

hydropisie assez rare est subite dans son développement, indépendante de la détermination rénale et de l'albuminurie; elle est sans gravité, et disparaît au bout de quelques jours, après une diarrhée, une diurèse ou une diaphorèse abondante. Pour cette variété d'anasarque qui est sans rapport aucun avec la précédente, l'étiologie *a frigore* peut souvent être établie; ailleurs la genèse reste obscure, et l'on ne peut invoquer que les modifications produites dans les capillaires cutanés par l'exanthème et surtout par la desquamation (voyez t. I).

Il résulte de cet exposé que la scarlatine ne permet aucune formule générale de pronostic; la gravité varie dans chaque cas selon les allures de la maladie, selon ses localisations (*reins, cœur, lésions valvulaires consécutives*) et aussi selon les conditions spéciales du malade. Il n'en est pas autrement dans la *scarlatine dite puerpérale*, qui atteint les femmes en couches, et c'est bien à tort qu'on lui a assigné un pronostic nécessairement funeste.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic avec les autres FIÈVRES ÉRUPTIVES, avec le RASH SCARLATINIFORME de la variole et de la vaccine, a été exposé, je n'y reviens pas. Certains érythèmes généralisés pourraient induire en erreur, mais il suffit vraiment d'être prévenu du fait et de tenir compte des conditions étiologiques pour éviter la faute; les principaux de ces ÉRYTHÈMES SCARLATINIFORMES sont ceux de la *diphthérie*, du *choléra*, du *typhus*, enfin la *pseudo-scarlatine* avec angine et dilatation pupillaire, que provoque chez certains individus l'usage de la *belladone*.

TRAITEMENT.

Les indications du traitement, les moyens de les remplir, sont les mêmes que dans la rougeole, et je ne pourrais, sans d'inutiles redites, les reproduire ici; je ferai remarquer seulement que dans les formes nerveuses et typhiques, la nécessité des AFFUSIONS FROIDES est bien plus impérieuse que dans l'empoisonnement rubéolique, en raison de la rapidité plus grande avec laquelle surviennent les accidents mortels. — Les déterminations locales, angine, phlegmon, inflammations viscérales, doivent être traitées d'après les règles ordinaires; l'origine scarlatineuse n'impose d'autre indication que l'abstention de tout moyen spoliateur, et l'administration des toniques et des stimulants, en raison de l'adynamie que produisent toujours ces divers accidents, pour peu qu'ils soient graves. — Légère et transitoire, l'albuminurie n'exige aucune médication spéciale; lorsqu'elle est liée à une néphrite soit catarrhale, soit fibrineuse, le traitement ne

diffère pas de celui qui a été exposé précédemment; la médication lactée en est l'agent le plus puissant, le plus rapidement efficace. Il en est de même pour l'anasarque scarlatineuse simple, sans albuminurie et sans néphrite.

En toute condition, la convalescence sera attentivement surveillée; une fois la desquamation établie, le malade prendra, dans sa chambre, quelques bains tièdes, de deux en deux jours, et quand la desquamation est complètement achevée, c'est-à-dire quand il n'y a plus vestige de lambeaux épidermiques ni aux mains, ni aux pieds, ni au visage, le convalescent peut sortir et reprendre peu à peu la vie commune. Quand la scarlatine est régulière, sans néphrite, sans complications, ce moment correspond, en moyenne, au début de la quatrième semaine après l'apparition de l'exanthème.

CHAPITRE V.

ÉRYSIPELE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

L'érysipèle (1) est une maladie exanthématique fébrile, dont l'exanthème, à marche extensive, est caractérisé par l'aspect lisse et luisant des tégu-

(1) SENNERT, SYDENHAM, HOFFMANN, BORSIERI, VOGEL, J. P. FRANK.

Traité de chirurgie, Dictionnaires de médecine, Traité des maladies de la peau.
SCHENK, *Diss. de febre erysipelatode*. Iona, 1666. — RICHTER, *De erysipelate*. Götting., 1774. — SCHRÖDER, *De febribus erysipelatosi*, Götting., 1771. — HOFINGER, *De volatica seu erysipelate vago*. Wicz, 1789. — THIERENS, *De erysipelate*. Leiden, 1790. — GERGENS, *De erysipelatis, febrisque erysipelatosæ causa materiali*. Mainz, 1792. — FOWLE, *De febre erysipelatosæ*. Edinburghi, 1791. — WINKEL, *Aphorismi de cognoscendo et curando erysipelate*. Erlangen, 1794. — FERNE, *De diversa erysipelatis natura*. Frankfurt a. d. Oder, 1795.

RENAUDIN, *Diss. sur l'érysipèle*. Paris, 1802. — UNGEWITTER, *De pseudo-erysipelate*. Berlin, 1824. — KISTENMACHER, *De erysipelate*. Halle, 1827. — HUTCHINSON, *Pract. Obs. on Surgery*. London, 1826. — LAWRENCE, *Med.-chir. Transact.*, XIV. — GIBSON, DOBSON, COPLAND, *Med.-chir. Review*, 1828. — LEPELLETIER, *Des différentes espèces d'érysipèle et de leur traitement*. Paris, 1836. — NAUMANN, *Handb. der med. Klinik*. Berlin, 1832. — GRAVES, LEBERT, WUNDERLICH, *loc. cit.* — TROUSSEAU, *loc. cit.* — PLOREY, *Gaz. méd. Paris*, 1833. — MALLE, *Eodem loco*, 1833. — LORAIN, *De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né*, thèse de Paris, 1855. — LABBÉ, *De l'érysipèle*, thèse de Paris, 1858. — AUBRÉE, *Thèse de Paris*, 1859. — HEDRA, *loc. cit.* — A. DESPRES, *Traité de l'érysipèle*. Paris, 1862. — CORNIL, *Obs. pour servir à l'histoire de l'érysipèle du pharynx*. Paris, 1862. — OPPOLZER, *Ueber Erysipelas* (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 1862). —

ments, et par les quatre symptômes traditionnels de l'inflammation : rougeur, chaleur, douleur, tumeur.

L'érysipèle possède une transmissibilité bien moins puissante que celle des fièvres éruptives, mais suffisante pourtant pour donner lieu, dans mainte circonstance, à la diffusion épidémique. Par là, l'érysipèle se rapproche incontestablement des maladies zymotiques; il s'en reproche, en outre, par la marche régulière et le cycle défini qu'il présente, lorsqu'il est primitif et spontané, et par suite, dégagé de toute influence propre

BOURGOGNE, *De l'érysipèle considéré comme une fièvre exanthématique essentielle* (Journ. de méd. de Bruxelles, 1862-1863). — VIDAL, *Gaz. méd. Paris*, 1862. — THOMAS, *Archiv der Heilk.*, 1864. — J. SIMON, *Union méd.*, 1864. — ROSE, *the Lancet*, 1864. — MAGNE, *Du délire dans l'érysipèle de la face* (Montpellier méd., 1864). — LARCHER, *Des ulcérations intestinales dans l'érysipèle* (Arch. gén. de méd., 1864). — CIURE, *De l'érysipèle du pharynx*, thèse de Paris, 1864.

J. SIMON, *Érysipèle du pharynx, du larynx et des bronches* (Arch. gén. de méd., 1865). — MARTIN, *De la contagion dans l'érysipèle*, thèse de Paris, 1865. — EULENBURG, *Ueber prämortale und postmortale Steigerungen der Eigenwärme bei Erysipelas* (Centralbl. f. d. med. Wissens., 1866). — LARREY, *Bullet. Acad. méd.*, 1866. — PONFICK, *Ueber die path. anat. Veränderungen der innern Organe bei tödtlich verlaufenden Erysipelen* (Deutsche Klinik, 1867). — DAUDÉ, *Traité de l'érysipèle épidémique*. Paris, 1867. — METTENHEIMER, *Zur Naturgeschichte des Erysipelas* (Arch. f. klin. Med., 1868). — WEBER, *Ueber das epidemische Vorkommen der Rose* (Verhandl. des Naturhist. med. Vereins zu Heidelberg, 1868). — VOLKMANN und STEUDNER, *Zur path. Anat. des Erysipelas* (Centralblatt f. die med. Wissenschaften, 1868). — DION, *Thèse de Paris*, 1869. — SCHUTZENBERGER, *Du traitement abortif de l'érysipèle* (Gaz. méd. Strasbourg, 1869).

BOUVILLOIS, *De la nature et de l'étiologie de l'érysipèle*, thèse de Strasbourg, 1869. — LOYSEL, *De l'érysipèle épidém.* Paris, 1869. — FERROUD, *Du sulfate de quinine, etc.* (Ann. de dermat. et de syphilogr., 1870). — FOX, *The Nature of erysipelas* (Philad. med. and surg. Rep., 1870). — PIAZZA, *Cura abortiva della erysipela col silicato di potassa* (Gazz. clin. di Palermo, 1870). — HEYFELDER, *Beitrag zur Lehre von Erysipelas* (Berlin. klin. Wochen., 1870).

BROADBENT, *Herpes frontalis giving rise to contagious erysipelas* (Brit. med. Journ., 1871). — RITCHIE, *Même sujet* (Eodem loco, 1871). — RITZMANN, *Eitrige Gelenkentzündungen im Verlauf von Erysipel* (Berlin. klin. Wochen., 1871). — ROUDE, *Eodem loco*, 1871.

JACCOUD, *Clinique de l'hôp. Lariboisière*. Paris, 1872. — FOLET, *Bullet. méd. du nord de la France*, 1872.

VON KACZOROWSKI, *Ueber Behandlung des Erysipelas* (Berlin. klin. Wochen., 1872). — SEGUIN, *Two cases of erysipelas obs. with the fever and surface thermometers* (New-York med. Record., 1872). — PYLEGER, *Beob. über Erysipelas migrans* (Med. Centralblatt, 1872). — NICOLUCCI, *Il Raccogliatore medico*, 1873. — MONTEPOSCI, *Eodem loco*. — DAVIL, *Erysipelas attended with albuminuria* (Philad. med. and surg. Rep., 1873). — RAYNAUD, *De la nature de l'érysipèle et de ses relations avec les maladies infectieuses* (Union méd. — Gaz. hebdom., 1873). — FERÉOL, *Note sur la nat. et le trait. de l'érysipèle* (Union méd., 1873). — PAJOS, *De l'épidémicité et de la contagion de l'érysipèle*

à en voiler ou à en dévier les allures naturelles; dans ces mêmes conditions, l'exanthème est précédé de symptômes généraux qui rappellent la période d'invasion des fièvres éruptives, c'est là une analogie de plus. En revanche, l'érysipèle ne confère aucune immunité, les récives sont, au contraire, faciles et fréquentes, à ce point que, chez certains individus, cette maladie devient une véritable habitude organique.

Le contagion ou poison qui engendre l'érysipèle est totalement inconnu, le mode et les conditions de la transmission sont également ignorés, mais l'existence même du poison et sa diffusibilité sont démontrées par la forme épidémique de cet exanthème, qui domine souvent, durant des mois entiers, toute la constitution médicale.

Les conditions étiologiques plaident également en faveur de cette présomption pathogénique. Les CAUSES EXTERNES sont le traumatisme dans toutes ses formes, depuis la piqûre de la saignée et de la vaccine jusqu'à l'amputation et à la plaie utérine de l'état puerpéral; les irritations de la peau sans solution de continuité (brûlures superficielles, insolation). Les CAUSES INTERNES sont les cachexies (lésions cardiaques, mal de Bright, diabète), les maladies aiguës graves, notamment le typhus et la pyémie; enfin le travail spontané de l'organisme, cause de beaucoup la plus fréquente de l'érysipèle non traumatique. Or, abstraction faite de cette dernière catégorie, qui n'apprend rien ni pour ni contre la question en litige, nous voyons les autres causes, tant internes qu'externes, ne provoquer l'érysipèle qu'à certains moments, durant un temps variable après lequel les mêmes influences étiologiques restent sans effets. En revanche, pendant que règne la maladie, elle frappe des individus qui n'ont été soumis à aucune des causes précitées, et qui ont simplement vécu dans la même atmosphère que les malades primitivement atteints. On a expliqué ces faits

(Bordeaux méd., 1873). — JACCOUD, *Sur les phlegmasies cardiaques liées à l'érysipèle de la face* (Gaz. hebdom., 1873). — ANGERHAUSEN, *Ueber eitrige Gelenkentzündungen in Folge von Erysipelas*. Halle, 1873. — SAVORY, *Clin. lect. on erysipelas* (Brit. med. Journ., 1873). — LORDEBEAU, *Sur certains cas d'angioleucite suppurée coïncidant avec l'érysipèle* (Journ. de l'anat. et de la phys., 1873).

SEVESTRE, *Des manifestations cardiaques dans l'érysipèle de la face*, thèse de Paris, 1874. — LUKOMSKY, *Virchow's Archiv*, LX, 1874. — HILLER, *Der erysipelatöse Entzündungsprozess* (Berlin. klin. Wochen., 1874). — CADIAT, *Sur l'érysipèle phlegmoneux* (Journ. de l'anat. et de la physiol., 1874). — LUTZ, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1874. — LUEHE, *Zur Aetiologie der Rose* (Eodem loco). — ERICHSEN, *Lect. on hospitalism* (Brit. med. Journ., 1874). — HUTCHINSON, *Eodem loco*. — TIBBITS, *The Lancet*, 1874. — ALLAN, *Med. Times and Gaz.*, 1874. — GLEASON, *Boston med. and surg. Journ.*, 1874. — MAPOTHER, *The Nature of erysipelas* (Med. Press and Circular, 1874). — GREENE, *Eodem loco*. — STEWART, *Erysipelas during the puerperal condition* (Brit. med. Journ., 1874). — REID, *Même sujet* (Eodem loco). — AUFRECHT, *Zur Therapie des Erysipelas vermittelt subcutaner Injectionen von Carbonsäure* (Centralbl. f. d. med. Wissens., 1874).

JACCOUD. — Path. int., 6e édit.

par la prédisposition variable des sujets; c'est ce qu'entendait Chomel, quand il professait que le traumatisme et toutes les autres influences causales ne sont que des causes occasionnelles, et que, dans les cas où elles sont réellement suivies d'érysipèle, il faut admettre une cause inconnue, qui est la prédisposition. Cette explication est acceptable pour les individus isolés, pour les cas sporadiques; mais pour les épidémies elle est insuffisante, et je crois être plus près de la vérité en admettant comme condition *sine qua non* de la maladie un poison à diffusion plus ou moins puissante. Que ce poison puisse être engendré par l'organisme sans transmission préalable, la chose est certaine, et l'érysipèle se comporte en cela comme le typhus abdominal. — Qu'il sévisse sur des blessés, sur des femmes en couche ou sur des individus sains, l'érysipèle épidémique est puissamment favorisé par la malpropreté, et par les conditions mauvaises qui résultent de l'encombrement et du défaut d'aération.

Observé à tout âge, l'érysipèle spontané a son maximum de fréquence de vingt à quarante-cinq ans (Nauman); il est un peu plus commun chez la femme que chez l'homme, plus fréquent aussi au printemps et à l'automne que dans les autres saisons.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Au point de vue anatomique, l'érysipèle n'est ni une lymphangite, ni une phlébite, ni un érythème; c'est une DERMATITE EXUDATIVE caractérisée par une fluxion et une rougeur intenses, et par un exsudat qui occupe l'épaisseur du derme, le tissu sous-cutané, et souvent aussi les couches sous-épidermiques; ce qui explique la formation possible de vésicules, de bulles ou de pustules (Hebra). Cet EXUDAT n'est pas simplement séro-fibrineux, comme on l'a cru jusqu'en ces derniers temps; les recherches récentes de Volkmann et Steudner ont appris qu'il renferme une quantité considérable d'éléments cellulaires tout à fait semblables aux globules blancs du sang ou du pus; ces globules, que les observateurs cités rapportent (selon la théorie de Cohnheim) à une émigration extra-vasculaire, s'épanchent avec rapidité, et dès le début de la dermatite, dans toutes les couches de la peau, notamment dans les profondes, et dans le tissu sous-cutané. L'involution de ces éléments est très-prompte; lorsque la rougeur de la peau commence à pâlir vers le troisième jour, ils sont déjà transformés en débris fins et granuleux, et à partir du quatrième jour on peut n'en retrouver aucune trace. Il est vraisemblable que ces produits sont en partie repris par les lymphatiques, et ces phénomènes peuvent éclairer la pathogénie des abcès et des adénites (suppurées ou non) qui sont fréquemment observés dans le cours ou à la suite de l'érysipèle.

La dermatite est souvent précédée d'une lymphangite, et l'inflammation peut être suivie, dans son extension, des vaisseaux lymphatiques aux autres éléments du derme; dans les cas de ce genre, l'engorgement des ganglions correspondants précède toute rougeur appréciable des téguments. Lorsque la phlegmasie cutanée est d'emblée totale, les lymphatiques sont intéressés comme les autres éléments, et l'engorgement ganglionnaire ne précède plus la rougeur, il la suit de près; il résulte de là que l'adénite est un caractère constant de l'érysipèle. Les petites veines comprises dans la région enflammée participent également à la phlogose, au moins dans leur couche externe (exophlébite); ce phénomène passe ordinairement inaperçu, parce qu'il ne produit aucun accident qui lui soit spécial, mais dans quelques circonstances il s'accuse par une série d'effets qu'il importe de connaître: des THROMBOSES ont lieu dans les veines de la région malade, et ces caillots peuvent être le point de départ d'embolies pulmonaires, ou bien, par extension de la coagulation, la thrombose peut gagner des veines volumineuses et donner lieu, suivant le siège, à des gangrènes ou à des nécrobioses; de là, par exemple, l'obturation des sinus et le ramollissement cérébral, dans certains érysipèles de la face et du cuir chevelu. La débilité et le marasme favorisent puissamment les coagulations veineuses (voy. t. I); aussi les malades qui présentent ces mauvaises conditions organiques sont-ils particulièrement exposés aux thromboses secondaires de l'érysipèle. Dans les mêmes circonstances, la phlegmasie cutanée peut aboutir à la gangrène, en raison de la faible vitalité des téguments, dont la circulation et la nutrition sont parfois depuis longtemps compromises; cette terminaison, rare dans l'érysipèle primitif, est extrêmement fréquente chez les individus affectés de lésion cardiovasculaire, de mal de Bright ou de diabète.

Le rapprochement que j'ai établi entre l'érysipèle et les maladies zymotiques est justifié par les LÉSIONS VISCÉRALES signalées par Ponfick à la suite des érysipèles graves; ces lésions sont des altérations parenchymateuses consistant essentiellement dans la dénégérescence (*tuméfaction trouble*) du foie, des reins, de la rate, et des muscles du cœur et du tronc; dans bon nombre de cas, il y a des lésions analogues dans l'épithélium des vaisseaux viscéraux ou autres, tant artériels que veineux. Comme lésions inconstantes, le même auteur signale la pneumonie, la pleurésie, la parotidite, et surtout l'entérite avec infiltration ou ulcération des glandes solitaires et des plaques de Peyer. Les recherches anatomiques faites par Ponfick sous la direction de Weber n'ont porté que sur des érysipèles chirurgicaux (épidémie d'Heidelberg en 1866); mais la similitude de ces lésions et de celles qui caractérisent les maladies typhiques autorise l'application de ces données à l'érysipèle spontané.

L'érysipèle de la face est parfois précédé ou accompagné de FLUXIONS INTERNES qui occupent soit les muqueuses voisines (*bouche, pharynx*),

soit des muqueuses plus éloignées (*bronches*), soit même les *séreuses cardiaques*, ainsi que j'en ai rapporté un exemple (voyez t. I, et fig. 25). Tantôt ces fluxions s'effacent lorsque l'exanthème est pleinement développé, c'est le cas le plus ordinaire; tantôt elles persistent et ne s'éteignent qu'avec l'érysipèle lui-même, c'est ce qui eut lieu dans l'endo-péricardite que j'ai observée. Ces fluxions, que Frank qualifiait déjà d'érysypélateuses, constituent l'érysipèle interne de quelques auteurs (Reil, Gubler, Gull).

En tant que phlegmasie cutanée, l'érysipèle se termine dans la grande majorité des cas par *résolution* avec desquamation lamelleuse; plus rarement il présente la disparition brusque appelée *délitescence*; enfin il peut exceptionnellement aboutir à la *gangrène* ou à la *suppuration*. Dans ce dernier cas, il semble, comme l'a dit Walschmann, que l'érysipèle ait créé une véritable diathèse purulente; on voit des abcès apparaître coup sur coup, même sur les points qui n'ont pas été atteints par l'exanthème, et dans un fait rapporté par Landouzy, il y eut ainsi soixante-neuf collections purulentes de volume variable.

Toutes les régions peuvent être affectées d'érysipèle; pour celui qui est de cause traumatique, le siège est naturellement déterminé par le lieu même de la lésion pathogénique; quant à l'érysipèle spontané ou médical, il occupe le plus souvent la face et le cuir chevelu; chez les jeunes enfants, l'érysipèle du tronc n'est pas très-rare; enfin, chez le nouveau-né, l'exanthème débute d'ordinaire par la région ombilicale; mais dans ce cas il n'est point spontané, il est provoqué par l'inflammation du cordon, et n'est le plus souvent qu'une manifestation de la pyémie.

D'après les particularités anatomiques de la phlegmasie cutanée, d'après sa marche, son étendue, on a introduit dans l'histoire de l'érysipèle un grand nombre de dénominations qui s'entendent d'elles-mêmes: suivant l'état de la surface, l'érysipèle est dit lisse ou glabre, vésiculeux, bulleux, pustuleux; suivant sa marche, il est dit fixe, ambulante, successif, général. Cette dernière expression n'implique point un érysipèle qui occuperait à la fois et au même moment toute la surface cutanée; elle s'applique à un érysipèle ambulante qui, dans ses étapes successives, finit par parcourir la totalité ou la presque totalité de l'enveloppe tégumentaire.

SYMPTOMES ET MARCHE.

L'érysipèle de la face, le seul que j'entends décrire, débute par des ACCIDENTS GÉNÉRAUX qui, à la durée près, rappellent assez exactement les phénomènes d'invasion des fièvres éruptives: frissons, céphalalgie, inappétence, symptômes de catarrhe gastrique, nausées ou vomissements

bilieux; les frissons sont généralement peu intenses, mais ils présentent parfois la violence et la brusquerie de celui de la pneumonie, c'est un fait que j'ai constaté sur moi-même. La durée de cet état mal défini varie de quelques heures à un jour et demi ou deux jours; quand il est très-court, il est difficile de déterminer si le gonflement des ganglions sous-maxillaires précède l'exanthème; mais lorsque cette période initiale a une certaine longueur, ce gonflement ganglionnaire douloureux est nettement appréciable comme phénomène primitif, et il permet fréquemment un diagnostic anticipé. Dans quelques cas, des phénomènes de catarrhe laryngé ou bronchique, d'angine érythémateuse, précèdent l'éruption; dans le fait d'endo-péricardite dont j'ai parlé, l'inflammation a été simultanée sur la peau et dans les séreuses cardiaques.

Un peu plus tôt, un peu plus tard apparaît l'EXANTHÈME sous forme d'une tache d'un rouge vif à surface saillante et luisante, à contour irrégulier; la rougeur disparaît sous la pression, mais, en raison de l'imbibition séreuse du tissu, elle laisse une teinte plutôt jaunâtre que blanche. Si les téguments de la face, le cuir chevelu ou la muqueuse sous-labiale présentent quelque excoriation soit accidentelle, soit pathologique (impétigo, etc.), c'est de ce point que naît invariablement la fluxion érysypélateuse; mais le rôle de la lésion première est borné à la localisation initiale de l'exanthème, elle n'en est point la cause, et dans un grand nombre de cas d'ailleurs il est impossible de découvrir, malgré l'examen le plus minutieux, la moindre érosion préalable de la peau ou des muqueuses.

Quand le point de départ de l'érysipèle n'est pas déterminé par une excoriation, il débute le plus souvent par le nez, la paupière ou le pavillon de l'oreille; dès qu'elle paraît, la rougeur est caractéristique par sa vivacité et l'aspect luisant des parties; elle est accompagnée d'une sensation de chaleur, de tension et de douleur dont l'intensité est proportionnelle non pas au degré du gonflement, mais à la difficulté qu'oppose à sa production la texture du tissu sous-dermique; en d'autres termes, la douleur est en raison inverse de la tuméfaction, et cette dernière est subordonnée à la laxité du tissu conjonctif sous-cutané; le gonflement n'est nulle part plus énorme qu'aux paupières, qui sont boursoufflées et closes tout comme dans la variole, mais là il y a peu ou pas de douleur même à la pression; le rapport de ces symptômes est inverse au pavillon de l'oreille, sur le nez, partout, en un mot, où le tissu cellulaire est dense, peu abondant et très-adhérent. La plaque érysypélateuse ne présente pas la même configuration sur tout son pourtour; sur un de ses bords elle est sans saillie, et la rougeur se perd graduellement dans les téguments sains; sur le bord opposé, elle se termine brusquement par un bourrelet plus ou moins exubérant dû à l'exsudat, et c'est par ce bord saillant que se fait la progression de l'exanthème; tant qu'un pareil bourrelet existe, on peut juger que le processus érysypélateux n'est pas éteint;

lorsqu'au contraire la poussée la plus récente présente un bord lisse et plat, il est très-probable, sinon tout à fait certain, que l'extension de la dermatite est parvenue à son terme. — La progression de l'érysipèle est rapide; en vingt-quatre heures il double d'étendue, et en trois jours il atteint d'ordinaire ses dimensions définitives; mais le mode de cette progression est variable, et dans la période d'état l'aspect de la face peut être très-différent: si l'exanthème s'étend très-vite et persiste quelques jours au lieu d'origine, le visage est à un moment couvert en totalité, et la déformation, issue du gonflement général, n'est comparable qu'à celle de la variole; si, au contraire, la dermatite s'étend plus lentement, elle arrive à la résolution sur les points qu'elle a d'abord affectés, avant d'avoir envahi toute la face, et bien qu'elle la parcoure entièrement, comme dans le cas précédent, elle n'en occupe jamais qu'une partie à la fois. Les téguments ne conservent pas toujours l'aspect lisse et luisant du début; ils peuvent présenter des phlyctènes, des bulles, plus rarement des pustules, sans que la marche ultérieure de la maladie en soit d'ailleurs modifiée.

L'érysipèle de la face peut rester strictement limité au visage, mais dans la plupart des cas il s'étend au cuir chevelu, dont l'envahissement est révélé par l'exaspération des phénomènes généraux, par une douleur tensivo et par une sensibilité extrêmement vive au toucher; la pression y détermine une empreinte persistante en raison de l'infiltration œdémateuse du tissu sous-cutané. Chez les individus chauves on observe la rougeur caractéristique; mais dans les conditions opposées on ne constate qu'une teinte rosée qui tranche à peine sur la couleur grisâtre du cuir chevelu. A l'époque où l'on rattachait le délire si fréquent de l'érysipèle céphalique à l'inflammation secondaire des méninges, on attribuait une gravité particulière à l'extension du mal au cuir chevelu, en raison des connexions vasculaires qui unissent ce dernier aux enveloppes cérébrales; mais dans l'immense majorité des cas le délire a une tout autre origine, et l'érysipèle du cuir chevelu n'y expose pas plus que celui de la face proprement dite; cette propagation augmente les souffrances du patient et la durée de la maladie, mais à cela est borné le pronostic spécial qui lui incombe.

La fièvre peut présenter au début une très-grande violence; le chiffre de 40° est très-ordinaire, et il est souvent dépassé de plusieurs dixièmes; le type de la fièvre est rémittent, et la rémission matinale atteint souvent plus d'un degré (voyez fig. 66 et 67); dans la grande majorité des cas, la terminaison a lieu par *déferescence* (voyez fig. 66 à 69), mais cette chute subite et totale n'est pas toujours l'indice de la guérison définitive; alors même que la température s'est abaissée au chiffre normal, il peut y avoir dans les douze ou vingt-quatre heures suivantes une nouvelle poussée d'érysipèle (voyez fig. 68 et 69); dans d'autres cas on observe un inter-

Erysipèle de la face et du cuir chevelu. Forme régulière. Délire jusqu'au matin du

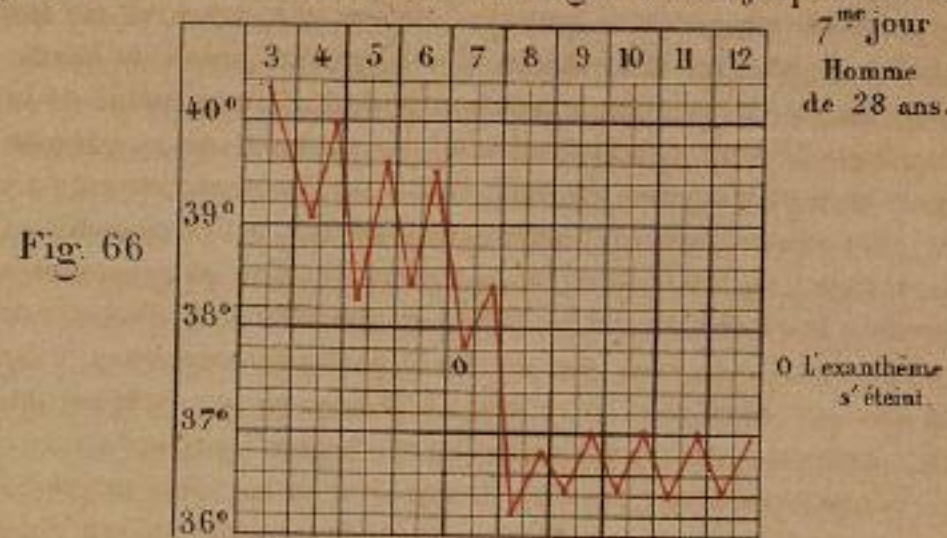


Fig. 66

Erysipèle de la face et du cuir chevelu. Nouvelle poussée au 8^{me} jour

Fig. 67

Fig. 68. Erysipèle de la face: angine au début. Albumine dans l'urine pendant les 3 premiers jours de l'observation.

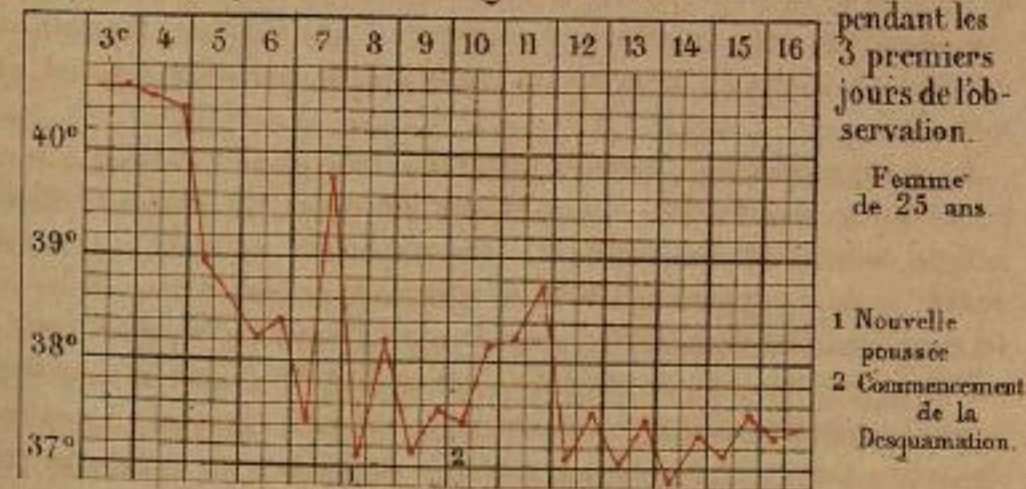
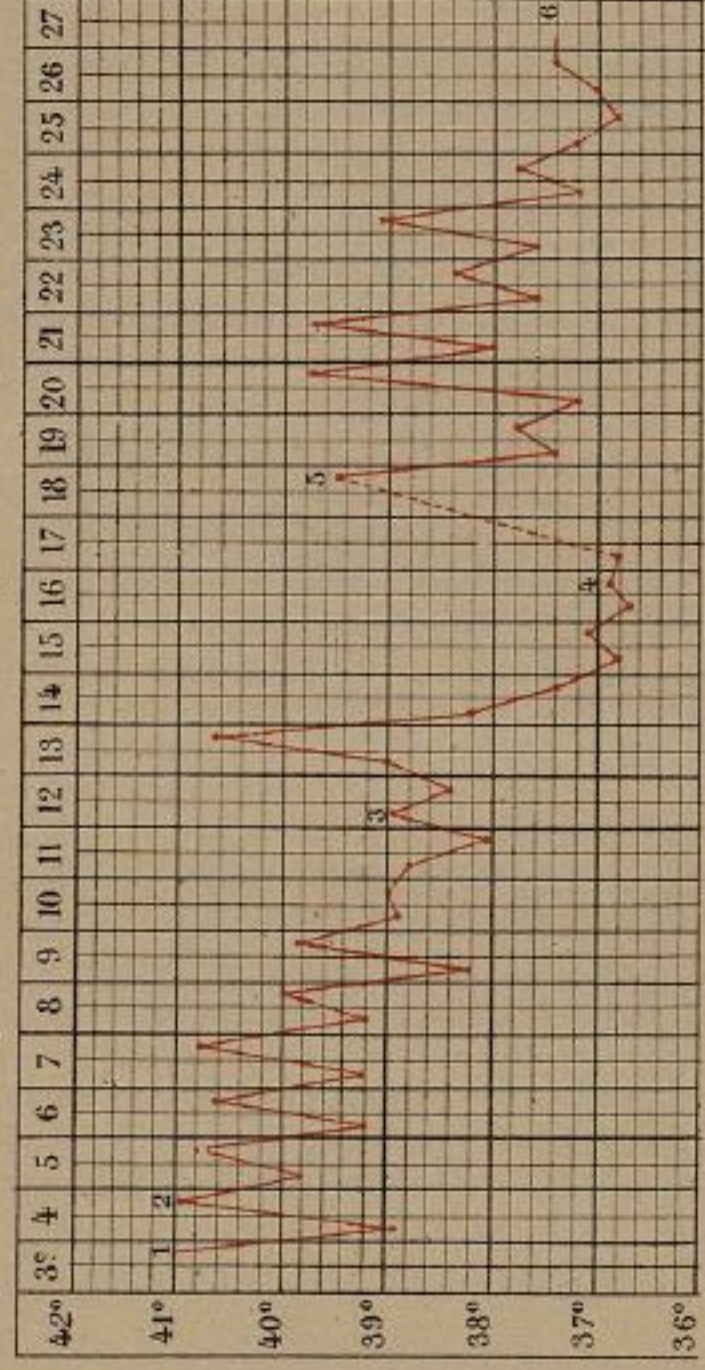


Fig. 69. Erysipèle grave de la face: délire violent à partir du 4^{ème} jour. — Homme de 20 ans.



1 Ipéca subie.

2 Via de quinquina: 300 puis 500 grammes.

3 Nouvelle poussée.

4 Disparition complète de l'erysipèle.

5 Redoublement des le début. Reprise du vin de quinquina à 500 grammes.

6 Adénite post. cervicale supprimée.

valle apyrétique de deux ou trois jours, puis tous les accidents reparaissent, il y a une véritable rechute (voyez fig. 69); ces différences expliquent la durée très-variable de la maladie, qui est comprise entre sept et vingt-huit jours.

Le DÉLIRE est un des symptômes les plus constants de l'érysipèle céphalique, et il a conduit à de déplorables erreurs thérapeutiques. Ce phénomène a trois origines possibles : dans le plus grand nombre des cas, ou plutôt presque toujours, je le regarde comme produit par une anémie cérébrale compensatrice, suite de la fluxion de la peau, et par l'excitation réflexe transmise à l'encéphale par les rameaux de la cinquième paire; — souvent il est provoqué par les habitudes alcooliques du malade; — enfin, par exception, le délire est l'expression d'une méningite ou d'une thrombose des sinus; mais ces faits sont extrêmement rares; dans ce cas, les accidents cérébraux coïncident avec une recrudescence fébrile notable, avec des contractures et des vomissements, et la rougeur cutanée pâlit ou s'éteint *par suite* de la phlegmasie interne, et du collapsus qu'elle détermine plus ou moins promptement.

Dans certains cas, l'érysipèle coïncide avec un CATARRHE GASTRO-INTESTINAL, mais le fait est moins fréquent qu'on ne l'a dit, et il n'y a aucune raison pour attribuer au catarrhe gastrique une influence quelconque sur la production de l'exanthème. — L'érysipèle, comme les brûlures étendues, détermine parfois une FLUXION RÉNALE intense avec *albuminurie passagère*, mais il est rarement le point de départ d'une néphrite catarrhale, plus rarement encore d'une néphrite brightique.

L'érysipèle primitif de la face se termine ordinairement par la guérison, lorsqu'un traitement spoliateur ne vient pas ajouter à l'anémie et à l'excitabilité cérébrales. L'érysipèle secondaire qui se développe dans le décours ou la convalescence d'une maladie grave (pneumonie, fièvre typhoïde, pyémie, maladie du cœur, diabète, etc.) est extrêmement redoutable; mais le danger est le résultat des conditions antérieures du patient et non le fait de l'érysipèle lui-même. La même remarque est applicable à l'érysipèle facial accompagné d'endopéricardite, de pleurésie ou de pneumonie. Quant à l'érysipèle primitif et isolé, qu'il atteigne ou non le cuir chevelu, le PRONOSTIC est tout à fait favorable, à condition que le médecin ne transforme pas en maladie sérieuse un mal naturellement bénin.

TRAITEMENT. (1).

Depuis plusieurs années j'ai adopté, pour le traitement de l'érysipèle de la face, une médication qui diffère de l'ordinaire, et à laquelle j'ai dû de

(1) JACCOUD, *Clin. méd. de l'hôpital Lariboisière*. Paris, 1872.

nombreux et remarquables succès. Comme topique, j'emploie l'infusion de fleurs de sureau; des compresses imbibées de cette eau tiédie sont appliquées sur les parties malades et renouvelées dès qu'elles commencent à se sécher. A l'intérieur j'administre le vin de quinquina ordinaire, dont j'élève la dose en raison directe de la violence des accidents cérébraux; à un individu de constitution moyenne dont l'érysipèle marche sans délire, je fais prendre en vingt-quatre heures 150 grammes de vin de quinquina; si le délire survient, mais calme et nocturne, je donne 250 grammes; enfin, si le délire est violent et continu, ce qui n'a pas lieu sans que la fièvre soit elle-même intense, j'arrive à 400 ou 500 grammes par jour, et je maintiens ces doses jusqu'à la défervescence. Je n'emploie pas d'autre médicament; s'il y a une constipation opiniâtre, je la combats par des lavements; si, au début de la maladie, je constate un catarrhe gastrique très-accusé, je prescris un émétique avant de commencer le vin de quinquina; mais ce sont là des indications variables et contingentes, la médication fondamentale reste la même. Si les habitudes du malade et les caractères du délire révèlent l'alcoolisme, je fais ajouter au vin de quinquina une certaine quantité d'eau-de-vie (de 30 à 60 ou 80 grammes) et de laudanum (15 à 20 gouttes). Ce traitement, auquel j'ai été théoriquement conduit par mon interprétation pathogénique du délire dans l'érysipèle céphalique (anémie cérébrale), a été pleinement justifié par ma pratique depuis plusieurs années; j'ai eu pourtant des cas d'une excessive gravité, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'examen des tracés 68 et 69.

CHAPITRE VI.

TYPHUS ABDOMINAL. — FIÈVRE TYPHOÏDE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Le **poison générateur** de la fièvre typhoïde (1) est inconnu, mais toutes les données étiologiques prouvent qu'il est éventuellement contenu dans les produits de la décomposition des matières animales; à ce point de vue, le typhus abdominal peut être considéré comme l'expression d'une **intoxication putride** spéciale, et l'observation démontre que l'agent

(1) Synonymes : Néotyphus; — dothiéntérie; — fièvre muqueuse; — fièvre nerveuse; — fièvre pythogénique (MURCHISON).

MORGAGNI, *De sed. et causis, etc.* Epist. XXX.

RÖDERER und WAGLER, *De morbo mucoso liber singularis.* Gottingæ, 1762. — SAR-

toxique atteint l'organisme suivant une triple modalité : 1^o contenu dans le *sol*, dans l'*air*, dans l'*eau*, dans les *substances* aux émanations desquelles l'homme est exposé, il est absorbé par lui; c'est là l'**ORIGINE EXTRINSÈQUE** de la maladie; — 2^o il est reproduit par le malade, comme le poison cholérigène, et transmis aux individus sains; c'est là l'**ORIGINE**

COSE, *Istoria ragionata dei mali osservati in Napoli, nel corso dell' anno 1764.* Napoli, 1766. — HUFELAND, *Bemerkungen über das Nervenfeber.* Iena, 1799.

PROST, *Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps.* Paris, 1804. — PETIT et SERRES, *Traité de la fièvre entéro-mésentérique.* Paris, 1813. — VON POMMER, *Beitrag zur näheren Erkenntnis des sporadischen Typhus.* Tübingen, 1821. — *Heidelberg Klin. Annalen*, 1826. — BRETONNEAU et TROUSSEAU, *De la dothiéntérie* (*Arch. gén. de méd.*, 1826). — LEURET, *Mém. sur la dothiéntérie observée à Nancy* (*Eodem loco*, 1828). — GENDRON, *Dothiéntéries observées aux environs de Château-du-Loir* (*Eodem loco*, 1829).

LOUIS, *Recherches anat., path. et thérap. sur la maladie connue sous le nom de fièvre typhoïde.* Paris, 1829. — BOULLAUD, *Traité clinique et expérimental des fièvres essentielles.* Paris, 1826. — *Clinique méd. de l'hôpital de la Charité.* Paris, 1837. — *Nosographie médicale.* Paris, 1846. — ANORAL, *Clinique médicale.* Paris, 1834. — CHOMEL, *Clin. méd.* Paris, 1834. — GENDRON, *Recherches sur les épidémies des petites localités* (*Journ. des com. méd.-chir.*, 1834). — DOBLER und SKODA, *Æster. med. Jahrb.*, 1837. — GAUSMAN, *De la fièvre typhoïde, de sa nature et de son traitement.* Paris, 1839.

GRAMER, *Der Abdominaltyphus.* Cassel, 1840. — FORGET, *Traité de l'entérite folliculeuse.* Paris, 1841. — THIELMANN, *Der Darmtyphus.* Leipzig, 1841. — WINTHER, *Der Ileotyphus.* Giessen, 1842. — DIETL, *Æster. med. Jahrbücher*, 1842-1844. — GAULTIER de CLAUERY, *Identité du typhus et de la fièvre typhoïde.* Paris, 1844. — KÖPPEN, *Der Abdominaltyphus in Torgau.* Eilenburg, 1847. — DELARROQUE, *Traité de la fièvre typhoïde.* Paris, 1847. — SEITZ, *Der Typhus, vorzüglich nach seinem Vorkommen in Bayern.* Erlangen, 1847. — BARTLETT, *Hist. of the fevers of the United States.* Philadelphia, 1847.

PIEDVACHE, *Recherches sur la contagion de la fièvre typhoïde* (*Mém. Acad. méd.*, 1850). — BLACHE, *Considérations sur la fièvre typhoïde des enfants* (*Gaz. hôp.*, 1852). — BARTH, *De la prétendue substitution de la fièvre typhoïde à la variole depuis l'introduction de la vaccine* (*Gaz. hebdom.*, 1853). — TRUSEN, *Darstellung einer Epidemie des Darmtyphus* (*Günzburg's Zeits.*, 1853). — SCHARLAU, *Theoret. prakt. Abhandlung über den Typhus, die Cholera, etc.* Stettin, 1853. — M. HALLER, *Erfahrungen und Beobachtungen über Typhus* (*Wiener med. Wochen.*, 1853). — GRIESINGER, *Infections Krankheiten.* Erlangen, 1855. — CORNAZ, *Études statistiques sur la fièvre typhoïde* (*Ann. de la Soc. méd. d'Anvers*, 1854). — DELAHARPE, *Sur la fièvre typhoïde à l'hôpital de Lausanne, de 1836 à 1850* (*Gaz. hebdom.*, 1854). — ZIMMERMANN, *Ueber spontane Entwicklung des typhösen Contagiums* (*Deutsche Klinik*, 1854). — FRIEDREICH, *Bericht über 33 im Julius Hospital abgelaufene Fälle von Abdominal-Typhus* (*Verhandl. der physik. med. Gesells. zu Würzburg*, 1854). — VIRCHOW, *Abdominal-Typhus und Cholera Typhoid* (*Eodem loco*). — GAYREAU, *Notice sur les maladies typhoïdes des hôpitaux d'Orient* (*Gaz. méd. Paris*, 1855). — STROMEYER, *Ueber den Verlauf des Typhus unter dem Einfluss einer methodischen Ventilation.* Hannover, 1855. — SCHMIEDER, *Versuch einer Statistik über*