

moyens que nous venons d'indiquer, fût-il au fond d'une alvéole. Quant aux cas où l'épulis paraît dépendre d'un point de carie ou de nécrose de l'os maxillaire, il faut ne se décider à l'attaquer qu'autant qu'elle fait des progrès ou qu'elle menace de dégénérer. La plaie qui résulte de l'opération devient fistuleuse, et ne se cicatrise complètement que quand la maladie de l'os est elle-même guérie.

Des fongus de la dure-mère.

Les fongus de la dure-mère, dont l'existence avait été soupçonnée par les anciens, mais qui ne sont bien connus que depuis les travaux de Louis, sont des maladies assez rares. Les causes qui paraissent les produire le plus ordinairement sont des coups reçus sur le crâne, des commotions du cerveau dans les chutes sur les pieds, sur les genoux, ou sur les fesses. Dans quelques cas aussi, elles naissent sans causes connues.

Le plus souvent il n'existe qu'une de ces tumeurs, mais il n'est pas très-rare d'en rencontrer en même temps plusieurs, et même, dans quelques cas, un très-grand nombre. Leur siège le plus ordinaire est la région pariétale; mais on peut aussi les rencontrer sous le coronal, sous l'occipital, et sous les temporaux.

Symptômes, marche. On rencontre quelquefois, en ouvrant le crâne des vieillards, des tumeurs de la dure-mère assez développées, et dont l'existence ne s'était manifestée pendant la vie par aucun symptôme. Mais le plus souvent elles produisent des accidens dont les plus communs sont : une douleur fixe, ordinairement pulsative, dans le lieu occupé par la tumeur, douleur qui s'exaspère facilement à l'occasion de l'action de la moindre cause irritante externe; l'affaiblissement des facultés intellectuelles; la perte de la mémoire; des mouvemens convulsifs généraux, et la paralysie des sens ou des membres, etc. A ces symptômes s'en ajoutent quelquefois

d'autres; et eux-mêmes offrent quelques variétés qui dépendent du volume de la tumeur et du lieu qu'elle occupe, c'est-à-dire de la partie du cerveau qu'elle comprime et qu'elle irrite. Ainsi, dans quelques cas, il y a exophtalmie, strabisme ou amaurose, affectant un seul œil ou les deux yeux, et les autres organes conservent l'intégrité de leurs fonctions; d'autres fois il y a surdité d'un seul ou des deux côtés; dans d'autres cas, il y a hémiplegie; chez quelques sujets, paraplégie; chez d'autres, paralysie d'un seul des membres supérieurs ou inférieurs; chez ceux-ci il y a en même temps cécité et surdité d'un seul ou des deux côtés, ou bien en même temps cécité, surdité, paraplégie ou hémiplegie; chez ceux-là, il n'y a que convulsions, chez quelques uns enfin, on n'observe que la douleur, ou la douleur et les convulsions.

Ces différens symptômes, qui tous dépendent de l'irritation ou de la compression du cerveau, suffisent quelquefois pour faire périr le malade. Mais, dans la plupart des cas, la tumeur, à laquelle le cerveau communique ses divers mouvemens, use les os du crâne, comme une tumeur anévrysmale use les os sur lesquels elle est appuyée, et après les avoir amincis au point que, lorsqu'on appuie sur la surface extérieure du crâne dans le lieu où existe la douleur, on produit une crépitation analogue à celle que l'on obtient en froissant du parchemin très-sec, elle les perfore et vient apparaître sous le cuir chevelu.

Lorsque le fongus est d'un fort volume, et que la perforation qui se fait aux os du crâne est néanmoins assez large pour lui livrer passage, il apparaît brusquement à l'extérieur, et semble faire en peu de temps des progrès considérables. Mais le cerveau, débarrassé tout à coup de la gêne qu'il éprouvait, tombe dans une sorte de collapsus qui le rend incapable d'exécuter ses fonctions; le pouls est faible et concentré; les extré-

mités deviennent froides; il survient des hoquets, des vomissemens, des mouvemens convulsifs; et quelquefois le pouls se ralentit de plus en plus, et le malade périt, soit dans une syncope, soit dans une convulsion. Cependant on voit quelquefois ces accidens cesser, et le cerveau reprendre peu à peu ses fonctions. Lorsque la perforation du crâne ne permet à la tumeur de sortir que graduellement, le malade se trouve communément soulagé des accidens qui dépendent de l'irritation et de la compression du cerveau. Mais ce soulagement est, dans la plupart des cas, de peu de durée, parce que la circonférence de l'ouverture osseuse présente des pointes acérées qui s'engagent dans la substance de la tumeur, l'irritent, l'enflamment, et y déterminent les douleurs les plus aiguës.

Une fois qu'il a franchi l'enceinte du crâne pour soulever le derme chevelu, le fongus de la dure-mère se présente sous l'apparence d'une tumeur circonscrite, sans changement de couleur à la peau, agitée de mouvemens isochrones à ceux du cerveau, immobile quand on veut la déplacer latéralement, susceptible, au contraire, de disparaître en totalité ou en partie quand on la comprime perpendiculairement à la surface du crâne. La réduction de cette tumeur est ordinairement suivie de la cessation des douleurs vives dépendantes de l'action des pointes aiguës de la circonférence de l'ouverture osseuse sur son tissu; mais elle occasionne souvent, pour peu que le fongus ait quelque volume, des vertiges, des éblouissemens, et même la cessation brusque de toutes les fonctions cérébrales, de telle sorte que l'on arrête à volonté le malade au milieu d'une phrase, qu'il reprend, dans quelque cas, aussitôt qu'on lève la compression, sans même s'apercevoir qu'elle a été pendant quelques instans suspendue. Chez quelques sujets, cette compression détermine des mouvemens convulsifs, de la syncope. A mesure qu'elles vieillissent, ces tumeurs

font des progrès plus ou moins rapides; elles finissent ainsi par acquérir un volume considérable. On en a vu qui avaient jusqu'à treize pouces de circonférence à leur base. Elle sont toujours alors étroites et comme pédiculées à l'endroit par lequel elles correspondent au crâne.

Ces tumeurs anciennes offrent presque constamment une apparence plus ou moins marquée de fluctuation, soit dans toute leur masse, soit dans quelques parties qui sont séparées par des points plus consistans. Quelques unes n'altèrent jamais le derme chevelu; d'autres irritent sourdement les tissus avec lesquels elle se trouvent en contact, et y déterminent de l'épaississement; d'autres en plus grand nombre, irritent plus fortement le derme chevelu, l'amincissent, l'ulcèrent, et apparaissent à nu à l'extérieur.

Tant que la tumeur est encore renfermée dans la capacité du crâne, on peut soupçonner qu'elle existe, mais il est impossible d'en acquérir la certitude, tant les accidens qu'elle détermine sont peu distincts de ceux que produisent la plupart des affections chroniques des organes encéphaliques. Lorsque, après avoir perforé les os, elle est devenue sous-cutanée, le diagnostic en est beaucoup plus facile; cependant on peut encore la confondre avec la tumeur formée par la hernie du cerveau, avec des abcès, des loupes, des anévrysmes développés à l'extérieur du crâne.

L'encéphalocèle est de toutes les maladies celle qui ressemble le plus au fongus de la dure-mère; mais elle ne se développe guère que chez les enfans, tandis que les fongus n'attaquent en général que les adultes. Chez ces derniers, la hernie du cerveau présente une consistance moins ferme et plus uniforme que les fongus; d'ailleurs les précédens de la maladie ne sont pas les mêmes dans les deux cas. Cependant il faut convenir que chez les sujets avancés en âge la distinction est quelquefois difficile.

Les abcès présentent partout une fluctuation uniforme; ils ne naissent pas de la même manière que les fungus, s'accroissent différemment, ne sont pas réductibles, ne présentent aucun battement analogue à ceux du cerveau. Les loupes sont mobiles, indolores, incompressibles, irréductibles, et ne présentent également aucun battement. Les anévrysmes présentent des battemens et sont compressibles; mais, outre qu'ils se développent très-rarement à l'extérieur du crâne, les battemens dont ils sont agités sont accompagnés de dilatations et de resserremens alternatifs, tandis que les battemens des fungus sont des mouvemens communiqués qui soulèvent toute leur masse, et dans lesquels on ne remarque ni diastole ni systole.

Les fungus de la dure-mère constituent des maladies graves qui entraînent presque toujours la perte des malades. La mort survient ordinairement brusquement et d'une manière inopinée; le malade expire dans les convulsions ou dans le coma. Cependant on a vu quelques individus supporter leur mal pendant plus de vingt ans.

Caractères anatomiques. Les caractères anatomiques des fungus de la dure-mère diffèrent comme les époques où on les examine. Lorsque la tumeur peu développée n'a pas encore perforé les os du crâne, elle est inégale à la surface et fibreuse à son intérieur. Nous en avons vu dernièrement une dont l'existence n'avait point été soupçonnée pendant la vie, et qui présentait par sa forme, sa couleur, son aspect et son volume, une analogie frappante avec une fleur de scabieuse non épanouie ou en bouton: elle était de nature fibreuse. A cet état, les fungus de la dure-mère, qui sont quelquefois très-nombreux, dépriment en dedans la surface du cerveau, refoulent en dehors, amincissent, usent la table interne des os du crâne, et se forment une cavité proportionnée à leur volume, et dans laquelle ils se logent. La dure-mère est épaissie

dans le point correspondant à leur origine. Plus tard on trouve les os percés d'une ouverture à bords minces, taillés en biseau aux dépens de la table interne, et dont la circonférence présente des dentelures nombreuses et pointues; à travers cette ouverture, passe une partie de la tumeur, qui, rétrécie à son niveau, est épanouie au delà sous le derme chevelu. Toute la partie de cette tumeur qui dépasse le niveau du crâne présente les caractères du tissu fongueux; au niveau de l'ouverture osseuse, les pointes dont est hérissée la circonférence de celle-ci sont implantées dans sa substance. Le plus souvent les organes voisins sont sains; cependant on trouve quelquefois le cerveau enflammé, ramolli, ou même en suppuration; le derme chevelu et le tissu cellulaire épicroânien condensés et épaissis; on a même vu le muscle crotaphite ossifié. D'autres fois l'enveloppe tégumentaire du crâne est amincie ou perforée; à la surface de la tumeur existe une suppuration sanieuse et fétide. Dans quelques cas enfin, la tumeur elle-même est altérée, ou son intérieur en suppuration; chez quelques sujets où l'on a fait usage d'applications irritantes, on l'a vue passer à la dégénération cancéreuse.

Traitement. Jusqu'à présent l'art a été impuissant contre les fungus de la dure-mère. On a cru que l'on pourrait s'opposer aux progrès du mal en faisant porter aux malades une calotte résistante; mais on a bientôt reconnu que ce moyen, s'opposant au développement de la tumeur en dehors, le refoulait au dedans, du côté du cerveau, qui en souffrait une compression proportionnée. L'excision de la tumeur au niveau du crâne, la cautérisation, la ligature, n'ont pas prévenu la récidive, et elles ont eu souvent pour effet, l'excision et les caustiques surtout, un développement plus rapide de la végétation morbide, ou même son passage à l'état cancéreux. Plusieurs auteurs ont cependant conseillé un moyen plus ration-

nel, qui consisterait à découvrir la tumeur jusqu'à sa base par une incision cruciale faite aux tégumens, dont on renverserait les lambeaux; à agrandir avec le couteau lenticulaire, ou la gouge, ou même avec le trépan, l'ouverture faite aux os, et après avoir mis à nu le point d'origine du fungus, à l'enlever, en détachant circulairement la portion de dure-mère qui lui donne naissance. Les lambeaux de peau seraient ensuite réappliqués et soutenus par un pansement simple, et l'on s'efforcerait de préserver, par un traitement antiphlogistique bien dirigé, le cerveau et l'arachnoïde de l'inflammation à laquelle ils seraient nécessairement exposés. Cette opération serait dangereuse sans doute; mais si l'on fait attention qu'il s'agit d'une maladie nécessairement mortelle, tandis que l'observation clinique prouve que le cerveau a pu être dénudé sans inconvénient, on ne pourra plus la regarder comme téméraire. Cependant, elle n'a jamais, que nous sachions, été tentée; on sent toutefois qu'elle ne serait pas praticable dans les cas où il existerait un grand nombre de tumeurs, dans ceux où un fungus unique aurait acquis un trop grand volume, dans ceux où il aurait un siège trop rapproché de la base du crâne, et enfin dans ceux où il existerait en même temps une altération profonde de la substance cérébrale.

Des fungus du périoste.

Ces fungus sont une des suites de la périostite chronique. Ils reconnaissent par conséquent les mêmes causes, et pendant quelque temps s'annoncent par les mêmes symptômes: c'est-à-dire par une tumeur développée sur un os, adhérente, dure, non circonscrite, et dont la saillie se confond insensiblement avec la surface d'où elle tire son origine. Cependant cette tumeur fait des progrès lents, devient douloureuse, inégale, bosselée, une apparence de fluctuation se fait sentir dans les points les plus saillans de sa surface, tandis que les points in-

termédiaires sont fermes et résistans. Enfin, après un temps variable, mais ordinairement assez long, les douleurs deviennent plus vives, les parties environnantes s'enflamment, la peau rougit, se perforé en un ou plusieurs endroits, et laisse écouler un pus sanieux et ténu. Si l'os dont le périoste est affecté est situé profondément, les ouvertures restent fistuleuses. Cependant on peut encore reconnaître le caractère du mal: un stylet introduit par les fistules et conduit jusqu'à l'os, ne pénètre pas dans la substance de celui-ci, mais il le trouve quelquefois inégal à sa surface, et pour arriver jusqu'à lui, il est obligé de traverser une masse de fongosités dont il déchire le tissu, et qui fournissent toujours alors une assez grande quantité de sang.

Lorsque l'os est superficiel, et surtout sous-cutané, il est ordinairement facile de reconnaître les caractères de la tumeur à travers les ouvertures de la peau.

Comme toutes celles du même genre, les tumeurs fongueuses du périoste ne sont pas susceptibles d'une guérison spontanée, elles tendent au contraire incessamment à s'accroître, provoquent des douleurs vives, déterminent dans les tissus voisins, et notamment dans les muscles, une inflammation chronique qui les rend impropres à remplir leurs fonctions, elles fournissent des écoulemens sanieux et sanguins, qui fatiguent et épuisent les malades; et enfin elles peuvent passer à la dégénération carcinomateuse.

Il faut donc les détruire.

Pour cela on les met à découvert jusqu'à leur base, à l'aide d'incisions simples, cruciales, ou en V, selon le besoin; on enlève avec l'instrument tranchant tout ce que l'on peut détacher de la tumeur; on rugine l'os, et si la surface de celui-ci présente un aspect douteux, on applique le cautère actuel. On panse à fond, car une semblable opération doit toujours avoir

pour résultat la nécrose des lames les plus superficielles de l'os, et il serait imprudent de laisser fermer la plaie avant la séparation et la chute des pièces d'os frappées de mort. L'opération est grave, la guérison longue à obtenir; mais c'est le seul moyen de détruire le mal.

Si l'os était placé si profondément que l'opération, telle qu'elle vient d'être décrite, fût impraticable, il faudrait retarder par tous les moyens (*saignées locales, émoulliens, etc.*) les progrès du mal; et lorsque celui-ci serait devenu dangereux pour la vie du sujet, pratiquer l'amputation si elle était possible.

Des fongus de la membrane médullaire des os, ou *spina ventosa*.

L'histoire de la maladie que les auteurs ont, depuis les Arabes, désignée sous le nom de *spina ventosa*, est une des mille preuves des erreurs et des divagations auxquelles on peut se laisser entraîner quand on n'est pas guidé par des connaissances positives en anatomie pathologique. Le vague qui règne encore sur ce que l'on doit entendre par ce mot, est tel, que beaucoup d'écrivains du plus grand mérite ont décrit comme des exemples de *spinosa ventosa*, de véritables exostoses ou des hyperostoses avec raréfaction du tissu osseux; que d'autres ont confondu cette maladie avec l'ostéosarcome, etc. Cependant le *spina ventosa*, sans être très-commun, n'est point une maladie très-rare; mais, ou bien on ne l'examinait point après la mort, ou bien on se bornait à préparer et à conserver l'os sans songer à constater l'état de la membrane médullaire. Nos musées sont remplis de pièces de ce genre, qui, toutes, attestent que l'on s'est borné, ainsi que le dit M. le professeur Boyer, à étudier le *squelette* de la maladie, et que l'on a oublié d'examiner cette maladie elle-même.

Ce n'est pas sans quelques doutes que nous-mêmes rangeons le *spina ventosa* parmi les fongus. Cependant, en con-

sidérant les caractères anatomiques les plus constans donnés par les auteurs à cette affection, et nous appuyant sur deux dissections faites par nous avec le plus grand soin, nous pensons que, jusqu'à ce que des recherches plus exactes et plus nombreuses aient été faites, la place que nous lui assignons dans le cadre nosologique est celle qu'elle doit véritablement occuper.

En effet, tous les auteurs ont reconnu que, dans le lieu correspondant à la maladie, le canal médullaire est dilaté, renflé comme un tube de baromètre, et que la substance osseuse, dont la nature n'a point changé, est là raréfiée de manière à former une espèce de réseau à mailles plus ou moins écartées, une sorte de cage dans laquelle est contenue une substance charnue. Ceux en petit nombre qui ont examiné cette substance ont reconnu qu'elle était de nature fongueuse dans la plupart des cas; que, dans d'autres, c'était une matière grisâtre, jaunâtre, plus ferme et *lardacée*, quelquefois plâtreuse ou caséuse. Ainsi, dans la plupart des cas, la substance qui remplit le canal médullaire dilaté est donc fongueuse, et elle ne peut être développée qu'aux dépens de la membrane médullaire; c'est cette membrane qui, en se gonflant, repousse en dehors les lames osseuses, et éloigne ainsi les parois du canal médullaire du centre de cette cavité. On a voulu voir dans cette divarication des fibres osseuses une preuve que la maladie de la moelle qui la produit ou l'accompagne est autre chose qu'un fongus, et on s'est appuyé sur ce que les fongus de la dure-mère perforent les os et ne les étendent pas ainsi; mais on n'a pas fait attention que ces derniers, comme les anévrysmes, dont ils imitent en cela la manière d'agir, sont agités par des mouvemens de pulsation qui leur sont communiqués par le cerveau, et que c'est à ces mouvemens qu'ils doivent la facilité avec laquelle ils usent la substance des os.

Les fongus du sinus maxillaire, qui ne sont point agités par de semblables mouvemens, dilatent la cavité, au point d'en décupler quelquefois la capacité avant d'en détruire les parois. A la vérité, les parois du sinus maxillaire ne se transforment pas en une sorte de réseau osseux, comme les parois du canal médullaire des os longs, et les fongus de ce sinus ne passent pas ordinairement aux dégénéralions gélatiniformes ou caséuses; mais ne faut-il pas tenir compte de la texture différente des os, et de la présence de la moelle, qui suit les altérations de son organe sécréteur, et qui doit nécessairement les modifier?

Le *spina ventosa* est une maladie presque particulière aux os longs et cylindriques; et parmi ceux-ci, c'est principalement le tibia ou le fémur, près du genou, qu'elle attaque de préférence. L'os dans lequel elle se manifeste le plus souvent ensuite, est l'humérus, près de l'articulation scapulo-humérale; on l'observe plus rarement aux os de l'avant-bras, qu'elle attaque presque toujours près du coude. Les causes qui la produisent paraissent être les mêmes que celle de l'ostéite.

Symptômes, marche, etc. Les symptômes par lesquels elle s'annonce sont ordinairement une douleur vive, profonde, ayant son siège dans le centre de l'os, tantôt continue, tantôt revenant par élancemens vifs, et, dans les deux cas, rappelant à quelques malades la sensation que produirait une épine enfoncée dans le canal médullaire: circonstance qui, jointe au mode d'altération éprouvé par l'os, qui semble comme soufflé, a servi aux médecins arabes à composer le nom barbare sous lequel la maladie qui nous occupe est encore désignée aujourd'hui. Dans quelques cas cependant la douleur est obscure et à peine sentie du malade. Quel qu'en soit le caractère, elle est ordinairement pendant long-temps le seul symptôme par lequel s'annonce la dégénéralion fongueuse du tissu médul-

laire, mais, après un temps plus ou moins long, l'os se tuméfie dans tous les sens à la fois, et se dilate pour ainsi dire de manière à décupler, dans quelque cas, de volume. Cette dilatation, qui presque jamais ne s'étend jusqu'à l'articulation, dont les mouvemens restent libres, est brusque, c'est-à-dire qu'immédiatement au dessus du point tuméfié, l'os conserve ses dimensions naturelles. La tumeur qu'il présente offre d'abord une dureté osseuse partout où on la touche. Chez quelques sujets, surtout lorsque la douleur a été obscure dès le début, la maladie suspend pour toujours ses progrès à cette époque; chez d'autres elle les ralentit. Nous avons eu occasion de voir, il y a quelque temps, un jeune homme qui est dans ce cas. Il avait éprouvé, dans sa première enfance, les douleurs qui caractérisent l'invasion du mal. Le tibia s'est tuméfié dans toute sa moitié supérieure, au point que la partie correspondante de sa jambe, à l'âge de dix-huit ans, avait vingt-quatre pouces de circonférence: les douleurs se sont alors calmées, et l'accroissement de la tumeur s'est ralenti. Amateur de la chasse et de la danse, il a pu se livrer à ces exercices sans en éprouver de fatigues: aujourd'hui il a vingt-six ans, sa jambe a trente-deux pouces de circonférence; mais il recommence à en souffrir; il marche avec plus de difficulté, et pâlit; et tout fait présumer qu'avant peu la maladie reprendra sa marche la plus ordinaire. Le plus souvent en effet l'uniformité de consistance et de dureté de la tumeur disparaît, et l'on distingue çà et là à sa surface des points ramollis qui donnent la sensation d'une fluctuation obscure. Bientôt la peau s'enflamme et s'ulcère, les plaies fournissent un pus peu abondant, mais sanieux et souvent fétide; elles donnent issue à des fongosités quelquefois blafardes, plus ordinairement rouges et douloureuses, difficiles à réprimer. Un stylet, introduit par ces ouvertures, pénètre jusqu'au centre de l'os, en passant

dans les intervalles que laissent entre elles ses fibres divariquées, et donne la sensation d'une masse fongueuse qui se laisse déchirer au moindre effort. Enfin le sujet maigrit, perd les forces, et finit par succomber, épuisé par les sueurs et les autres accidens colliquatifs.

Le spina ventosa est facile à distinguer des exostoses, à sa forme, et à la nature des douleurs dont il est accompagné.

Quand il est indolent, la distinction est plus difficile, et même, dans quelques cas rares, impossible. Cependant le volume qu'il acquiert est toujours plus considérable que celui des exostoses et des hyperostoses. On le distingue facilement du gonflement scrofuleux des phalanges des doigts chez les jeunes sujets, avec lequel presque tous les auteurs le confondent encore aujourd'hui. Ce dernier gonflement est une ostéite, et il se termine, comme l'ostéite, par la nécrose ou par la carie des os affectés. Enfin l'ostéosarcome (ou cancer des os), avec lequel il a quelque analogie de forme et de siège, offre une tuméfaction plus bosselée et moins dure; il provoque des douleurs plus vives, et ces douleurs sont lancinantes comme celles des cancers; il suit une marche plus rapide et altère plus vite la constitution des malades, qui prennent promptement le teint plombé et terreux propre aux individus affectés de maladies cancéreuses.

Le pronostic du spina ventosa est toujours grave, puisque ce n'est que dans les cas rares et pour ainsi dire exceptionnels, qu'il suspend complètement ses progrès.

Traitement. Tant que la maladie ne compromet pas actuellement la vie du sujet, on doit se borner à combattre les douleurs et l'irritation locale par les moyens antiphlogistiques ordinaires. Mais lorsqu'elle a fait des progrès considérables, et qu'elle commence à faire sentir son influence sur la santé, il ne reste d'autre ressource que dans l'amputation de la partie.

On a proposé de fendre les parties molles, d'ouvrir la cavité osseuse, et de détruire par le fer et par le feu la masse fongueuse qui la remplit. Mais il est facile de voir qu'une semblable opération offre trop peu de chances de succès pour pouvoir être tentée; car il est douteux que le malade puisse résister à l'inflammation étendue et grave qui en serait la suite immédiate. Il est probable que, s'il résistait aux accidens inflammatoires primitifs, il succomberait à la longue et abondante suppuration nécessitée par l'élimination des parties d'os privées de vie, ou à la récédive du mal; et, en supposant qu'il évitât tous ces dangers, il ne conserverait qu'un membre informe, et incapable, dans la plupart des cas, de remplir ses fonctions.

ORDRE CINQUIÈME.

PSEUDO-MEMBRANES.

Des pseudo-membranes en général.

Les pseudo-membranes consistent, ainsi que nous l'avons déjà dit, en des concrétions sous forme de couches, étendues sur diverses surfaces, et susceptibles de s'organiser dans quelques cas. On les observe à la peau, sur quelques vésicatoires récents, et souvent à la surface de ceux qui sont anciens et trop irrités; sur les membranes muqueuses, dans certaines inflammations; dans la cavité des membranes séreuses, à la suite aussi de leurs phlegmasies. Leur composition n'est pas toujours la même: ainsi les pseudo-membranes des vésicatoires paraissent formées d'albumine; celles des membranes muqueuses, de mucus ou de pus concret; et celles des membranes séreuses, de fibrine décolorée.

C'est presque toujours l'inflammation qui donne naissance à ces productions morbides, mais c'est rarement pendant son cours qu'elles s'organisent. En général, ce travail n'a lieu que quand toute inflammation est éteinte; encore ne l'observe-t-on jamais dans les pseudo-membranes cutanées, peut-être jamais