

gent, les essences de térébenthine, de thym, les phénols, l'ammoniaque sont considérés comme des alexipharmques (ἀλιξίεν, repousser, φάρμακον, venin). A. GAUTIER qui, dans ces derniers temps (1881), a étudié les propriétés de ces différentes préparations, prétend que le tannin et le nitrate d'argent ralentissent l'action du poison sans l'annuler, et que les divers autres corps n'ont à ce point de vue aucune propriété. Seuls les alcalis fixes, potasse ou soude caustique, ont une véritable action neutralisante. La thérapeutique ordinaire doit donc être modifiée, et la conduite la plus rationnelle dans un cas de ce genre nous paraît la suivante.

1° Comprimer immédiatement au-dessus de la blessure, lorsque la région le permet, avec un lien assez large pour être fortement serré sans inconvénient.

2° Faire pénétrer en l'injectant dans la plaie une petite dose de potasse caustique étendue (soit une solution de 0gr,20 de potasse à l'alcool pour 10 grammes d'eau). On pourrait débrider légèrement les petites plaies, pour permettre à la potasse d'arriver plus sûrement au contact du venin.

D'après les expériences faites à Rio de Janeiro par COUTY et par de LACERDA, une solution de permanganate de potasse injectée sous la peau, au voisinage du point mordu, neutraliserait sûrement le venin du serpent le plus dangereux.

3° La cautérisation au fer rouge, lorsqu'elle sera possible, restera toujours le moyen le plus sûr.

CHAPITRE IV

ACTION DE LA CHALEUR ET DU FROID SUR L'ÉCONOMIE

§ 1^{er}. — Brûlure

Bibliographie. — BOYER, *Maladies chirurgicales*, t. 1^{er}, 1822. — PETIT, *Dict. en 60*, 1812. — DUPUYTREN, *Leçons orales*, t. IV, 1839. — ERICHSEN, *London Med. Gaz.*, 1843, p. 544, 588. — LEVA, *Arch. méd. belge*, 1842. — CURLING, *On the Ulcer of the Duod. aft. Burns*, *Med. Chirurg. Trans.*, 1842. — GUERSANT (fils), *Gaz. des Hôp.*, 1846. — MADIN, *Gaz. des Hôp.*, 1853. — FERGUSSON, *Med. Times and Gaz.*, 1853. — ASHURST, *Amer. J. Med. Sc.*, Philad., 1862. — LAUGIER, *Dict. de méd. et chir. prat.*, 1866 (Bibliogr.). — WERNER, *Zeitschr. f. Wundärzte u. Geburtsh.* Stuttgart, 1867. — WERTHEIM, *Wien. med. Press*, 1867. — LEGUEST, *Dict. des sciences méd.*, 1870 (Bibliogr.). — BAILEY, *Phil. Med. Times*, 1874. — GAY, *Boston Med. and Surg. J.*, 1875. — SONNENBURG, *Arch. f. Path. Anat.*, Berlin, 1880. — BASER, *Brûl. avec hémorr. intestinales*, in *Glasgow Med. Journ.*, 1883. Thèses de Paris. — 1804, PUJOS, MARTIN (Ed.). — 1805, RIDEAU. — 1812, MOULINIÉ. — 1818, JANoyer. — 1819, LELONG. — 1828, DARCHIS, LANGLOIS. — 1830, BODIN, BASSOD. — DUCURON, MAINOT. — 1834, DONELLAN, DUCHENNE, MOYRET. — 1833, PINOGÉ. — 1834, DANIEL. — 1835, RÉMY. — 1837, FETTU. — 1847, FALLON. — 1867, BONNEFIN. — 1868, JOURDAME.

Causes de la mort dans la brûlure. — WILKS, *Archives générales de médecine*, 1861, 5^e série, t. XVII, p. 643. — BARADUC, Paris, 1862, et *Union méd.*, 1863. — BUZZARD, *Lancet*, 1863. — LESSER, *Arch. f. Path. Anat. und Phys.*, 1880, t. LXXIX, p. 248. Pansement des brûlures. — a. *Collodion*. — DIENER, *Schweiz Zeitschr. f. Med. Chirurg. u. Geburtsh.*, Zurich, 1850. — *Journal de méd. de Bordeaux*, 1853. — CARRIÈRE, *Union méd.*, Paris, 1869. — LAMBERT, *Gaz. méd. de Lyon*, 1849. b. *Coton*. — FONTANEILLES, *Revue méd. franc. et étrang.*, 1829. — ROLLANDE, *Bull. de therap.*, 1834. — SCHAFFER, Th. de Paris, 1879. c. *Acide phénique*. — BOYT, Th. de Paris, 1878. — BRUSCH, *Arch. f. klin. Chirurg.*, vol. XXII, fasc. 1, p. 151, 1877. — NAUMANN, *Hygiea*, Stockholm, 1878. Thèses de Paris. — 1833, PIGNAL. — 1853, LEBŒUF. Thèses de Montpellier. — 1864, MAFFRE DE FONTJOYE. — 1865, PANCET.

Définition. — Quelle que soit la façon d'agir du calorique sur nos tissus et la forme sous laquelle il se présente, le résultat de son action se traduit par un ensemble de lésions que l'on comprend sous le nom générique de *brûlures*.

Étiologie. — *Mode d'action du calorique sous ses diverses formes.*

a. *Corps solides.* — Ces corps, surtout les métaux, emmagasinant pour arriver à l'état d'ignition des quantités considérables de calories, produisent, dès que par hasard ils sont mis en contact avec nos tissus, une désorganisation profonde; leur forme explique le peu d'étendue que présente d'habitude la partie lésée.

Des températures plus élevées amènent les solides à l'état de fusion, aussi lorsque sous cette forme le calorique atteint une région, elle est d'ordinaire entièrement détruite.

b. *Liquides.* — Les brûlures résultant de l'action de ces agents sont généralement beaucoup plus étendues en surface, mais en revanche beaucoup moins profondes que dans le cas précédent. La nature des liquides joue un rôle fort important, ceci pour deux raisons : 1° Le point d'ébullition des divers liquides varie; 2° certains liquides (huiles, corps gras en fusion) adhèrent plus fortement aux parties touchées que d'autres dont la fluidité est plus grande.

c. *Gaz et vapeurs.* — Dans les explosions de gaz, de machines à vapeur, les parties exposées se trouvent enveloppées complètement, dans un cas par la flamme, dans l'autre par un jet de vapeur surchauffée. Il résulte de là des brûlures très étendues mais peu profondes, le calorique se dissipant promptement. Les déflagrations résultant de la combustion de la poudre déterminent des effets analogues.

d. *Calorique rayonnant.* — Les lésions résultant de ce facteur sont habituellement très superficielles (coup de soleil, érythème de la face chez les ouvriers verriers, érythème de la face interne des cuisses chez les femmes qui font usage de chauffeuses). D'une façon générale le mode d'action de ces agents dépendra : 1° de la durée de leur application; 2° de l'état préalable de la peau; 3° de la présence ou de l'absence de vêtement; 4° de la région où siège la brûlure.

Dans certaines circonstances (incendies) divers facteurs se trouvent réunis, ils se prêtent alors un mutuel et désastreux concours. Ainsi se produisent ces épouvantables lésions que nous n'avons que trop souvent l'occasion d'observer.

Classification. — FABRICE DE HILDEN, le premier, vers 1607, essaya de classer les brûlures. Sa division en trois groupes était surtout basée sur les divers modes de traitement. HEISTER (1760) admit un degré de plus, et BOYER, au commencement de ce siècle, revenant à la classification ancienne, range les diverses altérations produites par le calorique sous trois chefs : rubéfaction, vésication, escarification. DUPUYTREN, à son tour, reprend cette étude et précisant avec rigueur la variété des lésions, la profondeur des parties atteintes, il divise les brûlures en six classes :

- 1° Érythème ou phlogose superficielle ;
- 2° Inflammation cutanée, décollement de l'épiderme, développement des vésicules remplies de sérosité ;
- 3° Destruction d'une partie de l'épaisseur du corps papillaire ;
- 4° Désorganisation de la totalité du derme jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané ;
- 5° Réduction en escarre de toutes les parties superficielles et des muscles jusqu'à une distance plus ou moins considérable des os ;
- 6° Carbonisation de la totalité de l'épaisseur de la partie brûlée.

Dans cette classification, DUPUYTREN et les divers classiques, après lui, ne s'occupent pas d'un degré de la brûlure plus léger que l'érythème, sur lequel, dans ces dernières années, le docteur BLOCH a attiré l'attention.

« Si l'on effleure de la main une surface chauffée, dit cet auteur (*Arch. de physiologie*, 1874), l'épiderme durcit aussitôt et se prend en une lame continue avec disparition des sillons papillaires. La congestion sous-cutanée a été légère et de courte durée, la lésion s'est faite sans grande douleur, sans accidents subséquents. Le tact est très émoussé dans les régions atteintes. Cette sorte de cuirasse épidermique produite par la brûlure dure plus ou moins longtemps, suivant que les parties subissent plus ou moins de frottement, et aussi suivant que l'épiderme est plus ou moins modifié. Lorsqu'il est profondément atteint il se fendille et se renouvelle plus vite. Dans la paume de la main une brûlure de ce genre persiste plusieurs jours sans modification appréciable. Si la lésion est plus forte, elle durera moins longtemps, au bout d'un jour l'épiderme sera fendillé sur tous les points de la blessure. »

Il nous suffit d'avoir signalé cette brûlure superficielle de l'épiderme; pour l'étude des symptômes nous allons revenir maintenant à la division classique.

1° SYMPTOMATOLOGIE

a. Symptômes locaux. — Premier degré. — Irritation superficielle de la peau, rougeur plus ou moins intense, dont la teinte se fond graduellement sur la limite de la région malade avec la couleur normale des téguments. Douleur vive, cuisante, exagérée par la pression. Ces divers phénomènes disparaissent rapidement, la souffrance s'atténue la première, souvent l'épiderme atteint se fendille et s'exfolie.

Ces lésions sont d'ordinaire produites par le calorique rayonnant, plus rarement par l'action des corps solides ou liquides au-dessous de 100°. Si le même

phénomène se répète fréquemment dans le même point, la peau se pigmente et devient brun-noirâtre.

Deuxième degré. — Rougeur beaucoup plus vive, tuméfaction légère des parties, formation rapide de phlyctènes en nombre et de volume variables. Tantôt on voit paraître des vésicules petites, nombreuses; tantôt au contraire une ou plusieurs grosses bulles semblables à celles qui résulteraient de l'application d'un vésicatoire. Bulles et vésicules sont toujours remplies d'une sérosité limpide incolore ou légèrement citrine. La douleur devient très vive, lancinante. La marche des lésions, l'intensité et la persistance de la souffrance varient suivant que l'épiderme a été conservé ou arraché. S'il a été conservé, dès que la sérosité est évacuée il s'affaisse, recouvrant ainsi le corps muqueux enflammé; la douleur s'apaise très rapidement. La sécrétion de la sérosité diminue puis se tarit. Après quelques jours, l'épiderme desséché se fendille en laissant à découvert une croûte épithéliale de nouvelle formation. Dans le cas contraire, lorsque cet enduit protecteur a été enlevé, la partie superficielle du derme s'enflamme, l'action de l'air sur les papilles à nu détermine des souffrances atroces. La sécrétion séreuse persiste; de plus, en certains points, où l'irritation du derme a été plus intense, elle devient purulente. La guérison se trouve considérablement retardée; aux points où le derme a suppuré, les téguments seront plus tard fortement pigmentés, il pourra même y avoir formation de cicatrices indélébiles. De là la nécessité de conserver autant que possible l'épiderme; nous y reviendrons.

Causes. — Action des liquides bouillants, de la vapeur d'eau, impression passagère d'une flamme, contact d'un corps métallique non porté au rouge.

Troisième degré. — La mortification atteint le corps muqueux et les parties superficielles du derme sans aller jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané.

Deux formes : sèche et humide.

a. Forme humide. — Phlyctènes remplies d'un liquide louche, quelquefois sanguinolent au-dessous des escarres grisâtres, molles, pultacées.

b. Forme sèche. — Escarres souples, déprimées, jaunâtres ou noirâtres.

Assez vive lors de l'accident, la souffrance diminue après quelques heures, un jour au plus. L'escarre par elle-même est insensible, cependant, sous l'influence de la pression, la douleur se réveille; ceci parce que la pression a été transmise aux parties saines du corps muqueux.

A la fin du premier septénaire commence la suppuration éliminatrice, les parties mortifiées se détachent de la circonférence au centre et tombent; la plaie qu'elles laissent à leur surface se montre recouverte de bourgeons charnus : bientôt se forment des îlots cicatriciels, lesquels, en se réunissant, donnent naissance à une cicatrice d'un blanc mat, fine, lisse, dont la puissance rétractile est peu considérable.

Causes. — Liquides à degré d'ébullition élevé (ces agents donnent lieu de préférence à la forme humide); application directe sur les téguments de corps solides en ignition (forme sèche).

L'action prolongée des mêmes agents produit les degrés suivants.

Quatrième degré. — La mortification est encore plus profonde, le derme a été entièrement détruit jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané. L'escarre, sèche,

sonore, déprimée, comme ratatinée, attire à elle, en les froissant, les téguments voisins. Elle paraît enveloppée à sa périphérie par un cercle blanc parfaitement limité, circonscrit lui-même par un autre cercle rougeâtre dont la teinte se fond graduellement (cercles de CHRISTISON). Très vive au moment de l'accident, la douleur diminue dès que la cause productrice a été éloignée; la pression ne l'augmente pas comme précédemment, le corps muqueux étant entièrement détruit. La suppuration éliminatrice ne tarde pas à paraître, et dans le courant du troisième septénaire l'escarre se détache, alors commence le travail de réparation. La cicatrisation peut se faire de trois manières différentes :

1° Si les bords de la solution de continuité sont en contact, il y a réunion immédiate secondaire, la réparation est rapide, la cicatrice presque linéaire.

2° Les bords de la cicatrice sont éloignés : la puissance rétractile de la membrane granuleuse attire à elle les parties périphériques, celles-ci ne cédant pas également, la cicatrice est irrégulière, coupée de brides entre-croisées, ridée à sa périphérie.

3° Les bourgeons charnus s'organisent sur toute la surface de l'escarre, il en résulte une cicatrice étendue, blanche, peu sensible, n'ayant pour ainsi dire aucune rétractilité. C'est ce mode de cicatrisation qu'il faut favoriser autour des articulations et au voisinage des cavités naturelles.

Cinquième degré. — L'escarre, dure, sèche, noirâtre, sonore à la percussion, s'étend plus ou moins loin dans l'épaisseur des parties molles, englobant muscles, nerfs et vaisseaux. L'hémorragie primitive a été rarement observée dans ces sortes de lésions. Si l'artère principale d'un membre est atteinte, la gangrène devient imminente; avec la suppuration éliminatrice commencent les véritables dangers. Cette période a souvent une durée fort longue, de plus d'un moment à l'autre peuvent survenir des hémorragies parfois foudroyantes. Dans les cas heureux, une cicatrice profonde, difforme, adhérente, se forme; confondus avec le tissu cicatriciel, muscles et tendons n'obéissent qu'imparfaitement : les fonctions du membre restent gravement compromises.

Sixième degré. — Les parties molles et le squelette sont détruits. Pareilles lésions se rencontrent heureusement dans un petit nombre de circonstances seulement, on ne les observe guère qu'aux extrémités. Les régions carbonisées exhalent l'odeur particulière aux matières animales brûlées. La douleur peut être peu intense, même nulle. On a coutume de rapporter comme exemple à l'appui de cette assertion le fait suivant observé par BÉGIN : un malheureux ayant eu un pied carbonisé par un courant de fonte liquide, ne s'aperçut de l'accident que par sa claudication.

L'élimination des escarres se fait avec une lenteur désespérante; après une suppuration interminable, il persiste des difformités qui deviennent pour le malade une source de souffrances et d'incommodités.

Il nous paraît presque superflu d'ajouter que si cette division était nécessaire pour la clarté de l'exposition, il est peu fréquent de trouver les lésions ainsi isolées : la vésication s'accompagne toujours de rubéfaction sur ses bords, et autour des escarres se voient d'ordinaire de l'érythème et des phlyctènes.

b. Symptômes généraux. — DUPUYTREN, le premier, a fait remarquer qu'à la suite d'une brûlure on observait d'abord des phénomènes de congestion, aux-

quels succède une période inflammatoire plus ou moins vive qui aboutit à la suppuration. Les phénomènes généraux varient à ces diverses périodes.

1^{re} Période de congestion. — *Prédominance des symptômes du côté des centres nerveux.* — *Douleur.* — La douleur, nous l'avons dit, présente son maximum d'intensité dans les brûlures du premier et du deuxième degré; si la lésion a une certaine étendue et si l'épiderme a été enlevé, elle peut devenir intolérable. L'agitation est extrême, le délire continu, le blessé tombe enfin dans un état de prostration et meurt (mort par épuisement nerveux, DUPUYTREN).

Toutes choses égales d'ailleurs, ces phénomènes sont beaucoup plus intenses chez les sujets irritables (femmes, enfants), et chez les arthritiques (exagérateurs de la douleur, VERNEUIL) que chez les vieillards et les scrofuleux dont la sensibilité paraît moins grande.

La congestion pulmonaire presque constante est proportionnée à l'étendue de la lésion. Une soif vive tourmente les malades; enfin NÉLATON a signalé des envies fréquentes d'uriner bien que la vessie soit vide.

2^e Période inflammatoire. — *Prédominance des symptômes du côté du tube digestif et des organes respiratoires.* — Au début de cette période, qui s'annonce sur la fin du deuxième jour, pendant le troisième ou le quatrième au plus tard par l'apparition de la fièvre, une diarrhée séreuse fait suite à la constipation qui avait existé jusque-là. La congestion du côté des organes respiratoires s'accroît, ce sont de véritables pneumonies souvent compliquées de pleurésie que l'on observe. On ne saurait avoir l'attention trop éveillée sur ces lésions, car leur marche affecte parfois une allure des plus insidieuses. C'est encore vers la fin de cette période que l'on voit survenir les hémorragies secondaires dont nous avons parlé.

3^e Période. — *Suppuration.* — L'escarre est éliminée, le malade reste exposé à tous les accidents qui peuvent venir compliquer les grandes plaies (érysipèle, tétanos, etc.), la pyohémie et le phlegmon diffus sont fréquents. Enfin si cette période se prolonge trop longtemps, le blessé meurt par épuisement.

Anatomie pathologique. — A l'autopsie des blessés morts pendant la première période, on ne trouve d'ordinaire aucune lésion appréciable; lorsqu'il en existe, ce sont surtout des congestions du côté des centres nerveux et des organes respiratoires. — Pendant la deuxième période on constate une inflammation franche du parenchyme pulmonaire, mais les lésions les plus remarquables siègent sur le tube digestif. Elles consistent en ulcérations que l'on rencontre immédiatement au-dessous du pylore (ERICHSEN). Leur forme varie; elles peuvent creuser assez profondément pour amener l'ulcération de vaisseaux importants (rare). Quant à la troisième période, on comprend, d'après ce que nous en avons dit, que les lésions trouvées à l'autopsie doivent être fort différentes.

Théories diverses destinées à expliquer la mort pendant les premières périodes de la brûlure. — Si les lésions de la brûlure sont un peu étendues il n'est pas extraordinaire de voir la mort en être la conséquence rapide. Or, les altérations macroscopiques étant très souvent insuffisantes pour expliquer cette terminaison, plusieurs hypothèses ont été successivement émises.

1° DUPUYTREN attribuait la mort au choc traumatique, au délire nerveux. — Cette théorie a été reprise et soutenue par WILKS (1861).

2° VELPEAU accusait la suppression de la perspiration cutanée.

3° FOLLIN mettait en avant l'arrêt subit de la circulation superficielle qui occasionne des congestions internes.

4° SONNENBURG regarde la mort comme le résultat de la diminution réflexe du tonus vasculaire.

5° D'autres auteurs ont voulu expliquer cette terminaison funeste par une altération du sang. D'après BARADUC (1862), la mort serait occasionnée par la soustraction abondante et rapide du sérum du sang. Ce liquide s'épaississant la circulation devient impossible : d'où, nécessité dit l'auteur :

a. D'augmenter la masse circulatoire rendue insuffisante par la formation des ampoules ;

b. De fluidifier chimiquement le sang épaissi ;

c. D'arrêter l'exosmose que constitue la vésication.

6° HÉBRA affirme que la mort est due à un empoisonnement du sang, par les produits ammoniacaux et carboniques de la combustion des matières animales.

LESSER (1880) a repris cette étude. Après avoir discuté toutes les possibilités d'accumulation dans le sang de substances nocives, il assure qu'il lui a été impossible de trouver la cause essentielle de la mort par brûlure. Il y a cependant dans le sang une lésion capitale, les globules sont impropres à la vie, ils ont conservé leur forme, mais ils perdent leur hémoglobine.

De leurs théories, HÉBRA et LESSER concluent naturellement à la nécessité de la transfusion.

Diagnostic. — En présence d'une brûlure, dit FOUCHER, le chirurgien doit chercher à reconnaître : 1° la nature de la lésion en la distinguant de celles qui pourraient lui ressembler ; 2° son siège et son mode de limitation ; 3° son étendue en surface et en profondeur ; 4° la période à laquelle elle est parvenue ; 5° l'état général du malade ; 6° les complications locales et générales.

A moins de cas de simulation, la cause des lésions étant connue, le diagnostic de la brûlure est d'ordinaire facile. Arriver à établir exactement le degré que l'on a sous les yeux est chose moins simple, rien n'indique sûrement la profondeur des tissus atteints, une sage réserve sera toujours prudente. Enfin le médecin peut être appelé parfois à déterminer si une brûlure a été produite pendant la vie ou après la mort. Pareille étude ne saurait nous occuper ici, ce sujet appartient à la médecine légale.

Pronostic. — Le danger des brûlures des premier, deuxième et troisième degrés consiste essentiellement dans leur étendue. HÉBRA admet que la vie ne saurait se prolonger au delà de dix à douze heures dans une combustion de plus d'un tiers de la surface du corps. — Lorsque la lésion dépasse le tissu cellulaire sous-cutané, le pronostic dépend de l'épaisseur des parties atteintes et de la région dans laquelle siège la brûlure. Le voisinage de vaisseaux importants, des articulations, des cavités naturelles assombrit singulièrement le tableau. A la chute des escarres en effet, des hémorragies redoutables sont à craindre, les articulations peuvent être ouvertes, et la cicatrisation, quelque soin que l'on prenne, sera souvent accompagnée de gêne dans les mouvements

de positions vicieuses ; les ouvertures naturelles seront exposées aussi à être rétrécies ou oblitérées.

Traitement. — Le traitement des lésions que nous venons d'exposer variera suivant le degré de la brûlure, et surtout suivant la période que le blessé devra traverser. Pendant la première période, la douleur étant le symptôme prédominant, c'est à elle qu'il faut d'abord s'attaquer. En déshabillant le patient, de grandes précautions sont nécessaires ; les vêtements seront coupés s'il est nécessaire, en ayant soin de ne pas enlever l'épiderme qui recouvre les vésicules. On les ouvrira à l'aide de légers coups de ciseaux dans leur partie la plus déclive, la sérosité s'écoulera d'elle-même. Pour calmer les douleurs, on peut : 1° employer la réfrigération ; 2° les liquides astringents ; 3° soustraire les parties au contact de l'air.

1° *Réfrigération.* — L'immersion des parties dans l'eau froide et l'irrigation constituent d'excellents moyens pour calmer la douleur. Lorsqu'on a recours à l'immersion, le blessé éprouve d'abord un soulagement considérable, puis au bout de quelque temps il se plaint de nouveau, l'eau s'est réchauffée ; il suffit alors de la renouveler pour voir reparaitre la sensation de bien-être. L'eau froide, malheureusement, ne peut pas toujours servir, l'immersion n'est possible que pour les extrémités, l'irrigation continue se prête mieux aux exigences de la pratique et convient à toutes les régions, mais si la brûlure a une certaine étendue il faut craindre, d'augmenter encore par ce procédé, les congestions internes : dans ces cas, l'eau tiède en bains prolongés a rendu de véritables services (PASSAVANT, BARADUC, GUBLER).

2° *Astringents.* — Les plus usités sont les sels de fer et de plomb (perchlorure de fer en solution, eau de Goulard). Leur action sur les capillaires diminue la congestion des parties. Ils sont employés en compresses ou sur des cataplasmes froids.

3° *Soustraction des parties au contact de l'air.* — Plusieurs moyens sont en usage :

a. On peut saupoudrer la région malade de poudres inertes (sous-nitrate de bismuth, amidon, talc, lycopode, carbonate de chaux).

b. Couvrir les parties de corps gras (huile, beurre, axonge, cérat simple ou médicamenteux, glycérine neutre, liniments divers, liniment oléo-calcaire en particulier).

c. Depuis ANDERSON (de Glasgow) l'ouate est usitée dans le traitement des brûlures. Les phlyctènes étant ouvertes, avec toutes les précautions convenables, le chirurgien recouvre les régions malades avec de légères couche d'ouate ; il enveloppe ensuite toute la région dans un véritable manchon d'épaisseur variable, une bande légèrement serrée maintient le pansement. Lorsqu'on applique cette substance sur les extrémités, il faut avoir bien soin de séparer les doigts les uns des autres par de petites couches de coton, afin d'éviter la production d'adhérences cicatricielles.

d. LAUGIER, après avoir versé sur la partie brûlée une solution sirupeuse de gomme arabique, plaçait dessus une ou deux feuilles de baudruche ; l'épiderme artificiel ainsi formé permet de surveiller facilement le travail réparateur. Le collodion riciné agit de la même façon. Ces divers moyens sont par-