

fièvre typhoïde. Cela se voit surtout quand l'inflammation de la peau cède lentement, ou bien continue, quoique moins activement, à s'étendre. Assez fréquemment, après un intervalle de un à six jours (et que pendant ce temps elle soit ou non devenue normale), la température subit une élévation soudaine et frappante, qui accompagne ou annonce une nouvelle poussée de l'érysipèle. La rechute toutefois ne dure généralement pas aussi longtemps que la fièvre primitive, seulement un ou deux jours ordinairement, mais elle peut se reproduire plusieurs fois, surtout dans les formes erratiques de l'érysipèle; et la fièvre ne cède définitivement que lorsque l'éruption disparaît d'une façon permanente. Quand de semblables rechutes se succèdent l'une à l'autre, à chacune d'elles la fièvre diminue de plus en plus, et enfin, avec une éruption très légère, elle peut devenir inappréciable. Dans les cas mortels, la terminaison arrive, en général, avec une température élevée (Wunderlich). Les exacerbations et les rémissions dont il vient d'être parlé semblent être en quelque manière inhérentes à la maladie, ou, tout au moins, leurs causes déterminantes échappent à l'observation; mais souvent les premières peuvent être rapportées à quelque imprudence dans l'alimentation, l'exposition au froid, ou même une trop forte excitation d'esprit.

Le tableau ci-contre (fig. 33) montre les variations de la température dans un cas léger d'érysipèle de la face consécutif à un lupus ancien.

A mesure que la fièvre se calme, la dureté et la tension deviennent moindres et la peau s'enfonce plus ou moins sous la pression du doigt; le rebord élevé qui limitait brusquement l'inflammation s'affaisse, la rougeur devient moins vive et s'atténue graduellement jusqu'à la couleur de la peau saine. A mesure que les tissus reviennent à leur volume normal, l'épiderme qui a été distendu se flétrit et se détache sous forme de grands lambeaux, laissant la peau enflammée avec un revêtement nouveau et avec une coloration d'un rouge plus ou moins marqué, qu'elle conserve à un certain degré, pendant plusieurs semaines. Quand plusieurs récurrences d'érysipèle se manifestent dans le même point, elles peuvent déterminer un épaississement de la peau, et aux extrémités inférieures elles entraînent souvent une teinte violacée persistante et un état œdémateux du membre.

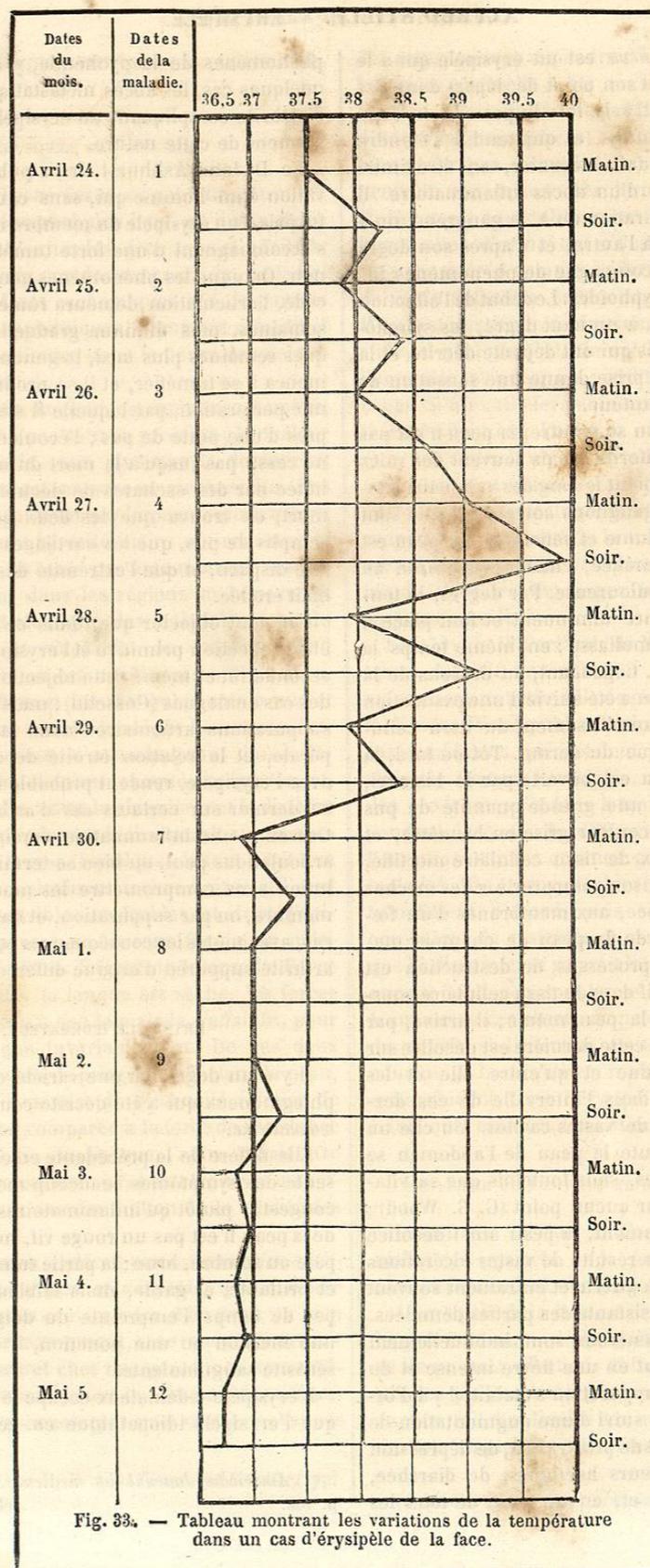
La tendance de l'érysipèle, dans sa forme simple, à récidiver plusieurs fois, et non pas seulement par des poussées se succédant im-

médiatement l'une à l'autre, mais après un intervalle de mois ou d'années, marque une des différences les plus sensibles entre cette affection et les fièvres éruptives, avec lesquelles sous d'autres rapports ses relations sont vraiment très étroites. Il est vrai cependant que la nature de la plupart de ces cas à récurrence est sujette à discussion et qu'un assez grand nombre semblent avoir été des cas d'érythème plutôt que d'érysipèle ou, comme Daudé les a dénommés, d'éruption *érysipéloïde*. On trouvera au chapitre du diagnostic de nouvelles réflexions sur ce point.

La description qui vient d'être faite se rapporte principalement à l'érysipèle, tel qu'on l'observe quand il se limite à la peau; mais, quand l'inflammation s'étend aux parties sous-jacentes, les phénomènes sont différents et dépendent en partie de la nature, en partie de l'extension du processus morbide. En général, son extension est déterminée par sa nature, c'est-à-dire plus l'inflammation est sthénique, plus elle est sujette à avoir une étendue limitée; plus elle est asthénique, plus elle a de tendance à s'étendre indéfiniment. Dans le premier cas, l'organisme est capable d'établir une barrière de lymphes qui circonscrit le processus inflammatoire; dans le dernier, ce processus ne rencontre pas de résistance et peut gagner en long et en large sous la peau. Cependant l'extrême violence de l'inflammation locale peut détruire la vitalité de la peau sur un espace limité, comme nous l'avons déjà dit à propos des paupières et des organes de la génération. Dans ces cas, et généralement au paroxysme de l'atteinte morbide, des points d'un rouge plus sombre apparaissent sur la peau érysipélateuse, qui devient graduellement livide et noire, pour aboutir à la formation d'eschares. La suppuration peut encore s'établir sous la peau, par suite du défaut de circulation sanguine dans la région, comme il arrive assez fréquemment dans l'érysipèle consécutif aux plaies du cuir chevelu. Les abcès dont il a été question peuvent être regardés comme ayant leur origine dans une inflammation et une oblitération des vaisseaux lymphatiques partant du siège primitif de l'érysipèle; ils sont rarement volumineux et n'influencent pas sérieusement la marche et la terminaison de l'affection primitive. C'est à eux plutôt qu'à la forme qui va être décrite, que s'appliquerait exactement la dénomination d'*érysipèle phlegmoneux*.

ÉRYSIPELE PHLEGMONEUX.

L'affection que l'on décrit d'ordinaire comme



érysipèle phlegmoneux est un érysipèle qui a le plus fréquemment son point de départ dans des plaies intéressantes à la fois la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, et qui tend à s'étendre sur la première et dans le dernier, sans être limité par la formation d'un abcès inflammatoire. Il aboutit à la suppuration ou à la gangrène, ou à la fois à l'une et à l'autre, et d'après son degré et sa forme, s'accompagne de phénomènes inflammatoires ou typhoïdes. Le début de l'affection offre, en général, à un haut degré, les symptômes prémonitoires qui ont déjà été décrits, et la région qui va être prise donne une sensation de tension et de pesanteur.

Quand l'éruption se montre, la peau n'est pas d'une rougeur uniforme, mais souvent des raies plus sombres se voient le long des vaisseaux lymphatiques, et les ganglions correspondants sont augmentés de volume et sensibles. La peau est très fortement tuméfiée, chaude, résistante au toucher et très douloureuse. Par degrés, la tension et la résistance diminuent et font place à un empâtement mollaissé; en même temps la douleur s'atténue. Cependant, au-dessous de la peau, la congestion a été suivie d'une exsudation de pus et d'un ramollissement du tissu cellulaire, aussi bien que du derme. Tôt ou tard, la peau se perfore ou est ouverte par le bistouri, et donne issue à une grande quantité de pus clair et fétide, de couleur grise ou brunâtre, et mêlé de lambeaux de tissu cellulaire mortifié, qu'on a pu avec raison comparer à « des mèches de filasse détrempée, aux membranes d'un fœtus jeune », à « de la peau de chamois macérée », etc. Le processus de destruction est beaucoup plus actif dans le tissu cellulaire sous-cutané que dans la peau même; il arrive, par suite, souvent que cette dernière est décollée sur une grande étendue et qu'entre elle et les muscles, comme dans l'intervalle de ces derniers, il se forme de vastes cavités. On cite un cas dans lequel toute la peau de l'abdomen se décolla des muscles, sans toutefois que sa vitalité fût atteinte sur aucun point (G. B. Wood); mais plus fréquemment, la peau ainsi décollée se mortifie, et il en résulte de vastes ulcérations qui sont difficiles à guérir et entraînent souvent une rétraction persistante des parties dénudées. Les symptômes généraux sont habituellement graves et consistent en une fièvre intense et du délire; quand la suppuration s'établit, il y a d'ordinaire un frisson, suivi d'une augmentation de la fièvre, et souvent de prostration, de dépression des forces, de sueurs hectiques, de diarrhée, d'amaigrissement, et, en un mot, de tous les

phénomènes de la pyohémie, y compris, dans quelques cas, les abcès métastatiques. Les faits d'arthrite compliquant un érysipèle sont probablement de cette nature.

Le Dr John Ashhurst, Jr., a publié (1) l'observation d'un homme qui, sans cause apparente, fut pris d'un érysipèle du membre inférieur droit, s'accompagnant d'une forte tuméfaction du genou. Quoique les phénomènes généraux eussent cédé, l'articulation demeura tuméfiée plusieurs semaines, puis diminua graduellement. Quelques semaines plus tard, le genou gauche commença à se tuméfier, et il se produisit à la suite une perforation, par laquelle il s'écoula d'abord près d'une pinte de pus; l'écoulement toutefois ne cessa pas jusqu'à la mort du malade qui fut hâtée par des eschares de décubitus. Après la mort, on trouva que les deux genoux étaient remplis de pus, que les cartilages avaient presque disparu, et que l'extrémité des deux fémurs était érodée.

On peut objecter que, dans ce cas, l'arthrite était l'affection primitive et l'érysipèle seulement secondaire, et même cette objection a été faite à des cas analogues (Gosselin); mais l'existence de suppurations articulaires dans la fièvre puerpérale, et la relation étroite de cette maladie avec l'érysipèle, rendent probable l'influence de ce dernier sur certains cas d'arthrite. D'après Gosselin, une inflammation érysipélateuse des articulations peut, ou bien se terminer par résolution sans compromettre les mouvements du membre, ou par suppuration, et dans ce dernier cas, avec toutes les conséquences possibles d'une arthrite suppurée d'origine différente.

ÉRYSIPELE ŒDÉMATEUX.

Il y a un degré, ou une variété de l'érysipèle phlegmoneux qui a été décrite comme *érysipèle œdémateux*.

Elle diffère de la précédente en ce qu'elle présente des symptômes beaucoup moins aigus, et congestifs plutôt qu'inflammatoires. La couleur de la peau n'est pas un rouge vif, mais un rouge pâle ou sombre, brun; la partie tuméfiée est lisse et brillante, et garde, mais faiblement et pour peu de temps, l'empreinte du doigt. Si on fait une incision ou une ponction, il s'écoule une sérosité sanguinolente.

L'érysipèle œdémateux occupe le même siège que l'érysipèle idiopathique en général, et ne

(1) *American Journal of medical Sciences*, July p. 103.

s'observe pas fréquemment dans la variété traumatique.

ÉRYSIPELE GANGRÉNEUX.

De l'*érysipèle gangréneux*, on peut dire, en outre de ce qui a été exposé plus haut, qu'il se montre le plus souvent chez les gens âgés et affaiblis, les sujets épuisés par des excès ou la maladie, et chez les enfants cachectiques nés de parents scrofuleux ou syphilitiques. Rarement primitif, il se déclare d'ordinaire dans le cours de quelque autre affection.

La couleur de la peau est un rouge sombre, qui ne disparaît pas sous la pression; la chaleur n'est pas grande, non plus que la douleur, et la tuméfaction est pâteuse et circonscrite. Des phlyctènes se forment sur la peau enflammée et fournissent une sérosité claire et irritante; la mortification ne tarde pas à se montrer sur ces points, surtout dans les régions où la peau est délicate. C'est ainsi que des malades ont perdu des portions considérables du scrotum, et il existe des faits où ces enveloppes ont été absolument détruites et les testicules mis à nu, et qui néanmoins se sont terminés heureusement. Dans d'autres cas, s'accompagnant d'une fièvre intense et d'autres symptômes graves, et, d'après Gosselin, entre le cinquième et le dixième jour, ou même plus tard, il apparaît sur la surface érysipélateuse, et quelquefois tout à fait à sa limite, une ou plusieurs taches noires qui sont humides, insensibles et froides, et dont l'épiderme se sépare avec ou sans formation préalable de phlyctènes. En même temps, la fièvre devient intense, la langue est sèche, les forces tombent, et peu à peu le malade s'affaiblit, pour mourir presque invariablement. De ces deux formes ou degrés de gangrène affectant la peau, l'une semble dépendre de l'intensité relative de l'inflammation comparée à la force de résistance du tissu affecté, tandis que l'autre paraît être plus spécialement unie à cet état typhoïde qui entraîne toujours une diminution de la vitalité des tissus.

Howard Marsh (1) décrit une *inflammation érysipélateuse du scrotum et du pénis*, qui intéresse aussi les parties avoisinantes. Elle peut, ou bien se déclarer primitivement, et se rencontre avec ce caractère surtout chez des personnes ayant dépassé l'âge moyen, dont la santé est dans beaucoup de cas menacée par une affection avancée

(1) Howard Marsh, *Medical Times and Gazette*, sept. 30, 1865, p. 363.

des reins, ou bien dépendre d'un état local, dont la lésion originelle a été un abcès profond du périnée. Elle a été décrite par Liston sous le nom d'*œdème inflammatoire*, et ce chirurgien a déclaré n'en avoir pas eu moins de six cas à soigner pendant une saison très humide et malsaine. M. Holmes a particulièrement insisté sur ce que la rétention d'urine qui s'observe souvent doit être considérée comme l'effet, et non la cause, de la tuméfaction érysipélateuse du scrotum. D'où la nécessité de déterminer, autant que possible, si quelque obstacle urétral existait avant l'érysipèle, et aussi les conditions actuelles du canal. Si un cathéter peut être passé facilement, il est évident que l'urèthre n'est pas rétréci et que, par suite, il n'y a nul besoin d'y maintenir un instrument qui ne ferait qu'aggraver l'affection rénale et vésicale qui existe d'ordinaire. Par rapport au traitement de la tuméfaction en elle-même, on peut noter, en passant, qu'on a l'habitude de faire de larges incisions dans les parties distendues.

En 1791, le Dr Percival, de Manchester (Angleterre), décrivit une affection particulière de la vulve chez une petite fille de cinq ans; et en 1815, M. Kinder Wood publiait l'observation de douze cas semblables qui s'étaient présentés dans sa clientèle. Comme l'érysipèle, cette affection avait des prodromes de deux à trois jours de durée, pendant lesquels la difficulté d'uriner attirait l'attention sur les organes génitaux des petites malades. On trouvait alors que les lèvres se tuméfaient d'abord, puis s'enflammaient, se couvraient de vésicules et s'ulcéraient, pendant que l'inflammation gagnait les cuisses. Il n'y avait aucune tendance spontanée à la gangrène (1). L'auteur de ces observations discute la question de savoir si l'affection était érysipélateuse et conclue à la négative; mais les analogies de cette affection avec l'érysipèle rendaient convenable qu'il en fût fait mention ici.

ÉRYSIPELE DE LA FACE ET DU CUIR CHEVELU.

Parmi les variétés locales et externes de la maladie, l'érysipèle de la *face* et celui du *cuir chevelu* demandent une étude spéciale.

L'érysipèle de la face est de beaucoup la forme la plus commune de la maladie, quand elle ne se lie pas aux affections chirurgicales. Précédée par les phénomènes généraux déjà décrits, l'éruption fait d'ordinaire son apparition sur le dos du nez, auquel cas elle s'étend presque toujours

(1) *Medico-chirurgical Transactions*, vol. VII, p. 34.

symétriquement des deux côtés, gagnant à leur tour les paupières, le nez, le front, les oreilles, les joues et la lèvre supérieure, mais s'arrêtant d'ordinaire au point de rencontre de la peau du front avec le cuir chevelu. Elle ne descend pas souvent au-dessous du milieu du cou. Quelquefois elle débute sur un côté du nez, et même M. Bird (1) affirme que son point de départ est le plus fréquemment le côté droit de la face. Assez souvent, elle affecte d'abord une seule oreille. Chacun de ces cas vient à l'appui de la doctrine qui regarde l'érysipèle idiopathique comme provenant toujours d'une infection directe : on suppose, pour les faits en question, que la première impression du poison s'est faite sur les muqueuses nasale et pharyngienne, d'où ses effets s'étendent par le canal lacrymal à la face, et par la trompe d'Eustache à l'oreille. A mesure que l'inflammation gagne sur la face, la peau est d'abord d'une couleur écarlate, puis cramoisie ou presque pourpre, et sa surface est tendue et luisante. Les oreilles surtout sont rouge-noir. Les paupières tuméfiées cachent les yeux et ferment absolument les cavités orbitaires, tandis qu'entre elles les larmes s'écoulent abondamment ; le gonflement du nez et des lèvres achève de défigurer le malade, qui ne garde aucune trace de l'expression naturelle de sa physionomie. La difformité s'exagère quand le cuir chevelu est pris en même temps que la face, et non seulement la douleur est singulièrement augmentée par la résistance du tégument en ce point, mais il existe souvent des symptômes cérébraux d'excitation ou de stupeur. Le gonflement des oreilles rend l'ouïe dure, et l'obstruction des narines oblige le malade à respirer par la bouche. Très fréquemment, il se forme des phlyctènes sur la joue, et leur contenu, en s'écoulant, est sujet à irriter la peau.

Erichsen (2) attache beaucoup d'importance à ce que l'érysipèle, qui est si sujet à compliquer les blessures du cuir chevelu, se développe rarement si le tendon du muscle occipito-frontal n'est pas divisé. Dans ce cas, les produits inflammatoires s'accumulent entre le péricrâne et l'os et déterminent un phlegmon suppuré, dont le pus se putréfie et cause un érysipèle. Erichsen nie qu'une plaie du cuir chevelu, ou l'emploi des sutures dans son traitement, ait une tendance spéciale à provoquer l'érysipèle, qu'il attribue exclusivement à la rétention et à la putréfaction des exsudats au-dessous du té-

(1) Bird, *Ranking's Abstract*, n° XXIX, 1859, p. 85.

(2) Erichsen, *Lancet*, January 1878, p. 115.

gument. Il condamne donc tous les pansements qui sont susceptibles d'emprisonner les liquides dans les plaies de cette nature.

Il est important de noter que dans cette forme, comme dans toutes les autres formes d'érysipèle traumatique, les phénomènes généraux précèdent les phénomènes locaux. Après un frisson, suivi de fièvre, la plaie devient sèche et douloureuse, et commence à s'entourer d'une auréole érysipélateuse.

Dans l'érysipèle de la face, comme dans d'autres formes de l'érysipèle, les symptômes généraux varient avec le type de la maladie, sthéniques ou adynamiques ; mais, comme cette forme, plus fréquemment que les autres, affecte des personnes jouissant antérieurement d'une bonne santé, son type est en somme sthénique et sa terminaison favorable.

L'extension de la maladie au cuir chevelu est doublement fâcheuse, car non seulement elle révèle l'impuissance de l'art à arrêter la marche de la maladie, mais elle aggrave directement celle-ci en donnant lieu à des troubles dans les fonctions cérébrales. Quoique le délire soit fréquent dans l'érysipèle de la face, il est beaucoup plus marqué dans celui du cuir chevelu, où il est d'ordinaire lent et tranquille avec rêveries, quoique dans certains cas il puisse aller jusqu'à la fureur maniaque. Cependant, dans toutes les formes d'érysipèle, pourvu que la température soit élevée, il y a plus ou moins de tendance au délire. La nuit, il est d'observation habituelle, même quand l'éruption est limitée à la face. Il ne dépend pas d'une inflammation du cerveau ou des méninges, car après la mort, dans des cas présentant ce symptôme même à un haut degré, on n'a trouvé à l'intérieur du crâne ni exsudat inflammatoire, ni même congestion veineuse uniforme. Le délire et le coma précédant la terminaison fatale de la maladie doivent donc être attribués soit à une congestion du cerveau, soit à une altération du sang, soit à la fois à l'une et l'autre de ces causes. Il y a bien des années (1860), Todd combattit l'opinion régnante, que les symptômes cérébraux de l'érysipèle étaient produits par une lésion du cerveau, et les expliqua par la circulation dans cet organe d'un sang vicié. En somme, nous pouvons équitablement conclure que la congestion a une part dans la production des phénomènes cérébraux, parce qu'ils sont plus fréquents dans l'érysipèle du cuir chevelu que dans celui de toute autre région ; mais que l'altération du sang ait part à leur production, c'est ce que démontre l'existence du coma dans la forme

puerpérale et les autres formes de l'érysipèle épidémique, concurremment avec la gangrène et les signes d'un empoisonnement du sang.

Beaucoup d'écrivains ont attaché de l'importance aux troubles gastriques dans cette forme d'érysipèle et ont donné les vomissements, et spécialement les vomissements bilieux, comme servant à la caractériser. Ce symptôme est à la vérité souvent observé, mais peut-être fait-il défaut aussi souvent. Il y a moins de raison de supposer qu'il est dû à quelque lésion spéciale de l'estomac ou du foie, que de le regarder comme un phénomène sympathique, dû à une altération dans la quantité ou la qualité du sang circulant dans le cerveau.

La durée de l'érysipèle de la face, surtout quand il est idiopathique, peut être fixée de une à deux semaines ; mais ce terme peut être de beaucoup dépassé quand la maladie intéresse le cuir chevelu ou devient phlegmoneuse. Cette forme de la maladie est peut-être, moins que d'autres, sujette aux rechutes. En dehors des suites communes à toutes les formes, il en est une rare et qui paraît particulière à l'érysipèle de la face. C'est la cécité, due à une dégénérescence atrophique de la papille optique qui affecte quelquefois seulement un œil et quelquefois les deux yeux. L'affaiblissement de la vision, quand il se limite à un œil, se montre vers la fin de la maladie, ou quand le gonflement des paupières a cédé suffisamment pour permettre de les écarter. Quand les deux yeux ont été pris, l'affaiblissement de la vision ne paraît pas avoir été noté avant la disparition complète de l'érysipèle, et, après différentes phases, il a laissé un trouble permanent de la vue, qui cependant n'a quelquefois porté que sur la perception de certaines couleurs (1).

L'érysipèle occupait un siège absolument inaccoutumé dans un cas de Steiner (2). Chez un enfant de deux ans, sans cause connue, la maladie affecta simultanément les deux cuisses et ensuite s'étendit aux pieds. Après le déclin de l'éruption, il y eut une rechute, l'éruption se montra sur le tronc et l'enfant mourut.

ÉRYSIPELE BILIEUX.

Les phénomènes bilieux dont il a été déjà question, ont une telle prédominance chez certains sujets, qu'on a appliqué aux cas qui les

(1) Parinaud, *Archives gén. de Médecine*, juin 1879, p. 641.

(2) Steiner, *Prager Vierteljahrschrift*, Bd. LXXXIX, Anal. S. 67

présentent la dénomination d'*érysipèle bilieux*.

Ces cas se présentent dans des localités et à des saisons où règne l'influence de la malaria.

Ils sont marqués par des éructations et des vomissements bilieux, l'amertume de la bouche, une langue jaune, un malaise et de la douleur à l'épigastre, une grande soif, quelquefois de la constipation, ou encore une diarrhée bilieuse, des urines rares et jaunes, une coloration jaune de la peau ou de la conjonctive.

ÉRYSIPELE MÉTASTATIQUE.

L'érysipèle est dit *métastatique*, quand il disparaît brusquement d'un endroit pour réparaître aussi soudainement dans quelque autre région. Ainsi, il peut passer de la face aux organes génitaux externes, de l'oreille aux membres, de la peau à quelque région interne, etc. Cette migration est quelquefois déterminée par l'action de l'air froid, par l'emploi de lotions froides ou astringentes. Ces phénomènes confirment la doctrine que l'érysipèle n'est pas une inflammation locale, mais une maladie affectant l'économie tout entière, tout comme des métastases analogues donnent ce même caractère à la goutte et au rhumatisme. En outre, le changement de siège ne se fait pas toujours brusquement ; un organe interne peut se prendre après la résolution complète de l'inflammation primitive, ce qui offre en réalité les apparences d'une rechute, dans laquelle le siège de l'affection secondaire est absolument différent, comme caractère, de celui de la primitive. Exemple :

Un homme jeune et bien portant fut pris d'un érysipèle de la face et du cuir chevelu qui suivit son cours habituel et se comporta favorablement, arrivant même à desquamation. Après six jours de convalescence apparente, le malade fut pris de douleur dans le côté droit de la poitrine, avec toux, fièvre, mal de gorge, rougeur du pharynx et râles crépitants à la base du poumon droit. La mort arriva en quatre jours : le pharynx avait une coloration rouge-vif qui cessait brusquement dans l'œsophage mais se continuait dans le larynx, la trachée et la bronche droite, jusque dans ses plus petites subdivisions ; la bronche gauche était saine. Les alvéoles du poumon droit étaient remplis de leucocytes, mais il n'y avait ni cylindres bronchiques ni hépatisation. La nature de l'exsudat était caractéristique d'une inflammation érysipélateuse mais non « croupale » ou fibrineuse. La maladie dans ce cas paraît avoir eu deux poussées séparées et indépendantes ; mais il peut

y avoir des doutes sur la question de savoir si le poison qui occasionna la seconde était le même qui produisit la première et ensuite demeura latent dans l'économie, ou si la rechute fut due à une infection nouvelle ; la première hypothèse cependant paraît la plus probable

ÉRYSIPELE DES NOUVEAU-NÉS.

L'érysipèle des enfants nouveau-nés, au moins dans sa forme épidémique, a, depuis les premiers temps où il a été observé, presque entièrement borné ses ravages aux hospices d'accouchements.

Underwood a mis en doute qu'il affectât jamais les enfants ayant plus d'un mois, mais, à moins de considérer seulement les cas qui suivent la section du cordon ombilical, cette opinion est trop exclusive. La maladie sévit quelquefois parmi les enfants de un ou deux ans, enfermés dans les hôpitaux. D'autre part, on sait qu'elle a pu se développer pendant la vie intra-utérine, comme dans le cas de Bromfield (1), où l'enfant vint au monde avec un érysipèle de la face et des jambes et, malgré l'existence d'eschares sur ces dernières, finit par se rétablir. Dans presque tous les cas de cette espèce, l'érysipèle est nettement traumatique, et prend son point de départ dans la plaie du cordon ombilical ; mais il coïncide non moins nettement avec les épidémies de fièvre puerpérale et doit être attribué aux mêmes causes essentielles que cette affection. Trousseau, au début de sa carrière, insistait sur les relations existant entre les deux maladies, et en 1833, Lorain (2) établissait que dans les mêmes conditions les enfants succombaient aussi avec de la péritonite, des abcès, de la septicémie, de la gangrène des membres et que dans le plus grand nombre des cas les mères étaient mortes de fièvre puerpérale.

Nunneley, à la suite d'Underwood, nota la soudaineté extrême du début et la rapidité de développement de l'inflammation, et Trousseau insista sur le même point et aussi sur la léthargie presque inévitable de la maladie dans les deux ou trois premières semaines après la naissance (3). L'érysipèle commence à se montrer au pubis, s'étendant rapidement en haut vers l'abdomen et en bas sur les cuisses et les par-

(1) Bromfield, *Medical Communications*, vol. II, p. 22.

(2) Lorain, *De la fièvre puerpérale*, 1855.

(3) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, vol. II.

ties génitales, qui deviennent extrêmement rouges, tuméfiées, dures et œdémateuses, puis violacées ; il se forme des phlyctènes et la peau se sphacèle. L'enfant en même temps tombe dans un état de prostration, cependant il n'y a que peu de fièvre au début ; mais, à mesure que l'inflammation gagne et devient plus violente, la fièvre apparaît avec la douleur ; il y a une grande agitation, de l'insomnie, une faiblesse générale avec vomissements et diarrhée, qui épuisent rapidement les forces et entraînent une crise fatale du cinquième au septième jour. Cette terminaison est quelquefois due à la gangrène des parties érysipélateuses et quelquefois à la formation d'abcès, quoique, d'après Trousseau, ce dernier phénomène soit en somme un signe favorable.

PÉRITONITE ÉRYSIPELATEUSE.

Cette variété d'érysipèle a été décrite pour la première fois en 1822, par Abercrombie (1), qui parle de ses symptômes comme étant quelquefois légers et insidieux, quelquefois cependant très graves, et comme se distinguant surtout par la rapidité avec laquelle ils suivent leur cours et par une remarquable dépression des forces vitales, qui se montre dès le début et souvent empêche d'avoir recours à aucun traitement actif. Dans un des cas rapportés par cet auteur, un érysipèle de la jambe disparut brusquement, le malade présenta des symptômes de péritonite et mourut dans un peu moins de vingt-quatre heures à partir de l'invasion. Dans un autre cas, l'affection primitive fut un érysipèle de la gorge, mais pendant la convalescence le malade fut pris soudainement de douleurs violentes dans le ventre, suivies de collapsus et de mort dans l'espace de quarante-huit heures. A l'hôpital des Marchands (institution charitable pour l'éducation des petites filles) et pendant qu'une épidémie d'érysipèle du pharynx régnait à Édimbourg, beaucoup des pensionnaires furent prises de la maladie sous cette même forme ; mais, au bout d'une semaine, une des enfants qui paraissait entrer en convalescence, fut prise tout à coup de symptômes de péritonite, consistant en vomissements, diarrhée, douleurs et collapsus, et mourut en quelques heures. Un second cas mortel se présenta avec des phénomènes presque identiques ; et, dans les deux cas, l'examen après la mort faisait voir les lé-

(1) Abercrombie, *Pathological and Practical Researches*, etc., p. 181.

sions de la péritonite, avec exsudat puriforme plutôt que fibrineux.

Abercrombie fait la remarque suivante : « Cette affection diffère des formes ordinaires de la péritonite ; et sans faire trop de théories sur sa nature, nous pouvons ajouter que son alliance avec l'érysipèle paraît être un caractère frappant et remarquable de la maladie. »

Diagnostic de l'érysipèle.

Le diagnostic direct ou positif de l'érysipèle peut fréquemment se faire avant l'apparition réelle de l'éruption sur la peau ou les membranes muqueuses voisines.

Il repose principalement sur la tuméfaction, la rougeur et la sensibilité des ganglions lymphatiques en rapport avec la région qui va être envahie. C'est ce qui s'observe pour les ganglions du cou dans l'érysipèle de la face ou du pharynx ; pour ceux de l'aisselle ou de l'aîne, dans l'érysipèle du membre supérieur ou inférieur. Quand l'inflammation se déclare, on peut la reconnaître à la coloration rosée ou rouge de la peau, coloration qui prend au pharynx une teinte sombre ; à la tuméfaction rapide du tégument, s'accompagnant de chaleur brûlante dans la partie ; et surtout à la saillie du rebord qui sépare la peau enflammée de la peau saine, à l'empiètement rapide de l'inflammation sur cette dernière, et à l'élévation également rapide de la température.

Ces signes distinguent l'érysipèle de la *lymphangite* ou *angioleucite*, dans laquelle la tuméfaction est moindre, et la rougeur, au lieu d'être uniforme, suit les troncs des lymphatiques sous forme de trainées, et présente en outre des tuméfactions peu étendues et indurées, sans être brusquement limitée par la peau saine. Il ne s'ensuit pas cependant que les deux affections ne puissent exister dans le même cas.

L'érythème, qui est surtout susceptible d'être confondu avec l'érysipèle, est une inflammation beaucoup plus superficielle de la peau, et ses bords ne sont pas saillants et abrupts comme dans l'autre affection. Quand il se manifeste, comme il le fait souvent, sur des régions qui sont le siège d'œdème ou d'hydropisie, ce fait est caractéristique, surtout quand l'affection ne présente pas l'appareil fébrile qui accompagne l'érysipèle. Quand il est traumatique, il est plus sujet à naître d'égratignures, de frottements, etc., que d'une section des tissus. Cependant il n'est pas rare autour de certaines lésions profondé-

Encycl. de chirurgie.

ment situées, comme les vieux ulcères, surtout aux jambes.

Volkman a appelé l'attention sur la difficulté que l'on éprouve à distinguer de l'érysipèle phlegmoneux une inflammation diffuse du tissu cellulaire qui résulte de blessures graves et qui présente une rougeur irrégulière et souvent sombre et un gonflement œdémateux de la peau. Il note, comme caractères distinctifs de cette affection, la marche lente de la fièvre, avec l'apparition relativement rapide d'une congestion veineuse d'un rouge bleuâtre ou livide, l'empatement de la région tuméfiée, et un aspect sanieux ou gangréneux spécial de la plaie primitive, tandis que l'état général du malade ne présente aucun trouble grave. C'est à ce contraste, dans un cas particulier, qu'Ericksen fait probablement allusion quand il parle de la difficulté de distinguer entre l'abcès du cuir chevelu et l'érysipèle (1). Mais, si dans les deux cas il peut y avoir de la suppuration, elle est, dans l'abcès, toujours limitée par les insertions du muscle occipito-frontal à la courbe de l'occipital et à l'arcade zygomatique, tandis qu'en avant le pus sera sujet à gagner vers les yeux et à produire une énorme boursouffure des paupières. Au contraire, dans l'érysipèle diffus du cuir chevelu les oreilles sont toujours prises et deviennent rouges, tuméfiées et se couvrent de bulles.

Pronostic de l'érysipèle.

Le pronostic de l'érysipèle varie, d'après le caractère de l'affection, depuis la bénignité presque absolue à une non moins absolue léthargie. La première de ces appréciations s'applique à l'érysipèle idiopathique, sporadique, la seconde à l'érysipèle puerpéral épidémique. Entre ces deux extrêmes, il y a le groupe nombreux des cas d'érysipèle chirurgical dans lequel la mortalité change indéfiniment et surtout avec le type dominant de la maladie.

Tout d'abord, en ce qui regarde l'érysipèle médical se manifestant primitivement et demeurant limité à la peau, le pronostic est généralement favorable. Un des plus grands cliniciens français, Chomel, déclarait qu'il n'avait jamais vu un cas mortel d'érysipèle primitif de la face ; et Trousseau, dont l'opinion emprunte à son immense pratique une grande importance en un tel sujet, disait que, dans le grand nombre de cas de cette maladie qu'il avait observés, il n'y en avait pas plus de trois

(1) Ericksen, *Lancet*, January, 1878, p. 115.