

à la région qui va être atteinte d'érysipèle a été l'objet de nombreuses discussions. GALIEN, le premier, avait attiré l'attention sur ce point que BORSIERI considérait comme démontré. CHOMEL, BLANDIN, BLACHE en ont fait un signe des plus importants de la maladie. Malgré ces assertions, nous sommes obligés d'avouer que ce symptôme manque quelquefois; VELPEAU croyait cet engorgement consécutif à l'apparition de l'érysipèle. Lorsque la maladie survient spontanément, la valeur de ce signe peut être assez grande, mais, lorsque l'érysipèle succède à une plaie, la présence de cette dernière ne suffit-elle pas à expliquer l'engorgement ganglionnaire?

b. *Période d'état. Éruption.* — Consécutivement au frisson initial, et après un espace de temps qui ne dépasse pas quarante-huit heures, les bords de la plaie deviennent le siège d'une rougeur irrégulière, bien différente de la rougeur phlegmoneuse. La peau tendue, luisante, semble œdémateuse; l'œdème existe en effet, la présence de leucocytes dans les mailles du derme en est une preuve suffisante. La plaque se développe peu à peu, plus colorée à la périphérie qu'au centre, et se termine brusquement, par un liseré à bords festonnés après lequel les parties ambiantes sont parfaitement saines. Ce liseré, beaucoup plus sensible au doigt qu'à la vue, porte le nom de bourrelet. Dans les points ainsi envahis, le malade accuse une sensation de tension, une douleur âcre et prurigineuse que la pression augmente considérablement. La surface de la plaque, généralement lisse et luisante, se montre dans certains cas chagrinée, rugueuse; parfois même l'épiderme est soulevé par de la sérosité qui forme de petites vésicules (érysipèle phlycténoïde); du sang peut être mélangé à la sérosité, il donne alors à la plaque un aspect spécial (érysipèle gangréneux).

Durant le cours de cette période, la chaleur de la peau, âcre et mordicante, dénote des températures élevées qui oscillent, entre 38°,5 et 40°,5; le pouls bat avec rapidité. Le délire a été noté fréquemment, en particulier dans l'érysipèle du cuir chevelu, forme dans laquelle on voit de temps à autre le malade, après une période d'excitation, tomber dans un coma qui persiste pendant plusieurs jours.

c. *Période de déclin.* — Vers la fin de la première semaine, c'est-à-dire vers le cinquième ou le sixième jour, la plaque pâlit, les phénomènes généraux s'amendent, tout rentrerait bientôt dans l'ordre si la maladie se bornait à cette unique manifestation. Malheureusement, ces cas sont fort rares; habituellement, pendant que la première plaque arrive à son déclin d'autres naissent et se développent. De là résulte dans l'état général une alternative de poussées et de rémissions.

Forme. Marche. Durée. — Nous avons vu que l'aspect de la plaque était des plus variables. Suivant son caractère dominant l'érysipèle est : *bulleux, phlycténoïde, pemphigoïde, miliaire, gangréneux, œdémateux, phlegmoneux*, etc. La marche de la maladie a donné lieu à divers qualificatifs. L'érysipèle est dit : *fixe*, lorsqu'il se limite à la région dans laquelle il a pris naissance; *serpigineux*, lorsque la rougeur envahit divers points et qu'entre les plaques restent des intervalles de peau saine; *ambulant* lorsque la rougeur gagne successivement différentes régions; à *rechute* lorsqu'il récidive au même point.

Parmi les symptômes caractéristiques de l'érysipèle, nous insistons spécialement sur la tendance fâcheuse à se propager aux parties saines; il fait, comme on dit, *la tache d'huile*. C'est une affection aiguë, dont la durée normale varie entre huit et douze jours. L'érysipèle ambulant a une durée plus longue, il peut persister pendant trois semaines ou un mois; souvent, au moment où l'on croit la convalescence arrivée, survient une poussée nouvelle.

Complications et diagnostic. — Les abcès du tissu cellulaire ont été notés nombre de fois dans le cours de l'érysipèle; certaines régions, face, paupière, cuir chevelu présentent sous ce rapport une prédisposition manifeste. Lorsque le cuir chevelu se trouve envahi, les complications les plus graves peuvent se montrer (méningite, phlébite des sinus, etc). Dans ces dernières années, VERNEUIL et ses élèves ont signalé la présence fréquente de l'albumine dans les urines, symptôme constant d'une complication rénale. La lésion du rein peut être passagère; même dans ces cas toutefois, l'organe affecté conserve une susceptibilité des plus grandes, qui l'expose à être envahi de nouveau à la moindre récidive. La deuxième atteinte sera toujours plus grave que la première. L'affection rénale prend quelquefois une forme aiguë, et détermine des accidents mortels.

L'angioleucite, la phlébite, le phlegmon diffus ont été confondus avec l'érysipèle. Cependant, si l'on se rappelle la marche des symptômes généraux, les caractères particuliers de la plaque érysipélateuse, sa couleur, la saillie de ses bords, sa limitation brusque, la douleur spéciale que nous avons signalée et que la pression augmente, les erreurs deviennent difficiles. On ne saurait songer à une phlébite car rien ne rappelle l'induration caractéristique des veines enflammées. « L'œdème dans le cas d'érysipèle est mollassé, c'est un empatement qui donne facilement la sensation de fausse fluctuation; il est dur dans le cas de phlegmon; la marche, le développement des deux maladies, la formation du pus, tout diffère, car le premier a son siège dans le corps papillaire, le second dans les couches sous-cutanées » (CADIAT).

En terminant nous insistons encore sur la douleur spéciale, suraiguë que développe la pression sur une plaque d'érysipèle; dans quelques régions, au cuir chevelu par exemple, où la rougeur ne peut être perçue, ce symptôme et la sensation d'empatement sont de la plus grande utilité pour le diagnostic.

Terminaison et pronostic. — L'érysipèle se termine d'ordinaire par résolution; les plaques pâlisent, s'affaissent, se desquament, les accidents généraux s'amendent en même temps, et la guérison survient. Certaines formes, (*érysipèles phlegmoneux, gangréneux*) sont beaucoup plus dangereuses que les autres; dans quelques régions les complications donnent à la maladie un haut degré de gravité. L'érysipèle constitue toujours une affection sérieuse, parfaitement capable d'entraîner la mort, bien que DESPRÈS affirme formellement le contraire.

Quelques lésions de la peau, de nature scrofuleuse ou syphilitique, sont influencées en bien par l'érysipèle, le lupus est de ce nombre. Que se passe-t-il dans ces cas? nous n'en savons encore rien.

Contagion. — Après ce que nous avons dit des progrès récents de la science au sujet de l'anatomie pathologique de l'érysipèle, la nature infectieuse et

contagieuse de la maladie nous semble indiscutable. L'idée de la contagion de l'érysipèle a tout d'abord été émise en Angleterre vers le milieu du siècle dernier, cette théorie ne tarda pas à rencontrer de nombreux partisans : plusieurs cas non douteux de contagion furent publiés, tant dans cette région qu'en Amérique. Les idées anglaises, au contraire, étaient vivement attaquées en France par RAYER, CHOMEL et BOUILLAUD ; c'est à peine, si vers 1839, VELLEPEAU osait prétendre que la transmission de l'érysipèle fût possible. Plus tard défendue par JOBERT (de Lamballe), TROUSSEAU et GOSSELIN, cette idée fit de rapides progrès. Elle est universellement adoptée aujourd'hui.

Traitement. — Jusqu'ici il n'existe pas de traitement spécifique de l'érysipèle, cependant une foule de moyens, tant locaux que généraux, ont été proposés. Les moyens généraux ont varié bien souvent, suivant les théories régnantes. Ainsi se sont succédé : saignées, sangsues, vomitifs, purgatifs, etc. ; pour les topiques locaux, on a glané de tout côté, et un peu au hasard. Les uns, comme DUPUYTREN, dans l'espoir d'enrayer les progrès du mal, appliquaient un vésicatoire sur la partie malade ; d'autres, dans le même but, étendaient tout autour de la plaque une couche de pommade au nitrate d'argent. L'onguent mercuriel, diverses autres préparations ont eu aussi leurs partisans.

ROBERT DE LATOUR, le premier, employa le collodion dans le traitement de cette maladie. TROUSSEAU, NÉLATON, PIACHAUD (de Genève) suivirent son exemple, BROCA avait cette méthode en grande estime, il se servait du collodion riciné appliqué en cuirasse sur la plaque érysipélateuse. Dès que cette cuirasse se fendillait, on devait par une nouvelle application en réparer les brèches.

Le traitement le plus rationnel nous semble le suivant : Au début, pour combattre l'état saburral et les vomissements, un purgatif, et mieux un vomitif, seront prescrits. Pendant toute la durée de la maladie, comme l'érysipèle est une affection débilitante par excellence, il faudra s'occuper de soutenir les forces du malade, et faire prendre de l'alcool sous forme de potion de Tood, seul ou associé à l'extrait mou de quinquina ; les vins généreux, Banyuls, Madère, etc., pourront être alternativement employés. Les divers topiques locaux n'ayant aucune spécificité, il nous semble inutile d'augmenter par leur application la souffrance du patient. Quelques chirurgiens font recouvrir les parties de compresses trempées dans une eau émoullente (décoction de guimauve, de sureau), d'autres préconisent l'huile, l'axonge simples ou chargées de principes médicamenteux. A ces moyens nous préférons l'emploi des poudres inertes (amidon, bismuth, lycopode), dont le contact est agréable à la peau, l'application facile et sans inconvénient. HEPPEL, conseille de badigeonner la périphérie de l'érysipèle et les parties limitrophes, sur un espace de la largeur du doigt, avec une solution alcoolique d'acide phénique à 10 p. 100 jusqu'à ce que le tégument soit complètement décoloré. L'effet local serait, dit-il, très satisfaisant, les malades éprouvent une sensation agréable sur les points badigeonnés. Dans sept cas, ce nouveau mode de traitement aurait déterminé la brusque cessation du processus morbide (*Archiv. of Dermatology*, 1881). Dans le service de VERNEUIL, nous avons vu la pulvérisation phéniquée agir de la même façon. Les faits sont encore trop

peu nombreux pour que l'on puisse se prononcer ; en tout cas, ces méthodes de traitement étant inoffensives, on peut toujours les tenter.

Prophylaxie. — Les connaissances que nous possédons aujourd'hui, sur la nature même de l'érysipèle, imposent au chirurgien le devoir d'isoler les sujets atteints de cette maladie, dès qu'elle vient à se déclarer dans un hôpital ou une ambulance. On les fera transporter dans une salle à part et mieux sous une tente. La salle infectée devra être nettoyée, lavée, aérée, et, si faire se peut, évacuée. Dans tous les cas, pendant un certain temps, le chirurgien s'abstiendra de toute intervention sanglante sur les malades de ce local, où il ne mettra pas non plus ses opérés.

Dans la pratique civile, les règles de l'hygiène étant plus facilement applicables, il sera bon d'avoir pour le malade deux lits, dans deux chambres différentes, on le changera de douze heures en douze heures. Les pièces, pendant ce temps-là, seront ventilées.

Les relations de l'érysipèle avec les fièvres puerpérales graves étant admises et bien établies aujourd'hui, le médecin devra prendre les plus grandes précautions s'il doit peu après visiter de nouvelles accouchées. Il éloignera le plus possible ses visites, changera de vêtement, se lavera les mains à l'acide phénique, etc. ; il ne saurait être trop circonspect, la moindre imprudence de sa part pouvant occasionner des accidents terribles.

§ 7. — Pourriture d'hôpital

SYNONYMES. — *Gangrène d'hôpital ou nosocomiale* ; *ulcères gangréneux des plaies*. — *Typhus traumatique* — *Ship ulcer*. — *Diphthérie des plaies*

Bibliographie. POUTEAU, *Œuvres posthumes*, 1783, t. III. — DUSAUSOY, Lyon, 1787. — DELPECH, *Clinique chirurgicale*, t. 1^{er}, p. 78. — OLLIVIER, *Traité du typhus traumatique*, 1822. — MARMY, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1857. — THOMPSON, *Traité de l'inflammation*, 1827. — GUTHRIE, in *Commentaries*. — SALLERON, *Recueil de mém. de méd. militaire*, 3^e série, t. II, 1859. — PITHA, *Prager Vierteljahrschrift f. Heilkunde*, 1851. — MAUPIN, *Rec. de mém. de méd. militaire*, 2^e série, t. XX. — HEINE, *Handbuch der Allgemein.*, etc., Pitha et Billroth, 1874. — KÖNIG, *Sammlung klinisch. Vorträge von R. Volkmann*, 1872. — BERGER, in *Revue de Hayem*, 1875, p. 613. — NUSSBAUM, in *Arch. de Langenbeck*, t. XVII, p. 706.

Voir les articles de BEGIN, OLLIVIER, *Dict. en 30 et 60 vol.*, et ROCHARD, in *Dict. de Jaccoud*.

Thèse de Strasbourg. — 1858, BOURROT.

Thèses de Paris. — 1860, BOUSSUGE, GUILLAUME, ALBESPY. — 1871, TRIBES, RIGAL, MOTY, MESTRUDE. — 1872, LE BOURDELÈS, LE ROY. — 1875, WOLF (Bibliographie). — 1876, MENARD.

Définition. Historique. — La pourriture d'hôpital est une maladie des bourgeons charnus due à un principe contagieux et infectieux caractérisée par la formation d'une fausse membrane ou d'une ulcération envahissante qui détruisent les tissus.

Cette maladie était connue des anciens chirurgiens. LAMOTTE, FODÉRÉ l'ont

observée dans le vieil Hôtel-Dieu de Paris, mais son histoire n'a été bien élucidée qu'au siècle dernier grâce aux travaux de POUTEAU, DUSAUSOY; les médecins de la marine anglaise, GILLESPIE, TROTTER, ont signalé des épidémies à bord des navires. C'est surtout à l'époque des guerres du commencement de ce siècle que la pourriture d'hôpital s'est montrée avec une grande intensité, ces épidémies ont été relatées par DELPECH, OLLIVIER, HENNEN, GUTHRIE, etc. Depuis cette époque elle a sévi sur nos armées pendant les guerres de Crimée, d'Italie et de France.

Étiologie. — La pourriture apparaît lorsqu'un certain nombre de conditions banales se trouvent réunies : encombrement, milieu hospitalier, ventilation défectueuse, air impur, voisinage des latrines ou des matières putréfiées, endroits bas et humides. Ces conditions favorisent l'éclosion de la pourriture, mais sont incapables à elles seules de produire la maladie; d'ailleurs elles n'ont rien de spécial dans le cas actuel, les mêmes causes générales peuvent être invoquées pour expliquer l'apparition du choléra, du typhus, de la septicémie, etc., qui sévissent souvent en même temps que la pourriture. Comme les armées en campagne, les navires constituent un milieu hygiénique mauvais, il n'est donc pas étonnant qu'on y observe fréquemment des épidémies de pourriture.

Les saisons paraissent exercer une influence très faible sur l'apparition de ce mal, tandis que les variations brusques de température, d'après DUSAUSOY, DELPECH, BRUGMANS, sont des circonstances favorables. Les armées d'Espagne, en 1810, furent attaquées par la pourriture par une température de $+ 35^{\circ}$, on l'observa également à Metz en 1870 par un froid de $- 14^{\circ}$.

La pourriture d'hôpital est due à un principe virulent, contagieux et inoculable. La contagion, niée par PERCY, HIRSCH, PITHA, BILLROTH, MARMY n'est plus guère contestée aujourd'hui; il est probable qu'elle est due à l'action d'un microbe spécial. BRUGMANS admettait un principe contagieux disséminé dans l'air, qui produirait d'abord une infection générale et consécutivement la pourriture locale; THOMSON et HENNEN pensent également que l'altération du sang précède l'altération locale. Le pouvoir contagieux de la pourriture est aujourd'hui bien démontré; elle se propage d'une salle ou d'un étage à un autre par l'air; les blessés d'un hôpital évacués sur un autre l'y transportent. Elle se propage également au contact, et les instruments, les pièces de pansement, la charpie contaminés peuvent la transmettre à des plaies saines. L'inoculation est également hors de contestation; elle a lieu accidentellement comme dans les cas de DUSAUSOY, DANILO, qui prirent la pourriture en pansant les blessés; enfin l'inoculation volontaire d'OLLIVIER, pendant les guerres d'Espagne, démontra jusqu'à l'évidence le pouvoir infectant.

En résumé, tout en admettant le pouvoir contagieux de la pourriture, les uns la regardent comme la manifestation d'une maladie générale, les autres, et nous sommes de ce nombre, croient que l'altération locale précède les symptômes généraux.

Depuis vingt ans, les Allemands cherchent à identifier la pourriture avec la diphtérie. ROBERT a émis une idée analogue, il distingue trois variétés; la diphtérie simple, la diphtérie pulpeuse et la diphtérie ulcéreuse.

HEINE, l'un des plus ardents défenseurs de cette opinion, dit avoir trouvé la même structure aux fausses membranes des deux maladies, mais ses conclusions sont contredites par celles de WAGNER. — FOCK, FISCHER, ROGER. PATERSON ont observé des cas de croup pendant des épidémies de pourriture et inversement; ces faits viennent à l'appui de l'identité des deux affections, néanmoins il faut de nouvelles recherches pour trancher la question. HUETER, EBERTH (1873), considèrent la pourriture d'hôpital comme une infection chirurgicale diphtérique produite par un agent organisé ou monade. Elle est le résultat d'une maladie des granulations provoquée par ces infusoires; ils la rangent en conséquence à côté de la diphtérie.

Anatomie pathologique. — Les recherches histologiques relatives à la pourriture sont encore peu nombreuses et contradictoires. DEMME n'a pas analysé la fausse membrane, il a observé au-dessous d'elle une prolifération exubérante du tissu cellulaire; ces couches nouvelles sont destinées à se nécroser rapidement. TRIBES n'a signalé dans les détritres de la forme pulpeuse que des filaments de fibrine qui englobent des leucocytes remplis de granulations noirâtres. HEINE décrit dans la zone granuleuse des petits corpuscules réfringents, ronds, tantôt libres, tantôt réunis en chapelets et qui, dissociés, sont animés de mouvements; de plus, il a trouvé des petits grains pâles, fins, irréguliers, formant une couche épaisse. Pour lui, les premiers corpuscules seraient des bactéries qui amèneraient rapidement la nécrose des bourgeons charnus. Les tissus sous-jacents à la fausse membrane sont très enflammés, infiltrés de globules de pus et le siège d'exsudats muqueux. Des phénomènes de putréfaction se produisent de bonne heure dans les couches envahies par le principe infectieux. Les bactéries sont-elles la cause première de la pourriture d'hôpital? HEINE et THIERSCH ne le pensent pas et croient que la coagulation des liquides de la plaie est le phénomène primordial. Cependant tout ce que nous savons aujourd'hui du mode d'action des parasites tend à prouver qu'il s'agit bien ici de microbes qui s'avancent de la surface à la profondeur, en laissant derrière eux, sous la forme de nécrose de coagulation, les déchets et les restes des tissus envahis. Il est fort probable que des milliers d'agents étrangers ne tardent pas à s'associer au microbe de la pourriture pour putréfier ces produits coagulés.

Siège. — On rencontre la pourriture sur toutes les plaies, mais les grandes plaies contuses, anfractueuses, les moignons sont surtout atteints. On l'a vue envahir la surface d'un vésicatoire; l'un de nous l'a observée sur la plaie avivée d'une fistule vésico-vaginale.

Symptômes. — La pourriture ne se présente pas constamment avec les mêmes caractères, et les auteurs en ont décrit des formes très variées; les plus constantes sont les formes ulcéreuse et pulpeuse décrites par DELPECH. L'affection est souvent annoncée par des prodromes, de violentes douleurs nocturnes dans la plaie, de la fièvre, un malaise général; ces signes peuvent passer inaperçus.

1^o Forme ulcéreuse. — Après une période d'incubation variable entre trois et six jours, la plaie devient douloureuse, puis on observe en un ou plusieurs points une petite excavation en forme de godet, de couleur brunâtre, remplie

par un ichor adhérent au fond de la plaie. Cette ulcération s'étend en surface et en profondeur; elle apparaît de préférence dans les points où il existe du tissu cellulaire, en même temps, la suppuration est remplacée par une sérosité roussâtre. Toute la plaie prend bientôt un aspect violacé, fongueux, saignant; les bourgeons charnus sont boursoufflés, ecchymosés, les bords de la plaie rouges et tuméfiés, renversés. En peu de temps toute la couche des bourgeons charnus est détruite et la maladie envahit ensuite progressivement de nouveaux tissus. On l'aurait vue ronger un côté de la plaie seulement, affectant une forme phagédénique; en tous cas, elle est tantôt partielle, tantôt générale.

2° *Forme pulpeuse.* — Cette forme succède quelquefois à la précédente. Au début les bourgeons violacés se recouvrent d'un voile demi-transparent et adhérent; on peut encore l'enlever, mais alors la plaie saigne. Abandonnée à elle-même, la couche pulpeuse devient plus épaisse à mesure que ses parties superficielles tombent en bouillie et présentent un piqueté granitique hémorragique. La douleur, symptôme constant, fatigue beaucoup les malades. Les bords de la plaie sont empâtés, violets; à chaque pansement, les pièces de linge sont imbibées d'une sérosité fétide, abondante et souillées par du putrilage provenant de la fonte des bourgeons charnus. La fausse membrane tombe par fragments, laissant à nu au-dessous d'elle une surface saignante qui ne tarde pas à se couvrir d'une nouvelle couche pulpeuse. L'engorgement œdémateux est plus considérable que dans la forme ulcéreuse.

D'après ceux qui l'ont observée, et nous avons pu faire cette remarque pendant le siège de Strasbourg, les deux formes ne sont pas aussi nettement tranchées : plusieurs admettent qu'elles se succèdent ou coexistent chez le même malade. Chacune d'elles présente d'ailleurs des variétés; ainsi outre l'érosion ordinaire, OLLIVIER a décrit une érosion gangréneuse; MARMY admet une forme ulcéreuse gangréneuse, d'autres une forme gélatineuse simple ou hémorragique.

La pourriture, quand elle a une marche progressive, s'étend tantôt en surface, tantôt en profondeur. Aucun tissu n'est à l'abri de son action; aussi produit-elle d'horribles blessures, d'une odeur repoussante qui mettent à nu le squelette, les vertèbres, amènent la conicité des moignons, etc. Les vaisseaux, les articulations, les cavités splanchniques ou séreuses ne résistent pas à l'action destructive de cet agent infectieux et leur ulcération ou leur perforation détermine des hémorragies ou des complications très graves.

Pendant l'évolution de la pourriture, qui dure parfois plusieurs semaines, l'état général s'altère, et des symptômes d'infection plus ou moins marqués coïncident avec les poussées locales. La fièvre d'abord rémittente devient continue; dans les cas graves il y a du délire, des états convulsifs signalés par LEGOUÉST. Habituellement l'adynamie succède aux premiers symptômes, la fièvre hectique et la diarrhée colliquative conduisent rapidement les malades au marasme et à la mort.

Parmi les complications de la pourriture nous mentionnerons la lymphangite, l'érysipèle, le tétanos, la pyohémie, causes fréquentes de mort. La pourriture peut guérir spontanément lorsqu'elle est légère; cependant la mort arrive

au moins dans un tiers des cas. Sur seize cents blessés atteints de pourriture après la bataille de Vittoria (1813), GUTHRIE compte que plus de cinq cents moururent. A Berlin la mortalité aurait été de 80 p. 100.

Si l'affection tend à décroître, les symptômes généraux s'amendent, la douleur locale s'apaise, la suppuration devient meilleure, et des bourgeons charnus roses remplacent les débris gangréneux. Mais il ne faut pas oublier que la récurrence menace les malades jusqu'au dernier jour de la cicatrisation. La guérison définitive est toujours longue, il en résulte des cicatrices difformes qui peuvent gêner beaucoup la prothèse, surtout pour les moignons.

Diagnostic. — Les symptômes de la pourriture sont assez caractéristiques pour qu'on ne puisse longtemps les méconnaître, surtout quand elle affecte la forme épidémique. Il n'en est pas de même lorsque la pourriture est sporadique. Un certain nombre de maladies des bourgeons charnus peuvent être confondues avec elle; nous signalerons seulement la diphtérie, l'état blafard des plaies chez les blessés atteints d'embarras gastrique, de septicémie, de phlébite, de thrombose, etc. Un examen attentif des symptômes suffira d'ordinaire à écarter ces causes d'erreur.

Traitement. — Il doit être prophylactique et curatif. Il n'appartient pas au chirurgien d'empêcher la production de la pourriture d'hôpital; son action devra se borner à éviter toutes les conditions favorables à son développement et à limiter autant que possible l'extension et la diffusion du principe contagieux. C'est à l'hygiène que l'on s'adressera pour remplir ces indications; il faut éviter l'encombrement des blessés, les placer dans des pièces éclairées, ventilées, à l'abri de l'humidité et des miasmes insalubres; les pansements devront être faits avec soin en se servant d'objets et d'instruments très propres. A cet égard les progrès de la thérapeutique moderne, la disparition de la charpie, les pansements rares, antiseptiques, réalisent une amélioration notable. Les résultats obtenus pendant la guerre turco-russe par CARL REYHER sont à cet égard encourageants. On a conseillé la réunion primitive des plaies afin d'éviter la pourriture; elle échouait trop souvent jadis pour avoir une sérieuse efficacité; il n'en serait plus de même aujourd'hui.

Traitement curatif. — Le traitement général ne suffit pas à arrêter la marche de la pourriture, il trouve son indication pour soutenir le blessé; les vomitifs, les purgatifs légers ont été vantés au début; les saignées, les sangsues, malgré quelques partisans (BÉGIN), sont généralement abandonnées; tout le monde recommande l'emploi des toniques, du quinquina, du sulfate de quinine, du vin, de l'alcool, du café et de tous les excitants diffusibles.

Le traitement local est des plus importants, et tous les procédés ou les agents pronés tour à tour ont pour but d'arrêter la marche de l'affection en modifiant la surface de la plaie. Le nombre des remèdes proposés est incalculable; tous comptent quelques succès à leur actif, aucun n'a une spécificité et une constance réelles. Nous ne citerons ici que les plus accrédités. Ce sont :

1° *Les caustiques.* — La cautérisation au fer rouge est un moyen de traitement moins incertain que les autres; elle est recommandée par POUTEAU, DUSAUSOY, DELPECH, OLLIVIER et doit être énergiquement appliquée, partout où il reste des traces du mal; malheureusement son action est irrégulière, souvent trop