien pratiqua successivement la ligature de la cubitale, de la radiale, de l'humérale, et aboutit, en fin de compte, à la désarticulation de l'épaule. Mais ce sont là de vieilles histoires que nous ne connaissons plus depuis le triomphe de l'antisepsie.

II

DÉLIRE NERVEUX.

Cette complication, bien étudiée par Dupuytren, est exceptionnelle. Ceux qui la croient fréquente la confondent sans doute avec le *delirium tremens*. Pour A. Fourrier, ces deux affections n'en constitueraient qu'une seule : il n'y aurait que le *delirium tremens* et point de délire nerveux.

Quelques heures après le traumatisme, le plus souvent pendant la nuit, le blessé s'agite, parle, élève la voix ; sa loquacité est extrême, sa parole brève, impérative ; il s'adresse à des personnes absentes, qu'il croit voir autour de lui, il gourmande les animaux domestiques avec lesquels son métier le met d'ordinaire en contact. Il passe d'un sujet à un autre et ses idées ne s'enchaînent plus, mais il revient avec insistance sur les faits qui ont trait à ses occupations habituelles. Il n'éprouve aucune douleur, quelle que soit la gravité des désordres : il veut quitter son lit, arrache les pièces de son pansement, marche avec une jambe fracturée, se sert d'une main en lambeaux ; on en a vu qui, après l'opération de la hernie étranglée, dévadaient leurs

anses intestinales. D'ailleurs, pas de fièvre appréciable, la température est normale, le pouls tranquille. Lorsque cette excitation persiste à un haut degré, elle a pu se terminer par la mort ; d'ordinaire, la fatigue abat le malade, le sommeil survient et, après deux ou trois accès nouveaux, le délire disparaît.

On ne pourrait confondre le délire nerveux qu'avec le *delirium tremens*, en admettant d'ailleurs que ces deux affections ne soient pas identiques. L'absence d'habitudes alcooliques, de titubation, de tremblement des lèvres et des mains, permettrait d'établir le diagnostic. En tout cas le traitement est le même ; l'extrait thébaïque, à la dose fractionnée de 5 à 40 centigrammes dans les vingt-quatre heures, 5 à 10 gouttes de laudanum en lavement si le blessé rejette les boissons qu'on lui donne, et des potions contenant de 20 à 60 grammes de rhum ou de cognac apaiseraient bientôt le délire.

III

FIÈVRE TRAUMATIQUE.

On l'a définie « la fièvre qui survient après le traumatisme et qui coïncide avec le début des phénomènes de réparation de la plaie ».

Signalée de tout temps, bien décrite par les auteurs du commencement du siècle, Richerand, Dupuytren, Fournier et Vaidy, ce n'est qu'à notre époque que Weber, Bergmann, Gosselin, Billroth, Verneuil et beaucoup d'autres encore ont cherché à pénétrer sa nature. Parmi les travaux qu'il faut lire, nous citerons la thèse de Lucas-Championnière en 1872, les discussions de l'Académie de médecine, de 1869 à 1871, la remarquable étude de Gabriel Mounoury en 1876, et la note de Verneuil dans le quatrième volume de ses *Mémoires de chirurgie*.

Symptômes. — Après les phénomènes qui peuvent suivre immédiatement le traumatisme, sidération, choc, délire nerveux, on voit, vers la fin du deuxième jour ou au commencement du troisième, survenir un mouvement fébrile qui ne débute que fort rarement par un frisson. Le pouls est rapide, large et plein ; la température s'élève de 1, 2 et même 3 degrés, et en vingt-quatre heures elle atteint son maximum, puis elle s'abaisse, et la longueur totale de la

courbe entre les deux normales ne dépasse guère sept à huit jours. Le blessé est d'ailleurs mal en train, il a de la courbature, de la céphalagie, une soif vive; l'appétit est nul, la langue saburrale; les urines, rares et colorées, contiennent de l'urée en plus grande abondance et la dénutrition générale est plus active. On constate en même temps quelques modifications du côté de la plaie: le foyer traumatique se tuméfie, la zone mortifiée commence à s'éliminer et la suppuration s'établit.

Tel est le type léger; mais on observe des formes plus graves, surtout, nous dit Billroth, lorsque le foyer traumatique est vaste, car la fièvre serait en raison directe de l'étendue de la plaie. Certes, il faut tenir compte de cet élément, mais il n'est pas le seul, et les différences individuelles, l'irritabilité plus grande de quelques organismes, leur réaction plus intense, jouent aussi un rôle important. D'une manière générale, on constate que la fièvre est plus vive dans les plaies contuses, dans les blessures par armes à feu, lorsque le choc a été considérable, la douleur forte, la perte de sang abondante; chez les faibles, les surmenés, les cachectiques et ceux qui sont sous l'influence d'un état constitutionnel grave. Enfin le pansement lui-même est un facteur important, et depuis l'introduction de la méthode antiseptique, la fièvre qui succède au traumatisme est devenue beaucoup plus rare.

Les tracés de la température n'ont rien de caractéristique; cependant voici, d'après Lucas-Championnière, la courbe le plus souvent observée: au deuxième jour, ascension de la ligne, qui au troisième jour atteint son maximum, 39, 39 1/2 et même 40 degrés; elle redescend directement ou par étapes jusqu'au niveau normal: le cycle a duré de deux à six ou sept jours. Mais parfois la haute température se maintient, ou bien il se produit une ascension rapide suivie d'une défervescence brusque ou de grandes oscillations. Qu'on se défie alors; ce n'est plus la fièvre traumatique bénigne, mais une complication infectieuse, l'érysipèle, la lymphangite ou les diverses formes de la septicémie.

Pathogénie. — D'ardentes controverses ont été soulevées au sujet de la nature de la fièvre traumatique, mais il est établi maintenant que les fièvres chirurgicales ont toutes une commune origine: l'introduction dans le sang, par la plaie, d'une substance septique, de germes, de microbes dont l'abondance ou l'activité plus

ou moins grande se traduit par une fièvre plus ou moins intense. Lorsque l'élévation de température n'est pas considérable, lorsque la courbe est brève, on a une fièvre traumatique *légère*; elle est dite *forte* lorsque l'hyperthermie est plus durable; si la température se maintient plusieurs jours autour de 40 degrés, on prononce le mot de *septicémie* et celui de *pyohémie* quand le tracé indique de grandes oscillations et se compose de brisures irrégulières. Verneuil a souvent comparé ces diverses fièvres chirurgicales « aux formes bénignes, graves et très graves de la fièvre typhoïde, septicémie médicale par excellence ».

Mais Maunoury a établi rigoureusement que bien des fièvres survenues après les traumatismes ne procédaient qu'indirectement de ces traumatismes, et il a montré qu'à côté de la fièvre traumatique proprement dite il y avait: 1° des fièvres dues à une phlegmasie intercurrente, angine, amygdalite après opération ou blessure de la cavité buccale; arthrite lors de violences aux alentours des jointures; adénite, pneumonie, vaginalite, péritonite, pleurésie; 2° des fièvres qui traduisent le rappel d'une maladie fébrile antérieure; on sait, en effet, depuis les recherches de Verneuil, qu'un traumatisme peut provoquer chez un rhumatisant ou un goutteux une attaque de rhumatisme ou de goutte, un accès intermittent chez un paludique; 3° des fièvres dites inflammatoires, suscitées par l'inflammation simple de l'organe blessé.

Verneuil donne à ces trois genres de fièvres le nom d'*épitraumatiques* pour montrer qu'elles accompagnent la blessure, mais qu'elles ne procèdent pas d'elle. Aussi faut-il admettre maintenant: 1° les fièvres épitraumatiques par phlegmasie intercurrente ou par affection rappelée; 2° les fièvres inflammatoires, et 3° les fièvres traumatiques par pénétration dans le sang de germes infectieux. La définition que nous avons donnée au début du chapitre avait le seul mérite de ne rien préjuger de la nature de l'affection, mais nous sommes actuellement en mesure de la modifier: *la fièvre traumatique est celle que provoque l'absorption d'un poison septique par le foyer d'une blessure.*

Grâce à ce qui précède, on s'explique maintenant pourquoi la fièvre traumatique manque le plus souvent après l'emploi du pansement de Guérin ou de Lister; pourquoi elle est plus fréquente et plus vive lorsque la plaie, par son étendue, offre une plus large sur-

face à l'absorption, lorsque des corps étrangers la souillent et que ses anfractuosités empêchent le libre écoulement du pus contaminé; pourquoi, comme l'ont établi Maunoury et Verneuil, la température s'élève presque immédiatement, dès le premier jour, même dès les premières heures, lorsque la blessure porte sur des tissus déjà malades et habités par des microbes, sur des tumeurs ramollies, sur un séquestre, un clapier, une fistule, une vieille collection purulente. Pour éviter que la fièvre n'éclate, il faut, avant toute intervention chirurgicale, nettoyer et désinfecter les parties avec une rare persistance.

Le *diagnostic* et le *traitement* découlent des développements qui précèdent. Verneuil insiste sur les difficultés qu'il y a de distinguer les fièvres traumatiques des fièvres épitraumatiques. Le tracé de la température est insuffisant pour établir le diagnostic étiologique, et il est nécessaire de lui adjoindre l'analyse minutieuse de toutes les conditions présentes et passées; on n'oubliera pas, d'ailleurs, que la nature de la fièvre peut changer plusieurs fois, la même forme reparaître à diverses reprises, et que chacune des variations thermométriques qui traduisent ces substitutions nécessite un diagnostic nouveau. Une excessive propreté de la plaie, des pièces de pansement, du chirurgien et de ses aides, sera la meilleure sauvegarde contre la fièvre traumatique, qui n'exige d'ailleurs aucune thérapeutique particulière.

IV

ÉRYSIPELE.

On nomme *érysipèle* une maladie fébrile que caractérisent des plaques rouges limitées par un relief assez sensible de la peau et produite par un agent infectieux qui s'introduit dans l'organisme, à l'occasion d'une plaie ou d'une excoriation épidermique. En effet, on a trouvé des microcoques particuliers dans le pus et dans l'urine de beaucoup d'érysipélateux; ils ont été cultivés et Fehleisen, par leur inoculation, « a reproduit un érysipèle avec cycle fébrile, chez une femme de cinquante-huit ans, atteinte de sarcomes multiples de la peau ».

L'érysipèle a été connu de tout temps, mais dans notre siècle on l'a nettement séparé des affections qui le simulent, on a prouvé sa

nature contagieuse, on a étudié les lésions anatomiques qui l'accompagnent et montré qu'il peut atteindre non seulement la peau, mais encore les muqueuses. Les bonnes descriptions n'en sont pas rares, et nous citerons, entre autres, l'article de Follin et Duplay, celui de M. Raynaud et celui de Gosselin, tous deux dans le dictionnaire de Jaccoud, enfin une excellente thèse de Denucé fils.

Anatomie pathologique. — Elle n'est sortie que depuis peu du champ des hypothèses. Ribes et Cruveilhier croyaient à une inflammation du réseau veineux des téguments; pour Blandin, les lésions atteignaient en même temps la trame de la peau et les lymphatiques qui en émanent; il y avait à la fois cutite et lymphangite. Les recherches de Vulpian en 1868, celles de Wolkmann, de Steudener en 1869, les travaux de Cadiat et surtout ceux du professeur J. Renaut, confirment cette assertion: on constate d'abord une stase dans les vaisseaux sanguins, dont les globules blancs traversent les parois, qu'ils entourent bientôt comme d'un véritable manchon. Les leucocytes migrent, remplissent les interstices des fibrilles, gagnent les lacunes, origines des lymphatiques, puis les troncs des vaisseaux blancs qui, distendus par eux, peuvent se dessiner sous la peau et donner, au toucher, la sensation de petites cordes.

D'autre part, les cellules plates qui tapissent les faisceaux fibrillaires de la trame conjonctive du derme, prolifèrent; elles donnent naissance à de nouveaux éléments; les cellules graisseuses elles-mêmes rajeunissent et concourent à la genèse des cellules qui vont grossir l'amas des leucocytes migrants. Lorsque les symptômes aigus de l'érysipèle déclinent, la diapédèse cesse, il y a régression et absorption rapide des globules extravasés. Mais si les phénomènes persistent, si des poussées successives se font, comme on en observe quelquefois, l'issue des globules blancs à travers la paroi du vaisseau et la prolifération des cellules fixes continuent; de là, comme l'a si bien montré J. Renaut dans sa thèse, l'épaississement de la peau, son œdème chronique et, en fin de compte, toutes les lésions de l'éléphantiasis.

L'érysipèle peut retentir au loin et provoquer des lésions dans d'autres tissus. En 1864, O. Larcher a reconnu l'existence possible d'ulcérations de la muqueuse du duodénum, fort analogues à celles qu'on observe parfois sur cette portion de l'intestin à la suite des brûlures de la peau. Verneuil a insisté sur la stéatose rapide des