

fois il se manifeste des éruptions successives qui prolongent la durée de l'affection.

On n'a point eu l'occasion de faire l'anatomie pathologique de l'érythème noueux, mais il est très-probable que chaque nœud de l'érythème est produit par une infiltration séreuse ou hémorrhagique dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

ÉTIOLOGIE. — L'érythème noueux est-il en rapport avec le rhumatisme ? peut-on le considérer comme une des formes cutanées de la diathèse arthritique ? On a beaucoup insisté, dans ces dernières années, sur la nature rhumatismale de l'érythème noueux, mais les rapports des deux maladies ne sont pas aussi saisissants qu'on le suppose. Les douleurs articulaires de l'érythème noueux sont loin de s'accompagner toujours du gonflement qu'on voit dans le rhumatisme, et les autres signes que Begbie apporte à l'appui de la nature rhumatismale de l'érythème noueux, sont sans valeur. L'érythème noueux paraît être un exanthème spécial, qui, comme l'érysipèle, n'emprunte rien au rhumatisme.

Cette maladie, plus commune chez l'homme que chez la femme, est rare après trente ans. Son développement semble favorisé par le tempérament lymphatique, par des troubles menstruels, et par le séjour dans un froid humide.

De Gall, chirurgien militaire en Bosnie, a publié (1) la relation intéressante d'une épidémie d'érythème papuleux, qu'il a observée en 1857, sur de jeunes recrues dont l'état physique et moral laissait beaucoup à désirer. L'épidémie ne montra aucune rémission de janvier à septembre.

DIAGNOSTIC. — Il est en général facile de reconnaître l'érythème noueux. Cependant on peut le confondre, selon Bazin (2), avec une sorte d'érythème qu'on observe chez les scrofuleux. Cet érythème strumeux est caractérisé par une plaque ordinairement unique, d'un rouge vineux, plus large que les taches observées dans l'érythème noueux; il est situé à la partie antérieure ou externe des jambes, non douloureux et constitué par une induration uniforme de la peau. La multiplicité et la petitesse des plaques de l'érythème noueux, leur rougeur intense, les douleurs, l'état fébrile, ne permettent point l'hésitation dans ce cas.

Les plaques rouges et saillantes de l'urticaire pourraient mieux être confondues avec celles de l'érythème papuleux, mais dans l'urticaire les plaques sont décolorées à leur centre, de courte durée et très-prurigineuses.

La maladie décrite par Schœnlein sous le nom de *peliosis rheumatica* est assez difficile à rattacher à l'érythème noueux; car dans la péliose il n'est pas rare, dit-on, de voir les individus succomber inopinément à

(1) *Zeitschrift der Wiener Aerzte*, 1858, n° 8, et *Archives de médecine*, 1859, 5<sup>e</sup> série, t. XIII, p. 95.

(2) *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique*, 1860, p. 101.

des hydropisies des cavités abdominale et crânienne. Ce serait alors une sorte de *purpura cachectique* (1).

PRONOSTIC. — L'érythème noueux est, en général, sans gravité; seulement il peut s'accompagner de quelques complications bronchiques plus ou moins sérieuses.

TRAITEMENT. — La maladie guérit presque toujours par l'expectation et par le repos. Cette dernière condition est très-utile, car on voit les éruptions de l'érythème noueux se multiplier et devenir plus intenses à la suite de la marche. On peut hâter la guérison par des bains, quelques boissons délayantes et de légères purgations. Si le malade était d'un tempérament très-sanguin et la douleur fort vive, on se trouverait bien d'une petite saignée au début de l'éruption. On a aussi, comme dans le rhumatisme, prescrit le sulfate de quinine; mais ce médicament ne paraît pas avoir dans ce cas d'action utile.

## § II. — De l'érysipèle.

L'érysipèle est une affection fébrile caractérisée par l'apparition, sur une partie circonscrite de la peau, de plaques rouges, légèrement indurées, qui peu à peu s'étendent en nappe sur les téguments voisins, et dont les limites se dessinent brusquement par un relief assez sensible à la vue. Ces plaques érysipélateuses s'accompagnent d'une chaleur mordicante et d'une douleur que la moindre pression exagère; elles finissent le plus souvent par résolution.

HISTORIQUE. — Les anciens ont confondus sous le nom d'érysipèle un assez grand nombre d'affections où existaient la rougeur, la chaleur et la tuméfaction de la peau; mais ce point d'histoire de la médecine est pour nous sans intérêt. Il faut arriver jusqu'au dernier siècle pour trouver une description satisfaisante de cette maladie, et c'est surtout Fréd. Hoffmann qui la donne (*Œuvres complètes*, édit. Tourdes, t. II, p. 99). La méthode d'observation anatomo-pathologique qui a dirigé la médecine moderne a fait rechercher avec plus de soin qu'on ne le faisait autrefois les signes physiques de l'érysipèle, et a donné lieu à des travaux intéressants qui ont eu le mérite de montrer qu'au point de vue anatomique l'érysipèle avait des caractères tranchés, pathognomoniques, qui ne pouvaient pas le faire confondre avec d'autres inflammations de la peau. Dans ces dernières années on a commencé à étudier avec attention le développement de la même maladie sur les muqueuses, et plusieurs observations d'érysipèle interne, publiées par Gubler, Goupil, Aubrée, Labbé, etc., ont ajouté un important chapitre à l'histoire générale de l'érysipèle.

On a beaucoup écrit sur l'érysipèle, mais un très-grand nombre de ces écrits portent sur la thérapeutique de cette affection et ne servent même

(1) Canstatt und Hensch, *Handbuch der med. Klinik: Specielle Pathologie und Therapie* 3<sup>te</sup> Auflage. Erlangen, 1856, t. III, p. 918.



qu'à montrer la faible influence des moyens médicaux dans le traitement de cette maladie.

Les principaux travaux à consulter sur ce sujet sont les suivants :

GENDRIN, *Histoire anatomique des inflammations*, t. I, p. 420. — BASSEREAU, *Note sur la thérapeutique des érysipèles simples* (*Journ. hebdom. des progrès*, juillet 1834, t. III, p. 83). — VELPEAU, *Leçons orales de clinique chirurgicale ; Érysipèle*, t. III, p. 235. — LEPELLETIER (de la Sarthe), *Traité de l'érysipèle et des différentes variétés qu'il peut offrir*, 1836. — FENGER, *De erysipellate ambulanti disquisitio*. Hafniae, 1842. — GUBLER, *Observ. d'érysipèle interne* (*Mémoires de la Société de biologie*, 1856, p. 40). — LAMARCHE, *De l'érysipèle salutaire* (thèse de Paris, 1856). — AUBRÉE, *De l'érysipèle* (thèse de Paris, 1857). — L. LABBÉ, *De l'érysipèle* (thèse de Paris, 1858). — FENESTRE, *Sur une épidémie d'érysipèle à forme typhoïde observée à l'hôpital Beaujon en 1860* (thèse de Paris, 1861).

L'érysipèle naît spontanément ou à propos d'une lésion quelconque, plaie, brûlure, éruptions furoncleuses; il reste borné aux téguments ou se montre aussi sur les muqueuses, etc. De là vient la division de l'érysipèle en *érysipèle spontané* et *érysipèle traumatique*, en *érysipèle externe* et *érysipèle interne*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'examen cadavérique fournit peu de renseignements sur le siège anatomique de l'érysipèle. Ainsi, dans les érysipèles de faible intensité, on ne rencontre plus sur le cadavre aucune trace de la maladie. Quand l'érysipèle a été plus intense ou a duré plus longtemps, on observe quelquefois, de trente à quarante heures après la mort, des taches violacées, livides, aux points occupés par les plaques érysipélateuses, et l'épiderme se détache plus facilement que sur d'autres parties du corps, quoiqu'il n'ait pas, durant la vie, été soulevé par des phlyctènes. En même temps on remarque une certaine injection du derme, et cette injection s'accompagne quelquefois de petites ecchymoses et d'infiltrations séreuses qui donnent aux téguments une épaisseur et une consistance plus grandes. Si l'on pratique une coupe perpendiculaire du derme au niveau d'une plaque érysipélateuse, on constate que la couche superficielle de cette membrane est distincte des autres, plus épaisse, d'un rouge foncé dû à des vaisseaux reconnaissables ou d'une teinte livide ardoisée dans laquelle on n'isole plus le contour de ces vaisseaux. Cette couche semble formée par une substance gélatiniforme, rougeâtre, qui ne s'en va ni par des lavages ni par la macération. Les injections artificielles et fines de la peau s'arrêtent au pourtour des parties malades et ne les pénètrent pas.

Lorsqu'un érysipèle a reparu plusieurs fois sur un même point de la peau, cette membrane est devenue dure, friable et violacée; les aréoles du derme sont remplies d'une matière plastique qui donne aux téguments beaucoup moins de résistance. Le tissu cellulaire sous-cutané est envahi quelquefois aussi par une infiltration séro-sanguine qui ne disparaît point par de simples lavages.

Quant à préciser exactement le siège de l'érysipèle dans les capil-

laires veineux (Ribes, Copland, Cruveilhier) ou dans les lymphatiques (Blandin), c'est un problème qui attend encore une solution. Certes l'inflammation se propage par les vaisseaux sanguins, mais on ne saurait prouver que dans l'érysipèle certains tissus participent à la phlegmasie, à l'exclusion des autres. Il faut seulement établir tout de suite que l'érysipèle a une physionomie bien distincte des phlegmasies vasculaires que nous étudierons plus loin, sous le nom d'*angioleucite* et de *phlébite*.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'érysipèle peut se montrer sur tous les points de la peau, mais, aux divers âges de la vie, il affecte de préférence certaines parties. Ainsi, chez le nouveau-né, il prend souvent origine autour de l'ombilic, et dans ce cas il n'est pas rare de voir la maladie coïncider avec une fièvre puerpérale chez la mère. L'érysipèle est plus fréquent chez les adultes à la face, chez les vieillards aux membres inférieurs.

L'étude des diverses épidémies d'érysipèle conduit à admettre l'influence de quelque agent infectieux sur la production de cette maladie. Aussi est-on porté à comprendre que l'érysipèle ait un certain temps d'incubation durant lequel l'agent infectieux prépare ses effets nuisibles. Seulement nous sommes encore mal renseignés sur la durée de cette incubation. Fenestre, dont l'attention a été appelée sur ce point dans l'épidémie d'érysipèle qu'il a bien observée à l'hôpital Beaujon, sous la direction du professeur Gosselin, croit pouvoir approximativement évaluer de douze heures à six jours la durée de l'incubation dans les trente-six cas où il l'a recherchée.

Quelques érysipèles naissent sans prodromes, et se continuent presque sans symptômes généraux; mais c'est là une très-rare exception. Le plus souvent, le développement des phénomènes locaux du mal est annoncé par certains signes précurseurs. Ainsi, le malade éprouve quelquefois des frissons erratiques avec des alternatives de chaleur, du malaise, de la céphalalgie, de l'agitation, une soif vive ou de l'anorexie, des nausées, des vomissements ou de la diarrhée, enfin de l'excitation cérébrale ou de l'assoupissement. Ces prodromes durent de deux à trois jours et sont plus accusés dans l'érysipèle spontané que dans l'érysipèle traumatique.

Du côté de la partie sur laquelle l'érysipèle va se développer, on observe parfois une certaine tension, accompagnée d'une chaleur insolite. C'est alors qu'on remarque aussi dans quelques cas une tuméfaction douloureuse des ganglions où aboutissent les lymphatiques de la partie qui va devenir le siège de l'érysipèle. Ce signe, dont Galien parlait déjà, que Hoffmann, Borsieri, J. Frank, ont tour à tour signalé, a été donné par Chomel et Blandin comme un des prodromes de l'érysipèle. Grisolle appuie complètement de son expérience l'opinion de ces médecins, et il a vu ce symptôme devancer la rougeur érysipélateuse de sept, huit et neuf jours.

Cet engorgement ganglionnaire, qui manque assez souvent dans l'érysipèle traumatique, mais qui est une indication précieuse lorsqu'il existe, ne peut pas être absolument considéré comme un des prodromes de



l'érysipèle. En effet, dans l'érysipèle de la face où on l'a surtout étudié, il est souvent la conséquence d'un érysipèle ou d'une légère angioleucite commençante du cuir chevelu, accidents qui ne sont pas toujours faciles à reconnaître à leur début. D'autre part, on sait aujourd'hui que certains érysipèles débutent par les fosses nasales ou le pharynx, et pendant qu'ils restent encore sur les muqueuses de ces régions, ils peuvent déjà amener l'engorgement des ganglions sous-maxillaires. En résumé, dans le plus grand nombre des cas, quand cette adénite existe et semble précéder l'érysipèle de la face, elle suit en réalité un léger érysipèle commençant et peu saisissable du cuir chevelu ou des fosses nasales et du pharynx. Le malade s'aperçoit assez souvent de cet engorgement ganglionnaire par quelques mouvements douloureux : ainsi, dans l'érysipèle de la face, c'est par une certaine gêne dans l'abaissement de la mâchoire que cette adénite se traduit d'abord.

L'érysipèle débute, soit sur les bords d'une lésion traumatique, soit en dehors de toute blessure sur un point quelconque du corps, par une rougeur d'un rose plus ou moins vif, disparaissant sous la pression du doigt et dont les limites sont encore peu précises ; mais bientôt cette couleur devient plus vive en prenant toutefois une teinte fauve ou jaunâtre aux contours du mal qui se dessinent par des lignes festonnées, nettement arrondies. Dans quelques érysipèles du cuir chevelu la teinte de la peau est à peine modifiée. Les bords de l'érysipèle forment un léger relief sensible à la vue et même un peu au toucher ; au delà de cette ligne circonférencielle, les téguments conservent en général leur coloration habituelle. Toutefois, dans les érysipèles qui marchent vite, on distingue, au delà des limites de l'érysipèle, de petites taches rosées, irrégulières, qui se réunissent bientôt pour former une nouvelle plaque érysipélateuse.

Ces lésions s'accompagnent de picotements assez douloureux et d'un sentiment de chaleur sèche, mordicante, dans la surface érysipélateuse. L'élévation de la température, évaluée de 4 à 5 degrés au-dessus de celle des autres points du corps, n'est pas en rapport avec la sensation du malade. Tous ces phénomènes s'exagèrent sous l'influence du moindre contact.

La symptomatologie de l'érysipèle varie un peu suivant les régions atteintes : ainsi, dans celles où le tissu cellulaire est lâche, comme aux paupières, aux grandes lèvres, aux bourses, il se manifeste souvent un œdème considérable qui exagère le volume de ces parties et rétrécit certaines ouvertures naturelles. Cet œdème est quelquefois surmonté d'une éruption de petites vésicules (*érysipèle miliaire*) disposées par groupes, comme dans l'eczéma ; ailleurs ce sont des phlyctènes plus larges (*érysipèle phlycténoïde*), remplies d'un liquide séreux ou purulent, ou coloré en noir par du sang. Dans ce dernier cas, les phlyctènes se dessèchent au bout de peu de jours et laissent à leur place des croûtes au-dessous desquelles on trouve parfois des ulcérations superficielles.

L'érysipèle exerce une certaine influence sur les plaies autour des-

quelles il se développe. Quand cette inflammation envahit une plaie où l'on a tenté la réunion immédiate, un des premiers effets de cet accident est la désunion des parties. Tant que dure l'érysipèle, les tissus restent tuméfiés, les bords de la solution de continuité renversés, et aucun travail réparateur ne s'y manifeste. Si la plaie est en voie de suppuration lorsque l'érysipèle apparaît, la nature du pus change ; il devient séreux, âcre, et ne reprend que plus tard ses bonnes qualités.

Quand l'érysipèle se montre sur un point du corps, on voit quelquefois disparaître certains des phénomènes prodromiques dont nous avons déjà parlé ; mais très-souvent aussi la maladie s'accompagne des mêmes symptômes généraux, qui persistent autant de temps qu'elle. Alors toute la peau est sèche et chaude, le pouls monte de 80 à 120, et cette élévation fébrile de la chaleur est de temps en temps interrompue par des frissons. La soif est vive et l'appétit perdu. Le malade se plaint de nausées, de vomissements, et quelquefois d'une diarrhée qui peut laisser supposer quelque trouble érysipélateux du côté des muqueuses digestives. Il existe encore, même dans les érysipèles qui n'envahissent pas la tête, une céphalée souvent fort intense. Les fonctions respiratoires sont parfois troublées, et il n'est pas rare de voir les malades se plaindre d'une oppression vive que rien n'explique. La fièvre qui accompagne l'érysipèle revêt des formes variées suivant le génie épidémique du moment et aussi selon la constitution du sujet. Cette fièvre à paroxysmes souvent nocturnes qui correspondent, selon Aubrée, à de nouvelles poussées vers la peau, peut prendre les différents caractères de fièvre inflammatoire chez les individus jeunes et robustes ou de fièvre adynamique chez des personnes affaiblies ou convalescentes de quelque maladie antérieure.

La marche et la durée d'un érysipèle n'ont rien de fixe ; mais il n'en est pas de même d'une plaque érysipélateuse en particulier. Chaque plaque, en effet, atteint son maximum d'intensité au bout de trois jours, puis elle subit un mouvement de retrait, tandis qu'à côté d'elle une autre plaque prend naissance et passe par les mêmes phases. Ainsi, rosée d'abord, cette plaque érysipélateuse acquiert, en trois ou quatre jours au plus, une très-vive rougeur ; puis cette surface pâlit, se ride, se couvre même d'écailles épidermiques qui s'exfolient peu à peu et au-dessous desquelles on trouve un nouvel épiderme mince et rosé. La peau ne reprend pas tout de suite ses propriétés normales ; elle reste quelque temps encore jaunâtre, un peu plus épaisse, et parfois troublée dans son innervation (hyperesthésie, anesthésie) ; enfin peu à peu tous ces phénomènes finissent par s'éteindre. C'est par la succession de ces diverses plaques qu'on peut apprécier la durée d'un érysipèle qui en général ne dépasse guère quinze jours. Des relevés faits dans les cliniques de Louis (1) et de Velpeau, dans des observations publiées par Piachaud (2), Aubrée, etc., donnent de

(1) *Gazette médicale*, 1831, p. 225.

(2) *Archives de médecine*, septembre 1852.



sept à dix jours comme limites habituelles de la durée d'un érysipèle.

Quand, au bout de ce temps, la fièvre tombe, on voit l'érysipèle s'éteindre sur presque tous les points à la fois. De telle sorte que les dernières plaques érysipélateuses mettent moins de temps que les premières à subir leur évolution.

VARIÉTÉS DE L'ÉRYSIPELE. — L'érysipèle est tantôt *fixe*, c'est-à-dire qu'il reste circonscrit dans la région où il s'est d'abord montré; tantôt *ambulant*, et il fournit alors des traînées qui s'étendent dans différents sens. On désigne sous le nom d'*érysipèle erratique* une phlegmasie érysipélateuse, instable, qui saute d'un point à l'autre, et peut ainsi parcourir plus ou moins rapidement une grande étendue du corps.

On a beaucoup multiplié les espèces d'érysipèle, et Lepelletier (de la Sarthe), dans son mémoire, en a admis jusqu'à quatorze. Nous ne ferons que rappeler les noms de quelques-unes. Tantôt, pour caractériser cette maladie, on s'est servi de la notion de cause (*E. traumatique*) ou de la notion de nature (*E. bilieux, typhoïde*); tantôt on a voulu rappeler quelque symptôme de la maladie (*E. vésiculeux, gangréneux, ulcéreux*), ou un certain mode de propagation (*E. périodique, erratique*), etc., etc. On a désigné sous le nom d'*érysipèle externe* celui qui, du commencement à la fin, reste limité aux téguments, et d'*érysipèle interne* celui qui a débuté par quelque cavité muqueuse ou a fini par s'y propager. Il y a encore d'autres sortes d'érysipèles admises par certains auteurs, mais qui doivent disparaître du cadre de cette maladie. De ce nombre est l'*érysipèle veineux*, signalé par Sanson : c'est une sorte de phlegmasie déclive qui se montre surtout aux jambes des vieillards, et qui paraît avoir son siège à la fois dans les téguments et dans le réseau veineux sous-cutané. Sa terminaison par ulcération, par gangrène, la série de symptômes et de lésions analogues à ceux de l'infection purulente, font pour nous, de l'érysipèle veineux, une phlegmasie tout à fait distincte de l'érysipèle ordinaire.

Toutes ces variétés de l'érysipèle ne doivent pas faire oublier que nous avons ici sous les yeux une même maladie, une entité pathologique distincte de l'inflammation diffuse du tissu cellulaire et de l'angioleucite. Mais cela bien admis, il ne peut qu'être utile de signaler les principales variétés de forme que peut offrir l'érysipèle. Ainsi au point de vue des phénomènes généraux, concomitants, il importe de distinguer avec soin trois formes de cette affection. On peut observer l'érysipèle à forme franchement inflammatoire, dans lequel le mouvement fébrile est celui des affections aiguës, vives; l'érysipèle qui s'accompagne de troubles gastro-intestinaux et hépatiques, où la bouche est amère, la langue sale, et où prédominent encore les vomissements, la diarrhée, la suffusion ictérique de la peau; enfin l'érysipèle adynamique, typhoïde, où le pouls est faible, petit, intermittent, la langue sèche, brune ou noirâtre, tremblante, les gencives fuligineuses, la prostration profonde. Dans cette forme d'érysipèle, bien observée par Fenestre durant l'épidémie qui a sévi en 1860 à l'hôpital Beaujon, on voyait encore de la diarrhée, de la rétention

d'urine. Le coma et la mort survenaient avec l'appareil symptomatique des affections typhoïdes sans qu'on trouvât les lésions intestinales caractéristiques de la dothiéntérie.

Le siège de l'érysipèle modifie assez certains symptômes de la maladie pour qu'on doive dire quelques mots des variétés qui en résultent. Ainsi, l'*érysipèle du cuir chevelu*, bien plus souvent traumatique ou consécutif à celui de la face que spontané et primitif, doit à son siège d'être quelquefois méconnu : la rougeur fait ici à peu près complètement défaut, et, en écartant avec soin les cheveux qui recouvrent la tête, on trouve à peine une différence entre la coloration des parties érysipélateuses et celle des parties voisines. On n'arrive à reconnaître la maladie que par la douleur spontanée et provoquée par la pression dans un certain point de la tête, par l'œdème de la partie douloureuse, par le gonflement fréquent des ganglions lymphatiques du cou et par la desquamation qui survient plus tard.

L'*érysipèle de la face* débute presque toujours par le nez, et s'étend de là sur les joues. Aubrée prétend que lorsqu'il commence par une joue, il s'avance d'abord vers la ligne médiane, et, quand il a atteint l'autre joue, il marche à peu près symétriquement sur les côtés. L'œdème érysipélateux des paupières et des lèvres donne au visage une expression hideuse.

L'*érysipèle du tronc* n'offre de particulier que sa marche, qui est tantôt régulièrement verticale, tantôt horizontale.

L'*érysipèle des membres*, surtout celui des membres inférieurs, détermine quelquefois un œdème considérable qui peut donner lieu à de la fluctuation. Quand il traverse des régions articulaires, il peut propager à la synoviale une phlegmasie légère, et ainsi se forme un épanchement dans les articulations dont la peau voisine est le siège d'un érysipèle.

L'*érysipèle des nouveau-nés*, qui commence en général du quatrième jour à la sixième semaine, et qui, comme nous l'avons déjà dit, coïncide assez souvent avec des accidents puerpéraux chez la mère, se montre presque toujours autour d'une solution de continuité, comme la plaie ombilicale par exemple. Sa forme est erratique; il s'étend souvent sur une grande surface et perd peu à peu de sa couleur, de telle sorte que sur certains points on le reconnaît à peine à sa teinte pâle. Les troubles généraux qui l'accompagnent sont, en général, fort graves.

La distinction de l'érysipèle en *externe* et *interne* tend de plus en plus à s'établir, et doit être conservée. La notion de l'érysipèle interne a toujours été dans la science depuis Hippocrate, mais elle y était sous une forme vague. Ainsi l'aphorisme : « Il est fâcheux qu'un érysipèle répandu au dehors rentre en dedans, mais avantageux que du dedans il vienne au dehors » (aph. 25, sect. VI, édit. Littré, t. IV, p. 569) témoigne seulement de la possibilité de voir une affection viscérale profonde succéder à une rougeur de la peau, qui souvent n'était pas ce que nous connaissons maintenant sous le nom d'érysipèle. Il suffit de parcourir les traités de médecine ancienne pour se convaincre promptement de cette confusion.



Aujourd'hui, avec les notions plus exactes que nous possédons sur l'érysipèle, cette confusion est moins facile.

Bayle (1) et Bouillaud (2) avaient déjà signalé des cas d'œdème aigu de la glotte faisant suite à l'érysipèle du visage, mais c'est Gubler qui a appelé récemment sur ce point intéressant de pathologie l'attention des médecins. Il a d'abord inséré dans la thèse de Lailler sur l'œdème du larynx (thèse de Paris, 1848), deux faits intéressants d'érysipèle interne, et depuis cette époque les cas de ce genre se sont multipliés. On peut particulièrement citer ceux qui ont été publiés par Gubler (3), Goupil (4), Aubrée et Labbé. On trouvera, dans les thèses de ces deux derniers médecins, de bonnes indications sur ce point, quoique certains faits rassemblés dans le premier de ces travaux puissent recevoir une interprétation différente.

On admet aujourd'hui l'existence d'érysipèles internes primitifs et d'érysipèles internes consécutifs à l'érysipèle cutané. Ces derniers se développent, soit par continuité, soit par déplacement de l'érysipèle externe sur la muqueuse digestive, sur celle des voies respiratoires et même sur les séreuses. Mais on n'a bien étudié encore que le mode de propagation de l'érysipèle de la face à la bouche ou aux fosses nasales, et réciproquement. La marche de l'affection dans ces cas peut s'opérer de différentes façons : le plus souvent l'érysipèle se propage directement de la peau à la membrane muqueuse ; d'autres fois il débute par la membrane muqueuse, et s'étend à la peau. Goupil cite des cas de coryza suivi d'érysipèle de la face, et c'est par les points lacrymaux, selon lui, que la phlegmasie a fait explosion à l'extérieur. Gubler et Aubrée croient avoir vu l'érysipèle débiter par les bronches. Dechambre (5) a rapporté l'observation très-intéressante d'un érysipèle marchant de dedans en dehors à travers l'oreille, c'est-à-dire prenant naissance dans le pharynx, et jetant par les trompes d'Eustache pour ainsi dire deux bras qui, après avoir traversé l'oreille moyenne, reparurent dans les conduits auditifs externes pour gagner les joues, marcher à la rencontre l'un de l'autre, et se rejoindre sur le nez et la ligne médiane du front. La symétrie de l'érysipèle dans ce cas rappelle un fait observé par Graves (6) : c'est l'histoire d'un érysipèle survenu chez un jeune homme à la suite de l'application d'un séton, et qui a présenté pendant son cours un exemple remarquable de symétrie. Cet érysipèle, parti du cou, a parcouru presque tout le tronc et offert

(1) Mémoire sur l'œdème de la glotte ou angine laryngée œdémateuse (Nouveau Journal de médecine, 1819, t. IV, p. 3).

(2) Recherches et observ. pour servir à l'histoire de l'angine laryngée œdémateuse (Archives de médecine, 1825, t. VII, p. 174).

(3) Mémoires de la Société de biologie, 1856, p. 40.

(4) Mémoire lu en 1859 à la Société d'observation.

(5) Gaz. hebdom., 1858, p. 851.

(6) Dublin Journal of Med. Sciences, 1834.

constamment la même variation de forme des deux côtés de la ligne médiane en avant comme en arrière.

L'érysipèle interne peut naître sur une muqueuse saine ou sur une muqueuse qui est le siège d'une plaie ou d'une ulcération. Quoi qu'il en soit, on trouve là presque tous les signes de l'érysipèle cutané, et les seules différences tiennent à la texture des muqueuses.

La surface muqueuse atteinte est d'un rouge vif uniforme, non piquetée, un peu rugueuse au toucher. Chaque plaque érysipélateuse est douloureuse à la pression, luisante, quelquefois recouverte de bulles ou de pellicules opalines, blanchâtres, qui se détachent comme une peau de baudruche ; elle dure de trois à quatre jours, et quand elle disparaît, elle laisse une teinte brune et un aspect de sécheresse qui s'annonce par une aridité de la gorge.

On voit ces plaques se déplacer, et dans leur marche produire des troubles variés. Si la maladie se propage de la gorge au larynx, on constate tous les signes de l'œdème de la glotte. Dans l'observation remarquable de Dechambre, on observe d'abord les signes d'une angine, plus tard des étourdissements, des douleurs vives dans les oreilles, jusqu'au moment où l'érysipèle vient se faire jour au dehors sur le pavillon de l'oreille. Aubrée rapporte (page 37 de sa thèse) un cas où l'érysipèle, après avoir parcouru l'arrière-gorge, parut se propager vers l'œsophage et l'estomac. Cette propagation fut annoncée par la sensation de brûlure qui accompagnait la déglutition et le passage des boissons dans l'œsophage. Des vomissements précédés de crampes, de pincements vers l'épigastre, de nausées, firent croire aussi à la descente de l'érysipèle vers l'estomac. Le malade a guéri.

Les lésions anatomiques des muqueuses atteintes d'érysipèle sont à peu près celles de la peau. On y trouve des plaques d'un rouge violacé qui ne s'effacent pas sous une macération prolongée. L'épithélium disparaît en ces points assez facilement.

TERMINAISON DE L'ÉRYSIPIÈLE. — La terminaison habituelle de l'érysipèle est la résolution. Quelquefois la maladie finit par des abcès disséminés çà et là sur différents points de la surface érysipélateuse. Ces abcès, qui paraissent occuper les aréoles du derme et dont le développement est masqué par les autres phénomènes de l'érysipèle, ont une marche très-rapide, donnent lieu à une petite quantité de pus rougeâtre et se ferment vite. On les voit assez souvent dans le tissu cellulaire des paupières ; au cuir chevelu, la suppuration décolle parfois les téguments dans une grande étendue. L'intime connexion des vaisseaux avec la peau permet de comprendre alors comment les téguments peuvent rester décollés dans une grande surface sans se sphaceler. Landouzy a observé un érysipèle de la face et du cuir chevelu à la suite duquel il s'est produit soixante petits abcès superficiels sur différents points du corps, même là où l'érysipèle n'avait pas existé.

L'érysipèle se termine quelquefois par gangrène chez des vieillards