

Dans les familles, dans les hôpitaux, nous réclamerons l'isolement de nos malades, soit dans une chambre, soit dans une salle particulière. Implicitement nous exigerons le renvoi des enfants de leur pension, des soldats de leur caserne, dès que nous aurons reconnu la maladie ourlienne. En même temps, nous insisterons sur la désinfection de tous les vêtements et de tous les objets de literie ayant appartenu à ces divers malades.

Avant de les laisser quitter la chambre ou l'hôpital, nous prescrirons un ou deux bains de sublimé et des frictions savonneuses. Durant le cours de la maladie, nous pratiquerons l'antisepsie de la bouche et nous surveillerons la désinfection des déjections, des linges de corps, des objets de pansement, soit à l'aide du lait de chaux, du chlorure de zinc, de l'eau bouillante (A. Martin), soit avec la solution de sulfate de cuivre à 50 gr. par litre. Après la guérison, la chambre contaminée sera soumise à des pulvérisations de sublimé à 1 p. 100, pratiquées avec la pompe Geneste et Herschér, à des bains avec vapeurs sulfureuses durant trente-six heures (A. Martin).

Malgré toutes ces précautions d'isolement des malades, de désinfection des vêtements et des locaux, il n'est pas toujours aisé d'enrayer une épidémie d'oreillons, lorsqu'elle sévit dans une agglomération d'enfants ou d'adultes, dans un pensionnat ou dans un régiment. Cela se conçoit facilement, si on tient compte de la durée de la période d'incubation et de la contagiosité des oreillons.

Cette période d'incubation dure de huit à trente jours (Antony), quatorze jours (Martin), quatorze à vingt jours (Rendu). La contagiosité peut se produire vingt-quatre heures avant la manifestation ourlienne (Rendu), et persister, après la guérison, pendant un temps indéterminé, un ou deux mois, d'après Antony.

Dans ces conditions, il est presque impossible de prévenir ou d'enrayer rapidement une épidémie d'oreillons. L'isolement des malades, la désinfection des linges, des vêtements, des objets de literie et des locaux, l'antisepsie buccale des contaminés et des sujets suspects, résument néanmoins toute la prophylaxie de cette maladie.

## CHAPITRE X

### TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPELE

PAR

ALBERT ROBIN

ET

P. LONDE

De l'Académie de Médecine.

Ancien interne des hôpitaux  
de Paris.

#### I

#### Nature de la maladie et indications thérapeutiques générales qui en découlent.

##### A. — NATURE DE LA MALADIE

L'érysipèle, et il sera particulièrement question, dans cet article, de l'érysipèle *de la face*, est une affection dont la nature, sinon la pathogénie, est assez bien connue aujourd'hui. C'est une maladie infectieuse due au streptocoque, à localisation dermique primitive, dont la détermination locale prédominante présente une tendance extensive et dont l'évolution est souvent cyclique. Il y a entre l'érysipèle et la pneumonie une double analogie : dans les deux cas, il s'agit d'une infection à détermination locale primitive qui a une évolution naturellement cyclique. Netter a vu les pneumocoques perdre leur virulence au moment de la crise. Il paraît en être de même pour le streptocoque.

D'autre part, ni l'une ni l'autre de ces deux maladies ne donne l'immunité. Non seulement les récidives sont choses

banales, mais les rechutes sont possibles. Fréquentes surtout dans l'érysipèle, elles existent, rarement il est vrai, dans la pneumonie.

Quoi qu'il en soit, Jaccoud a montré, pour l'érysipèle, que les récidives de plus en plus fréquentes étaient aussi de moins en moins graves. Si une première atteinte crée une prédisposition locale, il semble qu'il persiste néanmoins une certaine immunité générale. L'érysipèle à répétition, dit Achalme<sup>1</sup>, envahit d'un seul coup tout le tissu qu'il a coutume d'intéresser et décroît aussitôt. On sait que l'histoire de cet érysipèle a donné à la théorie du microbisme latent de Verneuil une confirmation particulièrement éclatante.

Les variations de virulence du streptocoque sont donc d'une extrême importance. Il s'agit toujours du même microbe, non seulement dans les différentes formes d'érysipèle, mais aussi dans les autres maladies qu'on attribue à ce microbe : fièvre puerpérale, angine, phlegmon, etc. Il suffit de mettre le streptocoque dans des conditions de milieu convenables pour voir ses variétés se transformer les unes dans les autres. Ici l'influence du terrain est prépondérante.

« Sans compter les différences énormes qui existent entre la réceptivité des différentes espèces de laboratoire, on constate, sur des animaux également sains, des variations considérables vis-à-vis de la même semence (Achalme). » L'acidification de la culture dans laquelle vit le streptocoque lui fait perdre sa virulence ; naturellement, le fait est à rapprocher de la crise de l'érysipèle.

Mais voici un autre fait qui a sans doute plus d'importance en physiologie pathologique : en même temps qu'il sécrète des substances toxiques, le microbe sécrète des substances vaccinales. On peut supposer que ces propriétés microbicides, jointes à la réaction des tissus, interviennent dans la production de la crise de l'érysipèle qui a lieu du cinquième au sixième jour en général, et souvent le septième.

1. PIERRE ACHALME. — Considérations pathogéniques et anatomo-pathologiques sur l'érysipèle. Thèse de Paris, 1892.

#### B. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES PATHOGÉNIQUES

Nous trouvons donc dans les variations de la virulence des streptocoques une *première indication* thérapeutique. Le médecin devra chercher à atténuer plus rapidement cette virulence, de façon à favoriser ou même à hâter l'apparition de la crise. Et, puisque dans l'érysipèle c'est la détermination locale qui domine, du moins au début, le tableau clinique, puisque sa localisation est accessible à une antiseptie quasi chirurgicale, nous pouvons prévoir dès maintenant que l'antiseptie externe jouera un rôle important, fondamental, dans le traitement de l'érysipèle.

Nous devons cette indication thérapeutique aux récentes découvertes de la microbiologie, et il n'est pas sans intérêt de signaler ici, en passant, le rôle prépondérant de l'école française. Sans parler des essais faits dans cette voie par Nepveu et par quelques autres savants, Doléris, le premier, décrivit exactement le streptocoque, sous l'inspiration de Pasteur ; c'est plus tard que Felheisen découvrit le même microbe dans l'érysipèle (1882). Widal et Achalme ont démontré l'identité du streptocoque dans les diverses maladies où on le rencontre.

C'est aussi à des auteurs français que revient le mérite d'avoir constitué l'anatomie pathologique de l'érysipèle ; Piorry, en donnant dès 1854 à l'érysipèle le nom de septico-dermite, avait bien compris la nature et le siège de cette affection. Vulpian montra en quoi étaient insuffisantes les théories anciennes de la phlébite et de la lymphangite : il décrivit l'infiltration des mailles dermiques par un grand nombre de globules blancs. J. Renaut, puis Cornil et Ranvier ont donné une topographie détaillée de la lésion. J. Renaut a insisté sur le rôle que joue la multiplication des cellules fixes dans la production de l'infiltration leucocytaire. Il a montré le rôle des macrophages et établi, bien avant Metchnikoff, la doctrine de la phagocytose.

Ces notions, pourtant très générales, nous permettent de poser une *seconde indication*. Nous sommes en face d'une inflammation du derme et même de la peau dans son ensemble (cutite) avec tous les caractères cliniques qu'elle comporte, rougeur, chaleur, gonflement, douleur.

L'inflammation pourra s'étendre de l'épiderme (phlyctènes) au tissu cellulaire sous-cutané (abcès), si le feutrage de la partie profonde n'est pas trop serré et si le tissu cellulaire sous-cutané est assez lâche.

Notre but devra être de calmer la douleur et de favoriser en même temps les phénomènes réactionnels qui permettent aux tissus de combattre et d'arrêter l'invasion microbienne. Il faudra entretenir et provoquer la vaso-dilatation et la formation des macrophages (cellules mono-nucléaires provenant de la multiplication des cellules fixes).

Or, nous pouvons prévoir dès maintenant qu'il ne sera pas difficile d'atteindre ce but, étant donnée la localisation de l'érysipèle, qui frappe plus particulièrement les couches les plus superficielles du derme, le corps papillaire. Enfin, on sait que c'est surtout au niveau du *bourrelet* que se livre le combat entre les streptocoques et l'organisme. Il s'ensuit que l'effort thérapeutique devra être dirigé surtout sur cette région du « champ de bataille ».

#### C. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES SYMPTOMATIQUES

La symptomatologie de l'affection nous servira aussi à poser quelques indications souvent importantes et relatives à l'hyperthermie, à l'état général, aux symptômes nerveux, à l'extension de l'érysipèle aux muqueuses; ce dernier cas est rare d'ailleurs, puisque généralement l'infection suit une marche inverse.

Si le clinicien doit porter avec tant de soin son attention sur l'expression symptomatique individuelle, c'est qu'elle lui révélera les points faibles du terrain sur lequel la maladie évolue. Il est évident, par exemple, que le pronostic sera bien

différent suivant qu'il s'agira d'un sujet habituellement bien portant ou d'un débilité, d'un adulte ou d'un vieillard.

Quand le système nerveux sera déprimé, il faudra le relever de façon à provoquer la réaction salutaire. Quand les émonctoires, foie ou reins, auront une tare antérieure, il faudra s'appliquer surtout à faciliter l'élimination des substances toxiques. Si le malade a un cœur en mauvais état ou des artères scléreuses, on devra, dans la mesure du possible, remonter ou tout au moins soutenir les forces du système circulatoire toujours surmené dans une maladie infectieuse.

On trouvera enfin autant d'indications spéciales dans les complications possibles ou dans les localisations différentes de l'agent infectieux. Mais ici, nous retournons à la médication purement symptomatique.

#### D. — RÉSUMÉ DES INDICATIONS

Qu'il nous suffise, dans ce préambule, d'avoir posé les principales indications rationnelles fondées sur la physiologie pathologique de la maladie :

1° Antisepsie locale et externe pour diminuer, si possible, la virulence du streptocoque;

2° Favoriser la réaction locale. On sait que dans une infection primitivement locale, plus la réaction locale est vive, moins est à craindre l'infection générale : c'est cette infection générale qu'il faut éviter dans l'érysipèle, puisque celui-ci est d'abord une affection purement locale, que l'on peut combattre sur place;

3° Prévenir les complications dues soit à une tare antérieure du sujet malade, soit à cette affection locale qui peut, ou bien retentir par intoxication dans l'organisme tout entier, ou bien se généraliser.

Nous terminerons par un mot de prophylaxie.

La première indication sera remplie par un traitement local; la troisième par un traitement général; la deuxième ressortit à la fois au traitement local et au traitement général.

Nous aurons donc à choisir parmi les traitements locaux celui qui satisfera le mieux aux deux premières indications.

## II

## Des procédés de traitement abortif.

1<sup>o</sup> *Inefficacité des traitements abortifs.* — Au moment d'entrer dans l'étude détaillée du traitement de l'érysipèle, une première question se pose : Existe-t-il un traitement abortif de cette maladie ? Évidemment non. Car s'il y avait un moyen à peu près certain de faire avorter la maladie, il n'y aurait pas de démonstration nécessaire ; tout le monde aurait adopté la même pratique. La discussion ne serait pas possible.

Il est curieux cependant de voir, quand on jette un coup d'œil sur la bibliographie de la question, combien de *procédés prétendus abortifs* ont été proposés. La méprise est due sans doute à l'évolution cyclique de la maladie. Mais du fait que la crise est précoce et devance d'un jour, par exemple, l'époque habituelle où elle se produit (septième jour), est-on en droit de dire que l'on a fait avorter la maladie ? Personne ne répondra par l'affirmative.

Le traitement que nous préconisons plus loin abrège souvent la durée du cycle fébrile : pourtant, nous ne le donnons pas comme un traitement abortif.

Le traitement abortif d'une maladie infectieuse doit être purement pathogénique, ou, s'il est empirique, s'adresser directement à l'agent causal. Or, la pathogénie de l'érysipèle présente encore trop d'obscurités pour qu'un traitement abortif d'ordre pathogénique soit mis en pratique. Si l'on connaît le microbe, on ignore encore les conditions qui le font pulluler et accroissent sa virulence. D'autre part, nous ne connaissons pas de moyen pouvant agir directement sur lui. Les moyens actuels sont médiats et n'influencent l'agent pathogène que par l'intermédiaire des téguments.

2<sup>o</sup> *Le traitement de Marmorek.* — On n'arriverait à obte-

nir une médication abortive que par l'antisepsie interne, si elle était possible, et comme elle n'est pas réalisable en pratique, on ne peut fonder d'espoir que sur les *substances vaccinales*. C'est là un procédé général qui fait en ce moment ses preuves en matière de diphtérie. Pour ce qui est de l'érysipèle, il est encore à l'étude, et si la thérapeutique en bénéficie déjà, le procédé ne peut encore prétendre au rang de méthode abortive.

Signalons pourtant quelques faits positifs, par exemple la guérison, à la Maternité, à l'aide d'un sérum anti-toxique, de deux femmes atteintes de fièvre puerpérale ; on s'était servi d'un sérum obtenu d'un mulet immunisé au moyen de cultures stérilisées de streptocoques. Le sérum de cet animal s'était montré curateur pour les lapins infectés. Nocard et Marmorek ont aussi obtenu un sérum anti-streptococcique dont l'effet curateur a d'abord été éprouvé sur les lapins<sup>1</sup>.

Puis, Marmorek a employé dans le service de Chantemesse un sérum très actif contre l'érysipèle et il a obtenu 45 guérisons sur 46 cas. « Dans tous les cas traités, l'abaissement de la température se faisait d'une manière complète au bout d'un temps relativement court, le plus souvent en vingt-quatre heures, après l'injection curative de quantités de sérum variant de 5 à 20 centimètres cubes ; pendant ce temps, l'état général devenait aussi des plus satisfaisants. Quand il y avait de l'albumine dans l'urine, cette albumine disparaissait avec rapidité... Dans certains cas très graves, la guérison a été obtenue contre toutes nos prévisions. En résumé, on peut conclure dès à présent que le sérum constitue un traitement spécifique vraiment efficace de l'érysipèle<sup>2</sup>. »

1. MARMOREK. — *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 23 février 1895. MARMOREK immunise les animaux, non par injection de cultures stérilisées, mais par inoculation des cultures vivantes et très virulentes. Quelle que soit la virulence du streptocoque utilisé, il faut un temps très long, six mois au moins, pour obtenir un sérum actif.

2. MARMOREK. — *Ibid.*, 29 mars 1895. Voir enfin *Annales de l'Institut Pasteur*, juillet 1895. La dernière statistique de MARMOREK, établie sur 413 malades, a donné une mortalité totale de 3,85 p. 100, au lieu de 5 à 6 p. 100 qui est la proportion habituelle. L'auteur se garde de toute conclusion hâtive.

Si, comme on est en droit de l'espérer, ces faits si remarquables sont confirmés, si le sérum anti-streptococcique entre dans la pratique, nous croyons qu'il s'adressera surtout aux cas où l'infection érysipélateuse généralisée s'accompagne de complications viscérales inaccessibles au traitement local.

Actuellement, le procédé de Marmorek mérite de figurer avec honneur parmi les moyens curatifs, mais son caractère abortif ne nous paraît pas encore suffisamment établi. Néanmoins, tout porte à croire que, dans un avenir prochain, il réalisera peut-être cette espérance.

La médication abortive restant, jusqu'à plus ample informé, dans le domaine de l'espérance, le but que nous poursuivrons sera de faciliter la crise :

1° En agissant localement pour diminuer la virulence du streptocoque et aider à sa destruction, de façon à éteindre sur place la plaque érysipélateuse ;

2° En remontant l'état général suivant l'indication fournie par l'état des viscères.

### III

#### Les divers traitements locaux proposés contre l'érysipèle.

La liste des topiques proposés contre l'érysipèle est très longue. La première indication que nous avons posée nous permettra d'abrégé cette liste. Nous passerons surtout en revue les antiseptiques.

A. *Agents abandonnés*. — Nous ne citons que pour mémoire le *vésicatoire* (Alexandre de Tralles), la *faradisation cutanée*, l'*eau froide* (Avicenne), les agents qui ont pour but de soustraire la plaque érysipélateuse au contact de l'air (*corps gras*, *glycérine* employée par Grisolle, *poudres inertes*). Les *émollients* ont une utilité plus manifeste sur laquelle nous reviendrons. Rock a proposé le *jaborandi*, que l'un de nous avait déjà employé sans succès il y a plus de vingt ans<sup>1</sup>.

1. ALBERT ROBIN. — Études physiologiques et thérapeutiques sur le jaborandi. *Journal de thérapeutique*, 1874-1875.

Hoecker propose la *cocaïne*, qui ne survivra pas davantage.

B. *Cautére actuel*. — En poursuivant le microbe dans ses retranchements, gardons-nous d'employer des moyens trop énergiques ; il est un précepte en médecine qu'il ne faut jamais perdre de vue, c'est d'abord de ne pas nuire.

Cela suffit à nous faire rejeter le *cautére actuel*, préconisé par A. Paré, Larrey, Baudens (1836), pour circonscrire l'érysipèle. L'érysipèle n'est pas une affection assez souvent mortelle pour que de pareils moyens soient justifiés.

Tout au plus la cautérisation au fer rouge pourrait-elle rendre quelques services dans l'érysipèle gangreneux.

C. *Scarifications*. — Pour la même raison nous ne discuterons même pas la valeur des *scarifications*, employées soit comme antiphlogistique (Paul d'Égine, Dobsen, Bright, Schützenberger, Ashurst, Lurott, Lawrence), soit comme un moyen de faire pénétrer les antiseptiques plus profondément ; Kichnert a essayé ainsi l'*acide phénique* à 5 p. 100.

Rieden, cité par Classen, recouvre les scarifications avec des compresses imbibées de *sublimé*. Galliard a préconisé cette pratique à la Société médicale des hôpitaux en 1892.

D. *Injectons sous-cutanées*. — La pratique des *injections sous-cutanées* est fondée aussi sur le principe de la pénétration des antiseptiques. Elle ne s'est jamais répandue parce que la piqûre, qui est un inconvénient, n'ajoute aucun avantage à l'antisepsie locale.

On a fait usage de la *résorcine* en solution aqueuse à 5 p. 100 (Bogusch et Skibnersky, cités par de Beurmann<sup>1</sup>) ; de l'*acide phénique*, 1 gramme de la solution à 3 p. 100, quatre ou cinq fois par jour (Hueter) ; Schützenberger emploie une solution à 1,5 p. 100 ; Tillmans, Rosenthal, une solution à 2 p. 100.

Aufrecht, Hirschberg, Munsell recommandent assez instamment le même procédé.

Wilde se sert d'une solution de *phénate de soude* à 1/12 ; Tassi d'une solution concentrée d'*acide phénique*.

1. L. DE BEURMANN. — De la médication abortive. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1886.

Turban fait usage de *bichlorhydrate de quinine carbamidé* (sel de Drygin) en injections hypodermiques.

Petersen emploie l'*acide salicylique*.

Comme le fait remarquer Colas dans une thèse faite sous l'inspiration de l'un de nous, les injections agissant dans un rayon très restreint doivent être multipliées; or, non seulement elles sont douloureuses, mais encore elles exposent à des accidents toxiques ou septiques (Gartner, Bardenhauer, Obolinski). Ajouterons-nous qu'elles ne constituent pas une méthode abortive?

E. *Collodion*. — Le *collodion médicinal pur ou associé* à une substance médicamenteuse a été proposé aussi comme un moyen abortif. Il fut employé pour la première fois par Robert de Latour en 1853. Aran, Trousseau, Nélaton, Rouget, Broca, puis Lubansky, Calvy le préconisèrent.

« Le collodion, dit Broca, doit être étendu dans les limites de l'érysipèle, mais sur la peau saine; la bande doit avoir 6 à 8 centimètres de large, elle doit former une enceinte continue » exerçant une compression circulaire douce; il faut réparer les fissures selon les besoins. Tel est le principe de l'application du collodion. Malheureusement l'action compressive, sur laquelle on fondait le principe du procédé, n'a pas eu l'effet abortif qu'on espérait, et cela suffit à expliquer son peu de vogue. Certains médecins, Vidal, Bourdon, Weber, Pia-chaud « collodionnisent » toute la plaque pour calmer la douleur et diminuer la tuméfaction. Mais il suffit d'une complication locale pour rendre cette pratique nuisible.

On a incorporé au collodion l'*iode*, l'*iodoforme*, la *térébenthine* (Prichard), la *glycérine*, le *stérésol*, l'*ichtyol*, etc. Mais nous verrons qu'il est d'autres moyens plus pratiques et plus sûrement inoffensifs d'employer les antiseptiques.

F. *Procédé de Juhel-Rénoy*. — Pour éviter l'action irritante qu'on reproche aussi au collodion, Juhel-Rénoy a vanté l'usage de la *traumaticine*<sup>1</sup>.

1. JUHEL-RÉNOY et AL. BOLOGNESI. — Traitement abortif de l'érysipèle par la traumaticine à l'ichtyol. *Bull. général de thérapeutique*, janvier, février et mars 1895.

La traumaticine est une solution de 1 partie de gutta-percha purifiée dans 9 ou 10 parties de chloroforme. Elle forme une pellicule plus délicate que le collodion, sans provoquer d'irritation.

On l'associe à l'ichtyol dans la proportion de 3 p. 10. La préparation forme un liquide sirupeux, brun noirâtre. On circonscrit l'exanthème à l'aide d'un pinceau de soies de porc, au niveau du bourrelet, ou mieux un peu en dehors, sur une largeur de 2 centimètres environ. L'auteur recommande de bien examiner l'oreille préalablement et de la comprendre dans l'enceinte, s'il est nécessaire. En général, l'érysipèle a cédé le sixième jour; il ne s'agit donc pas là d'un procédé abortif. Sans parler de la couleur fâcheuse du produit, on peut reprocher à la traumaticine la douleur, chaleur ou brûlure qu'elle produit, grâce au chloroforme qui entre dans sa constitution. Un excès de chloroforme fait même quelquefois l'effet d'une brûlure au premier degré.

C'est là, à ce qu'il nous semble, un assez sérieux inconvénient. Nous espérons démontrer qu'il existe, pour traiter l'érysipèle, des moyens plus avantageux parce qu'ils n'ont aucune action nocive.

#### IV

##### De divers traitements antiseptiques locaux de l'érysipèle.

1° *Choix d'un antiseptique*. — Parmi les antiseptiques que nous avons à notre disposition, il y a un choix à faire: il nous semble que la première condition que devra remplir la substance préconisée est de se rencontrer partout et d'être d'un emploi facile; elle devrait, en outre, s'adresser particulièrement au streptocoque, s'il est vrai, ce dont nous doutons fort, que chaque microbe ait en quelque sorte un antiseptique spécifique.

Cela nous fait prévoir que nous aurons à choisir entre l'acide phénique, l'alcool et le mercure (sublimé), qui sont