

586

FIÈVRE ÉRYSIPÉLATEUSE (1)

Sommaire. — Observation clinique. — Érysipèle de la face. — Éruption éphémère s'éteignant au bout de quatre jours, précédée par des phénomènes fébriles et par une double congestion de l'encéphale et du poumon.

De la fièvre érysipélateuse et de ses diverses localisations.

L'érysipèle appartient au groupe des fièvres heptémériques. — Caractères cliniques de ce groupe.

Analyse raisonnée des symptômes présentés par le malade qui fait le sujet de la présente observation.

MESSIEURS,

Au n° 19 de la salle Sainte-Martine est une femme de soixante-dix ans, bien conservée et douée d'une constitution robuste. Interrogée sur ses antécédents héréditaires, elle déclara que sa mère était rhumatisante, et que son père, en qualité d'ancien militaire, n'avait pas pu échapper au rhumatisme. L'arthritisme et des maladies plus destructives encore de notre race sont, en effet, le triste revers de la médaille de la gloire militaire, qui se montre aux yeux du médecin.

Il y a vingt-cinq ans, cette femme a subi une première atteinte de rhumatisme articulaire, qui dura fort longtemps et fut poursuivie d'articulations en articulations par cinq cent cinquante sangsues, en même temps qu'à la fièvre on opposait les saignées : déplorables excès d'un système qui a été funeste à toute une génération, et dont les esprits les plus fermes subissaient l'influence. Quant à moi, tout en reconnaissant que la saignée générale peut remplir avec une grande puissance certaines indications, je tiens à honneur d'être un de ceux qui ont les premiers proclamé la nécessité d'en restreindre l'usage, et de respecter, dans le sang humain, l'élément de la nature médicatrice. Et je ne me rappelle pas, depuis plus de vingt-cinq ans, avoir rencontré l'opportunité d'une seule saignée.

Cette femme fut très-longtemps à se remettre de la maladie et du traite-

(1) Leçon publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, 1874.

ment; il y a deux ans, elle subit une seconde atteinte de rhumatisme, beaucoup moins violente et plus courte que la première.

Le dimanche, 9 décembre, à la chute du jour, sans cause appréciable, cette femme perd connaissance; ce qui s'est passé autour d'elle, pendant deux jours, est effacé de sa mémoire.

Sa fille nous rapporte que la maladie débuta par un frisson violent et que les médecins appelés auprès d'elle la déclarèrent atteinte de congestion encéphalique. On lui appliqua, de chaque côté de la nuque, des sangsues qui coulaient encore quand la malade est entrée à l'hôpital, le 10 au matin.

Nous la trouvâmes dans un état demi-comateux, dont on ne la tirait qu'avec peine; la parole était embarrassée et ne se manifestait que par des mots sans suite. Les membres étaient dans un état de demi-résolution, retombaient quand on les soulevait, mais, quand on les pinçait, ils exécutaient quelques mouvements; la sensibilité semblait exagérée dans les membres inférieurs; la contractilité des sphincters ne paraissait pas altérée, la face était injectée, vultueuse; le pouls était fébrile, les artères sinueuses et très-évidemment athéromateuses; la radiale du côté droit présentait même, au niveau du poignet, un renflement comme anévrysmatique; à la pointe du cœur, on entendait un prolongement rude systolique. Le frisson initial, la congestion faciale, ayant appelé mon attention sur les organes respiratoires, je constatai un râle crépitant sec dans le tiers inférieur du poumon gauche.

Je prescrivis un lavement purgatif, suivi de l'introduction dans le rectum de suppositoires composés avec du beurre de cacao, de la fleur de soufre et de l'aloès, des sinapismes, pour tisane, de la décoction de chiendent avec 4 grammes de crème de tartre, et pour aliment, des bouillons.

Le 11, la malade a eu des évacuations; la fièvre persiste; pendant la nuit, la malade a eu du délire, mais le matin, l'état cérébral s'est amélioré d'une manière notable; encore un peu d'incohérence dans les idées et d'étonnement dans la physionomie; les mouvements sont beaucoup plus libres; l'auscultation ne fait constater aucun changement.

Le 12, encore un peu d'excitation et de trouble intellectuel, pendant la nuit; l'état du poumon reste le même.

Le 13, les fonctions cérébrales sont rentrées dans l'ordre; une plaque érysipélateuse s'est développée sur la joue gauche; bouffissure, rougeur des paupières et du front.

Le 14, l'érysipèle s'est accentué davantage; la tuméfaction et la rougeur du front sont plus prononcées; la face interne des lèvres et des joues est rouge, gonflée, et offre les caractères de l'énanthème (1) érysipélateux; un enduit pullacé couvre les gencives; quelques vésicules d'herpès apparaissent au pourtour de la bouche.

(1) J'ai présenté en 1835 au concours des élèves des hôpitaux un mémoire sur l'énanthème buccal qui complique l'érysipèle de la face.

Le 15, la fièvre est tombée; l'érysipèle des paupières a diminué; sur la joue gauche, la plaque érysipélateuse présente un aspect gaufré, comme bulleux; l'herpès labialis est en pleine éruption; le bruit pulmonaire est devenu plus sec, plus gros, plus superficiel, et offre les caractères du frottement pleural. Quoiqu'il ne s'entende habituellement que dans l'inspiration, on le retrouve par intervalles, quand on fait faire à la malade des expirations courtes et rapides. Les urines, traitées par l'acide nitrique et la chaleur, louchissent légèrement.

Le 17, l'érysipèle, très-pâle hier, a disparu aujourd'hui.

Ainsi, en résumé : frisson suivi de fièvre, double congestion de l'encéphale et du poumon; le quatrième jour apparaît un érysipèle de la face qui, après avoir envahi tout le front, s'éteint au bout de quatre jours. Si cet érysipèle s'était montré après le frisson, il aurait commencé par un point de la face, se serait étendu symétriquement ou irrégulièrement, suivant qu'il aurait débuté par la ligne médiane ou par un des côtés du visage; sa durée eût été celle des différentes manifestations qui se sont succédé chez notre malade.

Ne peut-on pas admettre, sans être accusé de forcer les analogies, que l'ensemble de ces manifestations constitue une fièvre érysipélateuse à localisations multiples, successives et disséminées, différant par ce dernier trait de la fièvre érysipélateuse ordinaire, dont les localisations sont multiples, successives mais contiguës, commençant par un point de la peau et se propageant de proche en proche.

J'emploie à dessein ce mot de fièvre érysipélateuse, déjà adopté par quelques anciens. Dans l'érysipèle, la fièvre est si peu symptomatique de l'affection cutanée qu'elle la précède le plus ordinairement et tombe avant la disparition complète de la congestion tégumentaire.

L'érysipèle est une maladie de ce groupe que j'ai déjà eu l'occasion de signaler à votre attention : groupe qui comprend l'angine catarrhale, la pneumonie ou au moins certaines pneumonies, certaines laryngo-trachéites, espèces morbides que vous voyez régner simultanément sous l'influence des mêmes conditions extérieures; ces affections se succèdent quelquefois chez le même sujet, et elles offrent pour caractère commun le mode congestif; elles accomplissent leur évolution à peu près dans l'espace d'un septénaire, et je les avais appelées, il y a quelques années, fièvres hepthémériques.

Plusieurs médecins les regardent comme des variétés de la synoque, opinion qui n'est pas dénuée de vraisemblance, mais qui échappe à une démonstration rigoureuse; on pourrait les nommer fièvres érysipélateuses.

Quoi qu'il en soit de cette généralisation, revenons à notre malade, pour analyser les symptômes qu'elle a présentés, et examiner la probabilité de l'opinion que j'ai émise sur la nature de l'affection dont elle a été atteinte.

L'acte congestif a débuté par l'encéphale. Il n'est pas très-rare que des phénomènes de congestion méningitique se montrent dans le cours de l'érysipèle de la face; ils peuvent même constituer une complication très-grave; ils sont ordinairement consécutifs à l'affection de la peau; mais pourquoi l'ordre de succession des localisations morbides ne pourrait-il pas être renversé, comme il l'est quelquefois pour les complications viscérales du rhumatisme articulaire?

La péricardite ne précède-t-elle pas quelquefois l'arthrite? La liaison de la congestion cérébrale ou méningitique avec l'érysipèle est, dans ce cas, si vraisemblable, que quand celui-ci apparaît, les phénomènes cérébraux disparaissent. C'est le même travail morbide qui, en changeant de siège, change d'expression symptomatique.

Si nous faisons attention à la durée de l'érysipèle chez notre malade, j'y trouve un nouvel argument à l'appui de ma manière de voir.

Un érysipèle primitif, c'est-à-dire celui qui se développe spontanément chez un sujet qui n'en n'a pas subi d'atteinte antérieure, dure très-rarement moins de six à sept jours. Chez notre malade, l'érysipèle facial a été bien caractérisé, accompagné même de cet enanthème buccal qui en est le retentissement sur les muqueuses; et notez que ce n'est point par continuité, ici, car l'érysipèle n'a pas atteint le pourtour de la bouche. Nous le constatons jeudi pour la première fois; samedi, il avait presque disparu. Voilà une durée bien insolite. Mais si nous mettons au compte de l'érysipèle la fluxion encéphalique qui a suivi le premier frisson, l'affection érysipélateuse retrouve sa durée normale.

Nous nous sommes demandé si les piqûres de sangsues n'étaient pas le point de départ de l'exanthème cutané; mais un intervalle de plusieurs travers de doigt, l'oreille tout entière, les séparait du foyer érysipélateux.

La complication pleuro-pulmonaire doit-elle être regardée comme une objection à cette interprétation? Je ne le pense pas. Je vous ai déjà parlé des nombreuses affinités de la pneumonie et de l'érysipèle; c'était un des thèmes favoris de Chomel. On voit ces deux affections se succéder; elles peuvent coïncider. Voyez d'ailleurs ce qu'il y a de spécial ici dans cette congestion pulmonaire: elle reste superficielle, limitée à une portion de la plèvre et à la couche pulmonaire sous-jacente. Un râle

crépitant superficiel et du bruit de frottement pleural en sont les seuls signes stéthoscopiques. L'action congestive n'a fait qu'effleurer le poumon, peut-être parce qu'elle a son foyer principal ailleurs. Pour le remarquer en passant, elle se localise dans la poitrine du même côté que l'érysipèle de la joue. Pourrait-on attribuer cette coïncidence à ce consensus vaso-moteur qui amène dans les pneumonies la congestion de la joue correspondante au côté affecté? ou cette unilatéralité des lésions est-elle toute fortuite? Si l'on se demande pourquoi, dans la plèvre, la congestion érysipélateuse aboutit à une exsudation plastique, tandis qu'à la face une simple infiltration séreuse est la conséquence du travail inflammatoire: n'est-ce pas l'analogie de ce qui se passe dans le rhumatisme aigu, où les localisations rhumatismales de la plèvre et du péricarde aboutissent à des exsudats qu'on ne retrouve pas dans les articulations malades. Comme j'ai eu l'occasion de vous le faire remarquer à l'occasion de la pneumonie, les différences de structure et les destinations fonctionnelles des organes thoraciques, qui ajoutent à l'incitation phlegmasique le stimulus d'un mouvement nécessaire, sont probablement les causes de ces terminaisons différentes. Pour compléter le tableau des symptômes, un herpès labialis, si commun dans la fièvre synoque, dans certaines formes de pneumonie, plus rare dans l'érysipèle, se montre à la période de résolution. La présence de l'albumine en très-petite quantité est un phénomène du même ordre, et a été signalé par Martin-Solon au déclin des érysipèles et des pneumonies.

Ainsi donc, je me crois autorisé à considérer cette affection comme une fièvre érysipélateuse à localisations multiples et disséminées. Peut-être ne trouverez-vous pas cette maladie dans les nosologies actuelles. Mais la nature est bien autrement vaste que le cadre étroit de nos classifications; et d'ailleurs les anciens, moins avancés que nous dans la science des détails, mais qui quelquefois avaient une intuition plus juste de l'ensemble, avaient admis cette fièvre.

Quelquefois, des localisations multiples, au lieu de coïncider ou de se partager dans leur succession la durée de la fièvre érysipélateuse, en sont de véritables rechutes, et doublent, triplent même la durée de la maladie.

On peut voir l'érysipèle reparaitre *in situ*, et se montrer à plusieurs reprises dans les parties qu'il avait primitivement envahies, parcourant plusieurs fois, par exemple, toute la périphérie de la tête.

M. Trousseau a depuis longtemps signalé l'extension de l'angine gut-

turale à la peau à travers les fosses nasales, et sa transformation en érysipèle cutané. La même succession a été observée pour la pneumonie.

J'ai vu un malade chez lequel une angine intense, après avoir duré six à sept jours, a été suivie d'une sensation douloureuse le long de l'œsophage, puis bientôt après de douleurs épigastriques et de vomissements; la langue était rouge et sèche, il y avait une fièvre intense et du délire. Six jours après le début de cette gastrite érysipélateuse (car il est difficile de donner un autre nom à cette affection), les symptômes s'apaisent, le pharynx et l'isthme du gosier rougissent de nouveau, une sensation de sécheresse est perçue dans les fosses nasales; puis bientôt, avec un nouveau frisson, éclate un érysipèle de la face qui commence par le nez, et présente sa marche et sa durée habituelles.

Quelle est l'origine de cette fièvre érysipélateuse? Faut-il, comme dans le cas où l'érysipèle succède à l'absorption de liquides infectieux, supposer derrière elle la pénétration dans l'organisme de principes qui lui sont hostiles? Nous ne pouvons encore répondre à cette question d'une manière positive. Cependant, si l'existence de ces agents morbifiques était rejetée avec dédain il y a quelques années, et était regardée comme une rêverie de l'école humoriste, aujourd'hui, l'opinion qui les admet gagne chaque jour du terrain, et les observations modernes ont apporté de nombreux arguments en sa faveur. La contagion de l'érysipèle, qui me semble incontestable, indique qu'il y a dans cette affection autre chose qu'une irritation locale, ou qu'une congestion de nature banale. Elle tendrait même à prouver que cette congestion a un caractère spécifique; car ce sont les maladies spécifiques qui font souche et sont contagieuses.

Les temps humides, variables, l'encombrement, paraissent favoriser le développement de l'érysipèle. En serait-il de même de certaines conditions diathésiques? Les pneumonies m'ont paru assez communes chez les arthritiques. Je ne prétends pas en faire une dépendance de l'arthritisme. Il n'y a rien d'irrationnel, cependant, à admettre que les conditions constitutionnelles, et par conséquent les diathèses, puissent offrir un terrain plus ou moins favorable au développement des maladies accidentelles, comme elles le font pour les maladies parasitaires.