

début de l'affection provoquée artificiellement. La durée de l'incubation a varié entre 15 et 61 heures. Les inoculés se sont sentis pris de troubles digestifs, de vomissements, notamment quelques heures avant l'apparition du frisson initial auquel a succédé rapidement une élévation de la température générale (39 à 40°). Presque en même temps, la rougeur caractéristique apparaissait au point d'inoculation.

C'est à peu près ainsi que débute l'érysipèle traumatique auquel des auteurs accordent une période d'incubation de plusieurs jours ; mais dans beaucoup de cas les symptômes prodromiques sont si atténués qu'ils passent pour ainsi dire inaperçus. Le frisson est souvent violent, brusque, comme celui d'un accès de fièvre paludéenne ou celui du début de la pneumonie, et il est rapidement suivi d'une élévation de la température qui monte à 39 et 40°5. En même temps, le blessé est pris de douleurs vagues, de soif ardente, de céphalalgie, quelquefois de délire, de vomissements bilieux.

Les symptômes locaux n'apparaissent que plusieurs heures après l'invasion des phénomènes généraux, et le premier est souvent un gonflement (*douloureux à la palpation*) des ganglions lymphatiques de la région qui est le siège de la lésion traumatique. Quand il s'agit de la face, il arrive que le blessé appelle tout d'abord l'attention du chirurgien sur la gêne qu'il éprouve en mâchant, à cause de l'empâtement des ganglions sous-maxillaires. Puis, en un point ou sur tout le pourtour de la plaie dont les bords se sont tuméfiés et dont la suppuration s'est tarie, se dessine une tâche, une auréole

d'un rouge vif et luisant qui pâlit sous la pression du doigt pour reprendre aussitôt sa teinte primitive, et est le siège de picotements et d'une cuisson douloureuse. Peu à peu, la rougeur toujours plus vive à la périphérie qu'au centre gagne comme une tache d'huile les téguments voisins et se limite brusquement par un liseré festonné dont la saillie constitue un bourrelet plus appréciable au toucher qu'à la vue. La coloration de la plaque érysipélateuse est du reste loin d'être toujours la même ; chez les cachectiques et les anémiques elle est beaucoup moins prononcée ; de même au cuir chevelu il devient très difficile de constater une teinte rosée, un peu plus foncée chez les personnes chauves. Il est sans doute ordinaire que l'érysipèle parte des bords de la solution de continuité, mais on peut voir la rougeur débiter à distance (Barbanneau).

L'œdème produit par l'exsudat séro-fibrineux et la diapédèse des globules blancs n'est en général marqué qu'au niveau des régions où le tissu conjonctif sous-cutané jouit d'une très grande laxité, comme aux paupières, au scrotum, au prépuce. Dans ce cas, le gonflement est énorme, et la douleur relativement modérée. C'est l'inverse sur le nez et en général dans les parties où la densité et l'adhérence du tissu conjonctif s'oppose à la tuméfaction et facilite la compression ou l'irritation des extrémités nerveuses par les produits exsudés.

Pendant cette période de progression de l'érysipèle, les symptômes généraux du début (sauf les vomissements) persistent, et en particulier la fièvre (39°5, 40°5)

dont le type est rémittent ; la chute du matin peut atteindre un degré ; le pouls très fréquent est fort et plein, du moins chez les blessés antérieurement bien portants. Fatigués par un reste de céphalalgie et par des rêvasseries, des cauchemars, tourmentés par une soif vive, les malades conservent une inappétence complète ; d'autres fois, dans l'érysipèle de la face et du cuir chevelu, ou bien quand le blessé a des habitudes alcooliques, il y a du délire, parfois furieux, auquel succède le coma. Après une durée moyenne de huit à douze jours dans l'érysipèle bénin, fixe, classique, les symptômes locaux et généraux diminuent progressivement ; la période de résolution commence. La plaque érysipélateuse pâlit tout d'abord sur les points qu'elle a primitivement affectés, puis le bourrelet s'affaisse et le liseré festonné s'échancré de plus en plus de portions blanchâtres ; finalement l'épiderme se desquamme en lamelles très fines, plus rarement en larges plaques. Parallèlement la température tombe ainsi que le pouls ; l'anorexie disparaît et le blessé éprouve un sentiment de bien-être ; il entre en convalescence.

Les modifications que présente l'érysipèle, soit dans la marche de l'éruption, soit dans l'aspect de la plaque éruptive, soit dans la prédominance de quelques symptômes généraux, ont fait admettre plusieurs variétés cliniques. Nous avons pris comme type de notre description l'érysipèle *fixe*, c'est-à-dire celui dans lequel la *dermite* reste cantonnée dans la même région ; il est dit *ambulant* ou *erratique*, lorsqu'il passe successivement

en divers points ; *serpigineux*, lorsque la rougeur s'étend sur une grande surface grâce à la confluence des plaques ; à *répétition*, à *rechute* ou de *retour*, lorsque l'érysipèle ordinairement bénin occupe plusieurs fois son siège primitif ; *périodique*, lorsque, ainsi que j'ai eu l'occasion d'en observer un cas chez une jeune femme, une poussée nouvelle revient presque à chaque époque menstruelle.

Si la dermite évoluant rapidement, la circulation de la peau se trouve entravée par la violence de l'inflammation, si les parois des vaisseaux sont antérieurement altérées, la plaque érysipélateuse peut présenter des points *ecchymotiques* (1), comme cela s'observe chez le vieillard ; ou bien l'épiderme est soulevé sous forme de vésicules ou de bulles (*érysipèle phlycténoïde*), par de la sérosité roussâtre, riche en globules blancs. Ultérieurement, apparaissent des croûtes dont la chute laisse voir à la place des cicatrices blanchâtres. Enfin, dans certains cas d'érysipèles, les symptômes gastro-intestinaux (vomissements bilieux, diarrhée, etc.) prennent une grande intensité ; dans d'autres (érysipèle du cuir chevelu, érysipèle chez les alcooliques), ce sont les troubles nerveux (délire, etc.) ; assez fréquemment aussi, à la seconde période, on voit la fièvre monter et la température atteindre 41 degrés ; les lèvres, la langue se sèchent et deviennent fuligineuses, ainsi que les dents et les gencives ; survient

(1) Une malade du service de M. Verneuil a présenté dans le cours d'un érysipèle traumatique consécutif à une piqûre du doigt, une éruption généralisée de purpura (*De la forme hémorragique de l'érysipèle* (Mém. de Chir., t. IV, p. 689).

en même temps une diarrhée rebelle, et les malades prostrés succombent dans le coma (forme typhoïde).

Parmi les *complications* de l'érysipèle traumatique, nous citerons la *suppuration* et la *gangrène*. L'érysipèle phlegmoneux, ainsi que les différents modes de production de la suppuration à la suite de l'érysipèle ont été décrits par Lordereau et Cadiat en 1874 (1). L'inflammation peut donner naissance à du pus qui se collecte dans le derme, sous l'épiderme (abcès); celle du tissu cellulaire sous-cutané peut aboutir au phlegmon circonscrit ou bien au phlegmon diffus (cuir chevelu, scrotum, membres), complication des plus graves à cause des décollements étendus, des vastes ulcérations, etc.; certaines régions telles que la face et les paupières y sont particulièrement disposées. Parfois aussi la suppuration se montre à distance sous forme d'abcès multiples indépendants ou au niveau des lymphatiques enflammés. Dans l'érysipèle *gangréneux* proprement dit, assez fréquent chez les cachectiques, chez tous les affaiblis en général, il se forme au milieu de la plaque éruptive, vers le 6^e jour, une eschare noirâtre qui gagne rapidement en étendue; les symptômes généraux s'aggravent et la mort survient au milieu de phénomènes adynamiques. Au niveau du prépuce, des paupières, la mortification de la peau résulte de la minceur de ces téguments dont les vaisseaux nourriciers sont détruits ou désorganisés par la violence des phénomènes inflamma-

(1) M. Denucé a bien mis en lumière ce fait que pour qu'il y ait suppuration, il faut qu'au microbe spécifique de l'érysipèle s'ajoute le microbe de la suppuration.

toires. Ici la lésion est toute locale et entraîne rarement une terminaison fatale.

On a encore signalé dans les érysipèles graves la pleurésie, la pneumonie, la néphrite aiguë (1) associée à l'endocardite (Jaccoud), des parotidites et des arthrites suppurées, la phlébite et l'infection purulente; et enfin dans ceux de la tête, la méningite et la cécité (2).

La plupart des érysipèles traumatiques fixes et bénins ont une durée moyenne de douze jours; quelques uns guérissent même en quelques jours, et il est rare de voir la maladie dépasser le quatorzième; mais il n'en est plus de même de la forme ambulante et de celle à répétition, dans lesquelles des poussées successives peuvent prolonger l'affection pendant plusieurs semaines.

La terminaison habituelle est la *résolution*. L'érysipèle guérit le plus souvent sans laisser de traces; d'autres fois, lorsque par exemple, il y a eu plusieurs fois récidive, les téguments enflammés gardent une coloration foncée; ou bien l'œdème persistant, il en résulte un épaissement hypertrophique de la peau qui dans certains cas aboutit à l'éléphantiasis.

VII. Diagnostic. Pronostic.

Les symptômes du début (frisson intense, fièvre, embarras gastrique) sont les signes précurseurs de tant

(1) L'albuminurie passagère signalée par Verneuil et ses élèves résulte vraisemblablement d'une congestion rénale intense, à moins d'admettre une infection des éléments du rein par les bactéries.

(2) Despagne (Rec. d'ophth., Paris, 1880).

de maladies aiguës, fébriles, qu'il est tout d'abord assez difficile de se prononcer ; seul l'engorgement ganglionnaire douloureux, précoce, pourrait dans certains cas mettre sur la voie d'un diagnostic anticipé. Après l'apparition de la rougeur, on peut encore confondre l'érysipèle avec l'érythème, une lymphangite ou un phlegmon, mais la marche des symptômes généraux, l'aspect de la plaque érysipélateuse, sa délimitation sous forme de bourrelet, son exquise sensibilité à la plus légère pression ne permettront pas longtemps l'hésitation.

La rougeur de l'érythème n'est ni saillante, ni limitée par un bourrelet, ni douloureuse à la pression. Elle n'est pas annoncée par une adénite et ne s'accompagne pas de phénomènes généraux aussi marqués.

L'angioloécite des troncs ne prête pas à l'erreur, parce que la rougeur est disposée en rubans anastomosés, interceptés par des portions saines de la peau sur le trajet des gros vaisseaux lymphatiques, et parce que les autres symptômes sont assez différentiels ; il n'en est pas de même de la lymphangite réticulaire, qu'un grand nombre de chirurgiens, depuis Blandin, (Desprès, etc.) identifient avec l'érysipèle. Le diagnostic repose sur l'absence de gonflement, de bourrelet au niveau des plaques, sur les fines trainées de l'angioloécite et sur la bénignité presque constante des symptômes généraux.

La même difficulté surgit quand il s'agit de distinguer l'érysipèle phlegmoneux d'un phlegmon diffus consécutif à des blessures graves, dans lequel les téguments présentent une rougeur mal circonscrite, un gonflement

œdémateux et les signes de la lymphangite ; on devra se rappeler que dans l'érysipèle on ne constate pas un empâtement ni une tuméfaction aussi étendus ; que dans le phlegmon diffus les bords de la rougeur ne sont pas aussi brusquement tranchés et que les symptômes fébriles ne précèdent pas les lésions locales.

La complication érysipélateuse au niveau d'une lésion traumatique ou d'une plaie opératoire est toujours une chose fâcheuse et capable d'entraîner la mort.

Les statistiques ne sont pas d'accord sur le chiffre de la léthalité. Ainsi Velpeau a eu 35 morts sur 63 cas à la Charité, et Gosselin 70 sur 260 cas, tandis que Billroth n'en relate que 10 sur 137 cas (non compliqués, il est vrai). D'une façon générale, Gosselin soutenait que l'érysipèle opératoire est de moitié plus grave que l'érysipèle traumatique ; cette formule est trop exclusive ; la question est plus complexe, et il faut tenir compte des âges extrêmes (vieillards, nouveau-nés), des complications antérieures (glycosurie, albuminurie, alcoolisme, etc.) ou concomitantes (formes phlegmoneuse et gangréneuse, fièvre typhoïde, néphrite aiguë, méningite, etc.), du siège (cuir chevelu, face) et de la constitution épidémique qui augmentent singulièrement la gravité du pronostic.

Dans quelques cas d'affections rebelles de la peau (*lupus*), d'ulcérations de mauvaise nature, de néoplasmes bénins ou malins, on a signalé par contre l'action salutaire de l'érysipèle (érysipèle curateur) (1) ; aussi

(1) Collin, *De l'érysipèle curateur et modificateur* (Th. de Paris, 1887).

des chirurgiens ont-ils cherché à le provoquer chez des malades porteurs de lésions incurables en les exposant à la contagion. J'ai vu moi-même, alors que j'étais l'interne de M. Galliet, des fibrômes innombrables de la peau disparaître une première fois sous l'influence d'un érysipèle, puis reparaître; une pneumonie amena le même résultat l'année suivante, mais le malade succomba à cette maladie.

VII. Traitement.

Il comprend : A. la *prophylaxie*; B. le *traitement curatif*.

A. L'étude des causes et de la nature de l'affection commande au chirurgien un ensemble de mesures propres à prévenir le développement de l'érysipèle; le véritable traitement de cette complication est le traitement préventif. Mais il y a des régions au niveau desquelles il est difficile de mettre les solutions de continuité opératoires ou accidentelles complètement à l'abri des germes extérieurs; nous citerons par exemple les plaies de la bouche. Dans d'autres cas, le blessé ou l'opéré est déjà en puissance d'érysipèle déclaré lorsqu'il s'adresse au chirurgien; ou bien encore le malade est sujet à l'érysipèle à répétition. Pour prévenir ces récidives si tenaces, Verneuil a insisté sur la nécessité de désinfecter et de nettoyer aussi complètement que possible l'érysipélateux. La surface tégumentaire, les régions pilifères, le cuir chevelu, le sillon rétro-auriculaire et le conduit auditif externe seront

en particulier lotionnés à plusieurs reprises avec des solutions parasitocides (sublimé au 1/1000^e). Les cavités muqueuses (pharynx, fosses nasales) seront soumises aux pulvérisations antiseptiques, non irritantes (bi-iodure d'hydrargyre, 0,05 centig., alcool 20 gr., eau 1,000) et les vêtements passés à la vapeur d'eau à 120°.

Les érysipélateux blessés et opérés seront isolés (1), c'est-à-dire transportés dans une autre salle, ou si la saison le permet, sous une tente, et le local évacué subira une ventilation prolongée, un nettoyage complet. On évitera autant que possible le voisinage des salles de chirurgie avec les salles d'accouchements, et en temps d'épidémie, le service d'un côté (élèves et garde-malades) n'aura aucun rapport avec l'autre. De même le médecin qui soigne des érysipélateux prendra les plus grandes précautions, s'il doit en même temps visiter de nouvelles accouchées. Il s'abstiendra pendant un certain temps, s'il le peut, de toute opération sanglante, et en cas de nécessité il aura de préférence recours aux caustiques (Gosselin).

La méthode de pansement a aussi son importance, et si les pansements antiseptiques n'ont pas fait disparaître entièrement cette complication, du moins, ainsi que l'a démontré la récente discussion à l'Académie de médecine, leur application l'a-t-elle diminuée dans des proportions marquées. Il en est de même de l'hygiène hospitalière, d'une façon générale.

B. *Traitement curatif*. — Un grand nombre de méthodes dites curatives se sont succédées un peu au

(1) *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 1885.

hasard des théories régnantes mais aussi sans succès, dans le traitement de l'érysipèle; telles sont les médications substitutive, antiphlogistique, etc. Lisfranc appliquait des sangsues *loco dolenti*, Josse le froid en permanence, Piorry et Dupuytren de petits vésicatoires, Larrey le fer rouge, Jobert de Lamballe le nitrate d'argent, etc., afin de circonscrire l'inflammation ou même de s'opposer à son début. Robert de Latour vantait dans le même but le badigeonnage des plaques érysipélateuses au collodion, moyen adopté par Nélaton, Broca etc., mais qui n'a jamais eu d'autre avantage que de soustraire les parties malades au contact de l'air, d'exercer sur elles une compression modérée et de masquer l'inflammation. Tous ces remèdes ont été à juste titre délaissés et l'on s'en tient aujourd'hui à la thérapeutique rationnelle des symptômes.

L'administration d'un léger éméto-cathartique au début a l'avantage de combattre l'état saburral et de faire le lavage de la surface intestinale, mais l'indication fondamentale est de soutenir les forces du malade pendant toute la durée de l'affection. Jaccoud prescrit depuis longtemps avec succès le vin de quinquina à la fois comme tonique et comme défervescent. La dose moyenne est de 250 grammes en 24 heures, et elle est poussée jusqu'à 400 à 500 grammes, si le délire (par anémie cérébrale) est persistant. Chez les blessés alcooliques on pourra sans crainte donner cette dose d'un vin généreux et y ajouter au besoin de l'alcool.

Comme les érysipélateux se plaignent surtout de picotements, de brûlure, de tension au niveau des par-

ties atteintes, on devra mettre ces dernières à l'abri de l'air, en les recouvrant de substances inertes, adoucissantes et de ouate. Les uns saupoudrent les plaques enflammées de poudre de riz, après avoir pratiqué des onctions avec la vaseline boriquée, d'autres recommandent les compresses de fleurs de sureau.

Dans ces dernières années, sous l'influence des doctrines microbiennes, on a fait usage de l'acide phénique en injections au niveau de l'érysipèle, dans la pensée de détruire sur place le principe infectieux (Hueter, Bœckel, etc.). Heppel (1) en badigeonnant la plaque érysipélateuse et son pourtour à l'aide d'une solution alcoolique d'acide phénique à 40/100 aurait réussi 7 fois à empêcher la propagation de l'affection. Les pulvérisations phéniquées prolongées (Verneuil), les applications d'huile térébenthinée (Lücke) ou phéniquée ont été également préconisées dans le même but.

Enfin, dans le *Centralbl. f. chirurgie* (7 Mai 1887), Riedel (d'Aix-la-Chapelle) prétend avoir enrayé la marche de l'érysipèle chirurgical au moyen de scarifications recouvertes de compresses trempées dans une solution au sublimé au 1/1000 et renouvelées 3 fois par jour. Ce procédé est une variante améliorée de la méthode de Kraske dans laquelle des scarifications mises en contact avec des liquides antiseptiques sont pratiquées sur toute l'étendue des plaques érysipélateuses (2).

(1) Heppel, *Arch. of Dermatology*, 1884.

(2) Les formes compliquées de l'érysipèle (phlegmon érysipélateux diffus, lymphangite gangréneuse, etc.) donnent lieu à des indications spéciales, parmi lesquelles les débridements au thermo-cautère.