

temps, et la disparition ne fut définitive que quand le malade, agacé de ne pouvoir guérir, et enfin convaincu par nos raisonnements, se fut laissé couper la barbe, que toutes les lotions savonneuses et antiseptiques n'avaient pu désinfecter. Un fait fort intéressant, c'est que les récives avaient été de plus en plus bénignes au point de vue des manifestations générales. Le placard de dermite n'était guère moins étendu ni moins turgescents à chaque poussée nouvelle, mais la poussée fébrile était d'un ou deux jours ou de quelques heures seulement, tandis que la première atteinte avait été accompagnée pendant une semaine de symptômes généraux vraiment typhoïdes.

C'est probablement à tort que, jusqu'à ces dernières années, les médecins qui ont soigné des érysipèles se sont contentés d'appliquer sur les parties malades de la peau, des topiques anodins, simplement destinés à pallier la cuisson éprouvée par les malades. La poudre d'amidon et la classique compresse d'eau de sureau nous semblent avoir fait leur temps et il y a lieu de leur substituer des antiseptiques qui puissent enrayer l'extension des microbes générateurs de la dermatite érysipélateuse. En un mot, le traitement antiseptique local de l'érysipèle doit prendre, pensons-nous, une importance plus considérable.

Il avait beaucoup préoccupé les médecins d'autrefois ; mais, lassés d'essayer infructueusement les substances les plus diverses sans résultat notable, les praticiens ont fini par se laisser décourager de toute tentative ayant pour but d'arrêter le processus local. Combattre les symptômes généraux, quand ils sont intenses, était presque devenu le seul précepte. Trousseau avait donné l'exemple. Depuis que l'anatomie pathologique microbiologique nous a éclairés sur le processus érysipélateux, nous n'avons plus le droit de rester indifférents au traitement local, et voici quelques moyens plus ou moins recommandables.

Bœckel a combattu l'envahissement des zones encore saines de la peau, en circonscrivant la zone érysipélateuse par une série d'injections sous-cutanées d'acide phénique, en solution à 1 %, répétées quotidiennement matin et soir. Nous n'avons aucune expérience personnelle sur l'efficacité de ce procédé ; on a dit que l'érysipèle disparaissait du 5^e au 6^e jour sans que les injections eussent donné naissance à aucune irritation locale. M. Sézary, professeur à l'école d'Alger, nous a affirmé avoir de nombreux succès à ce procédé.

M. Cl. Ferreira (1) s'est loué de badigeonnages de l'érysipèle avec une traumaticine antiseptique. On sait que la traumaticine est une solution de gutta-percha dans le chloroforme, à laquelle on incorpore des substances médicamenteuses, qui adhèrent ainsi à la peau et agissent localement. La gutta-percha, abandonnée sous forme de couche mince par l'évaporation du chloroforme, soustrait la peau aux frottements extérieurs. L'excipient se formule.

Chloroforme.	8 parties.
Gutta-percha.	1 partie.

La substance médicamenteuse ajoutée à cette solution doit être soluble dans le chloroforme ou pouvoir y être tenue en suspension.

M. Ferreira ajoute à 60 grammes de traumaticine 0,80 centigrammes de résorcine chimiquement pure et fait badigeonner trois fois par jour les plaques érysipélateuses.

M. Flaminio Tassi a préconisé, vers 1880, des applications sur le placard érysipélateux avec une solution saturée d'acide picrique. Il se proposait à la fois de combattre la pullulation et l'envahissement des microbes et d'obtenir une action astringente sur les tissus, d'anémier le derme et de faire résoudre les exsudats intra-dermiques. Il n'a malheureusement pu citer que quatre cas dans lesquels le succès ait été net ;

(1) *Annales de dermatologie*, 1887.

les malades n'ont d'ailleurs accusé aucune douleur spéciale. (1)

Parmi les topiques, nous citerons le carbonate de plomb en solution huileuse avec enveloppement ouaté : Barnwel, W. Rees, Park's (2), mais les sels de plomb n'ont qu'une place peu élevée dans la hiérarchie des antiseptiques.

Le nitrate d'argent en solution a été employé en badigeonnage.

Le collodion iodoformé, agissant au double titre d'antiseptique et d'astringent, a été préconisé depuis peu. Nous ne l'avons pas essayé.

Rothé (3) a recommandé de badigeonner, toutes les deux heures, les surfaces érysipélateuses avec la mixture suivante, qui ne cause aucune douleur :

Acide phénique.....	} à à 1 partie	
Alcool.....		
Essence de térébenthine.....		2 —
Teinture d'iode.....		1 —
Glycérine.....		3 —

Il est évident que la plupart des substances qui entrent dans la composition de cette mixture agissent à titre d'antiseptiques. C'est aussi comme agent antiseptique, probablement, que M. du Cazal a prescrit des onctions avec une pommade boriquée :

Acide borique	20 grammes
Vaseline	60 —

Mais ce sont les sels de mercure qui, sans contredit, doivent primer tous les agents antiseptiques dans le traitement local de l'érysipèle.

Les lotions au bichlorure de mercure (sublimé 1 p. 1000, proportion de la liqueur de V. Swieten) ou au bi-iodure, sèchent trop vite. Elles sont excellentes pour injecter dans les cavités nasales ou le conduit auditif externe, pour désinfecter, à titre prophylactique, la barbe et les cheveux, mais il faut, pour que

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1881

(2) *Medical Record*, 1883,

(3) *Therapeutic Gazette*, 1882

l'action antiseptique soit constante, que le mercure soit incorporé à un corps gras et reste adhérent aux téguments.

La pommade au calomel ne jouit que de faibles propriétés antiseptiques ; on pourrait faire des pommades au bi-iodure.

Le Dr Fraipont, de Liège, emploie le procédé suivant dans l'érysipèle des membres : bain tiède dans une solution de sublimé à 3 0/0 pendant dix minutes ; ou bien lavage prolongé et enveloppement avec compresses imbibées de ce liquide ; irrigation énergique des plaies récentes et suppurantes ; puis pansement avec de la gaze iodoformée imbibée légèrement de la solution mercurielle. Badigeonnage au goudron liquide dépassant de trois doigts la rougeur érysipélateuse. Enveloppement dans un pansement humide et bandage compressif peu serré. Le lendemain, bain ; l'épiderme se détache et laisse un derme saignant : enveloppement dans un pansement humide et sublimé à 1/2 pour 100.

Un topique commode, que nous avons vu employé par M. Bouchard, et qui nous a donné d'excellents résultats, est l'onguent napolitain vulgaire.

Voici donc le traitement local de l'érysipèle que nous recommandons.

Etendre sur les parties envahies une couche légère d'onguent napolitain, mais surtout recouvrir d'une couche assez épaisse de cet onguent toutes les parties limitrophes, c'est-à-dire la peau encore saine jusqu'à deux centimètres au delà du liseré érysipélateux.

S'il s'agit de régions pilifères, il faut d'abord couper les poils ou les cheveux impitoyablement, au ras des téguments, avec des ciseaux courbes, mais non pas au rasoir pour ne pas faire d'excoriations qui ouvriraient la voie à une auto-inoculation plus étendue. Ce sacrifice n'en est guère un d'ailleurs, puisque la chute spontanée de ces phanères suit généralement la guérison de l'érysipèle dans les régions qu'il a envahies.

Matin et soir, lotionner avec une solution antiseptique chaude au bi-iodure ou à l'acide borique, — seringuer avec cette même solution les fosses nasales et les conduits auditifs; — puis, réappliquer une nouvelle couche d'onguent. Voilà ce qu'il convient de faire dans les érysipèles sans abcès, ni sphacèle. Il faut, bien entendu, surveiller attentivement l'état des gencives et des dents au point de vue de la stomatite mercurielle. On fera gargariser préventivement le malade avec une solution de chlorate de potasse et d'eau alcoolisée alternativement. La stomatite ne se montre guère qu'après plusieurs jours d'applications hydrargyriques, c'est-à-dire à un moment où l'érysipèle est guéri. On les supprime alors.

L'érysipèle, une fois guéri, nous insistons sur la nécessité de faire une désinfection prophylactique minutieuse de toutes les anfractuosités de la face, d'abord avec des lotions savonneuses chaudes, puis avec des lotions et injections hydrargyriques ou tout au moins boriquées chaudes. La chaleur permet aux substances médicamenteuses d'imprégner plus profondément les éléments épithéliaux et glandulaires.

Nous ne nous appesantirons par sur le traitement général de l'érysipèle.

A titre d'antiseptique général, on a le droit d'essayer le calomel (une pilule de 2 centigrammes toutes les deux heures), jusqu'à concurrence de 0 gr. 40 centigr. par jour, en diminuant ou suspendant la dose suivant l'état des gencives.

Le sulfate de quinine peut être donné, soit à titre d'antiseptique, soit à titre d'antithermique. Mais il ne faut pas s'attendre à en obtenir grand résultat. La quinine, qui produit dans la fièvre typhoïde et dans certaines formes d'infection puerpérale de si remarquables abaissements thermiques, ne donne que des abaissements insignifiants ou nuls dans la fièvre érysipélateuse.

Dans plusieurs cas, observés chez des enfants, il est vrai,

nous avons vu l'antipyrine produire un abaissement thermique rapide et définitif. L'opinion de M. A. Robin relativement à l'action antiseptique de l'antipyrine, corroborée par celle de M. Verneuil au sujet de l'efficacité de ce médicament dans certaines septicémies (Académie de médecine, 1887), légitimerait des tentatives continuées dans ce sens.

Bouton du Nil, bouton de Biskra.

C'est M. Duclaux qui a décrit le microbe pathogène du bouton de Biskra (1). M. Chantemesse a cultivé ce micro-organisme pris dans un bouton du Nil, et il a établi (2) que le microcoque décrit par M. Duclaux est un organisme distinct des autres microcoques pathogènes connus. Sa spécificité est certaine. Sa culture pure inoculée à l'homme reproduit la maladie en question. C'est grâce à l'obligeance de notre distingué compatriote et ami, le Dr Fouquet, qui exerce la médecine au Caire avec autant de succès que de talent, que M. Chantemesse a pu étudier le microbe du bouton du Nil. M. Fouquet, qui soigne chaque année beaucoup de cas de cette affection, si fréquente en Égypte, par la méthode antiseptique a bien voulu nous faire profiter de son expérience.

« Le bouton du Nil, dont le microbe est véhiculé sans doute par l'eau au contact des téguments, apparaît de juin à novembre chaque année et atteint un assez grand nombre de personnes.

On l'observe un peu partout, mais principalement aux jambes, aux mains et au visage, au cou et même sur le cuir chevelu. Au début, c'est un petit noyau dur, douloureux sous-dermique ou intra-dermique. La peau ne tarde pas à se colorer en rouge violacé, le noyau dur se ramollit, il s'établit

(1) *Annales de dermatologie*, juillet 1884.

(2) *Annales de l'institut Pasteur*, octobre 1887.

de la fluctuation et l'on a une petite tumeur lisse, hémisphérique, non acuminée, sans bourbillon, contenant un pus rougeâtre crémeux. Si on l'abandonne à lui-même, il dure de quelques jours à six, huit semaines et plus ; arrivée à la grosseur d'un demi jaune d'œuf dur et même à celle d'une petite mandarine, la tumeur s'ouvre spontanément et si l'on ne fait pas intervenir un traitement approprié, la peau décollée et amincie s'altère.

Il s'établit une suppuration qui ne disparaît que quand la saison où règne le bouton se termine et finalement il en résulte une cicatrice indélébile, fort disgracieuse quand elle siège au visage et toujours désagréable. Avec le traitement antiseptique que j'ai inauguré dès mon arrivée en Égypte et successivement perfectionné jusqu'à ce jour, non seulement la durée du mal est abrégée, mais encore on peut souvent faire avorter le bouton et empêcher la suppuration.

1° Traitement abortif: lotions et frictions, loco dolenti, dès qu'un petit noyau apparaît, avec la solution alcoolique de bichlorure à 1 0/0 ou mieux avec la lanoline bichlorurée à 1/60 et à 1/80.

2° Si le bouton n'avorte pas, dès qu'il y a trace de suppuration, faire une très petite ouverture avec la pointe d'une lancette et laver la plaie avec la liqueur de Van Swieten. Injecter un peu de ce liquide dans la petite cavité laissée par le pus, — malaxer un peu le noyau dur qui persiste, et après un bon lavage à l'éponge, essuyer la région et obturer le petit pertuis avec le collodion au salol ou le collodion au bichlorure. La guérison survient dans les 24 ou 48 heures. Pour arrêter les boutons nouveaux, employer le traitement abortif et faire sur la région menacée un lavage au bichlorure à 1 0/0. — Si l'on prenait le soin de ne faire les lavages et ablutions qu'avec de l'eau bouillie, on n'aurait pas à redouter le bouton du Nil. Malheureusement cela n'est praticable que pour les jeunes enfants. Il est facile de faire bouillir un bain d'enfant ;

il est difficile de faire bouillir les douches et les bains des adultes, l'eau qui sert aux douches surtout sortant de tuyaux généralement branchés sur la conduite même qui amène l'eau du Nil ».

Lèpre.

« Dans toutes les espèces, formes et variétés de la maladie lépreuse sans exception, l'histologie permet de constater une bactérie caractéristique, dont la découverte appartient à Armauer Hansen (de Bergen) et qu'il serait juste d'appeler le bacille de Hansen... Le bacille de Hansen est aussi spécifiquement attaché à la lèpre que la bacille de Koch peut l'être à la tuberculose » (E. Besnier) (1).

Unna (2) partant de ce principe que le bacille pathogène est avide d'oxygène, traite la lèpre par les agents de réduction : les sels d'ichthyol (sulfo-ichthyolate d'ammoniaque 1 gr. par jour), une pommade ou un emplâtre à la résorcine (à 20 0/0), le pyrogallol à 5 0/0, la chrysarobine. Comme correctif de ces agents réducteurs, surtout du pyrogallol, il fait prendre aux malades de l'acide chlorhydrique à l'intérieur. Dans les intervalles des cures de réduction, les emplâtres salicylique, mercuriel, phéniqué sont employés comme auxiliaires.

Chancre simple.

« Le chancre simple se comporte exactement comme le font les affections locales qu'engendrent les microbes, il est indéfiniment inoculable, sa nature parasitaire nous paraît certaine, bien que le champignon n'ait pas été jusqu'ici cultivé ; on peut en dire autant du phagédénisme vrai, celui

(1) Sur la lèpre. Nature, origine, transmissibilité. Modes de propagation et de transmission. Rapport lu à l'Académie sur le beau Traité de la lèpre, de M. H. Le Loir (de Lille).

(2) Annales de Dermatologie, 1886.

qui résulte d'une transformation in situ du chancre simple » (Hallopeau) (1).

Ricord employait la solution de nitrate d'argent (1 p. 30) qui guérissait en 25 à 30 jours.

L'iodoforme peut guérir en huit jours.

L'acide salicylique, d'après Hebra, amène la guérison en quatre à six jours.

« Sur la plaie chancreuse bien détergée on applique une couche d'acide salicylique en poudre fine, de façon à couvrir aussi une zone de peau saine. On recouvre d'une mince couche d'ouate et d'un anneau d'emplâtre adhésif. On renouvelle le pansement une ou deux fois par jour, suivant l'abondance de la suppuration, et chaque fois on lave soigneusement la plaie. Une eschare blanche, qui recouvre celle-ci dès la fin du premier jour, tombe vers le quatrième jour. Dès lors, la plaie chancreuse est dépourvue de virulence et ne tarde pas à se cicatriser. » (2).

M. Aubert (de Lyon) nous a appris que la chaleur, c'est-à-dire le séjour de plusieurs heures dans l'eau très chaude, suffit à rendre aseptique la plaie du chancre simple.

Rhinosclérome.

Cette maladie, décrite pour la première fois par Hebra et Kaposi, en 1870, consiste, comme on sait, en une tuméfaction avec épaissement graduel des téguments cutanés et muqueux des ailes du nez, de la cloison des fosses nasales, de la lèvre supérieure, puis de la voute palatine et quelque fois même du pharynx et du larynx. Sa nature parasitaire, a été mise à peu près hors de doute, par les recherches de Frisch, Pellizari, Chiari et Riehl, Cornil et Alvarez. Les bactéries pathogènes déterminent, d'après ces derniers auteurs, « une dégénérescence hyaline du protoplasma cellulaire et la

(1) *Pathologie générale*. 2^e édition 1887.

(2) *Paris médical*.

formation des globes hyalins réfringents qui caractérisent anatomiquement cette maladie » (Hallopeau).

Les moyens qui ont été proposés pour l'enrayer ressortissent à l'antisepsie. O. Simon (de Breslau) a employé avec succès la pommade à l'acide pyrogallique au dixième. Kaposi conseille l'extirpation ou la destruction par la potasse caustique.

Tuberculose cutanée.

Les lésions de la tuberculose cutanées sont très rebelles. La destruction par l'ignipuncture, les scarifications, les injections interstitielles d'éther iodoformé, la pommade au bi-iodure de mercure, que nous avons tour à tour mis en œuvre dans un cas récent, ne nous ont pas donné de résultats bien favorables. La médication interne par la créosote et les applications topiques de ce corps mériteraient d'être essayés.

Lupus.

La plupart des médecins considèrent maintenant le lupus comme une tuberculose locale, atténuée il est vrai, pauvre en bacilles.

Les applications de compresses imbibées de sublimé, les injections interstitielles de sublimé (Tansini), l'emplâtre mercuriel de Vigo, celui de M. Vidal donnent quelquefois des résultats aussi satisfaisants que les scarifications et l'ignipuncture.

Manifestations cutanées de la syphilis.

Les manifestations cutanées de la syphilis réclament comme topiques les spécifiques qui sont alors les plus utiles antiseptiques. Non seulement le chancre, mais les syphilides de la peau, comme celles des muqueuses, guérissent beaucoup plus vite quand on joint l'application locale des mercuriaux