

lieu même de la lésion pathogénique; quant à l'érysipèle 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 primitif, 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.

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 érysipélateuse.

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 érysipélateuse 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 érysipélateux 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 tensile 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 rou-

geur 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 degrés 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 (voy. fig. 66 et 67); dans la grande majorité des cas, la terminaison a lieu par *déferescence brusque* (voy. 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 (voy. fig. 68 et 69); dans d'autres cas on observe un intervalle apyrétique de deux ou trois jours, puis tous les accidents reparaissent, il y a une véritable rechute (voy. 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 catar-

rhale, plus rarement encore d'une néphrite brightique. Mais cela ne doit s'entendre que de l'érysipèle bénin; dans l'*érysipèle grave* en revanche, je signale à nouveau l'association relativement fréquente de la *néphrite* et de l'*endocardite*.

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 néphrite, 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.

Le diagnostic de l'érysipèle n'est point aussi simple qu'on pourrait le croire, et plusieurs erreurs peuvent être commises. I. AVANT L'EXANTHÈME les symptômes sont vagues et peu décisifs, ce sont ceux de toutes les maladies à fièvre forte; cependant l'engorgement douloureux des ganglions, des sensations d'ardeur pénible dans les fosses nasales, parfois l'examen du pharynx ou bien la tuméfaction douloureuse du sac lacrymal d'un côté, pourront dans un certain nombre de cas permettre un diagnostic précoce. — II. APRÈS L'EXANTHÈME, l'érysipèle peut être confondu avec *angioleucite des troncs*. Dans cette dernière la rougeur ne fait pas de saillie notable, parce qu'il n'y a pas d'infiltration des téguments, il n'y a pas trace de bourrelet dans les points où la rougeur se termine; d'ailleurs celle-ci n'est pas disposée en plaques, elle est en stries rubanées qui interceptent des portions de peau saine; les traînées rouges se dirigent ordinairement vers un ganglion ou un groupe ganglionnaire qui est douloureux; souvent enfin il y a des nodosités dures disséminées sur le trajet des lymphatiques. — L'*angioleucite des réseaux* est d'un diagnostic plus difficile; cependant en tenant compte de l'absence de gonflement, de l'absence de bourrelet circonférentiel, de la moindre uniformité de la plaque inflammatoire, et surtout de la moindre intensité des phénomènes généraux, et de la fièvre qui est souvent nulle, on évitera l'erreur à laquelle pourrait donner lieu la rougeur réticulée de cette *angioleucite*.

Je désigne sous le nom de PSEUDO-ÉRYSIPELES un grand nombre de rougeurs plus ou moins persistantes, qui ont une ressemblance plus ou moins étroite avec l'exanthème de l'érysipèle vrai, et qu'il est essentiel d'en distinguer nettement. Il convient de signaler d'abord les rougeurs durables et diffuses qui se développent autour des écorchures, autour

des vésicatoires et des cautères, surtout chez les individus obèses, autour des varices, ou bien encore sous l'influence de frottements ou de *pansements* irritants. Il n'y a dans tous ces cas là qu'une angioleucite plus ou moins intense, qui diffère de l'érysipèle par l'absence des symptômes généraux, par la marche, et par les résultats curateurs que produit le simple repos aidé de quelques topiques émollients. — Même remarque pour les prétendus érysipèles qui surviennent si fréquemment à la face chez les scrofuleux; la coloration est blafarde, ou légèrement violacée, la plaque mal rubéfiée n'a ni dans son centre ni à son pourtour les caractères propres de la plaque érysipélateuse, la fièvre est nulle ou à peine accentuée, la disparition de la rougeur peut avoir lieu à toute date, il n'y a plus rien qui rappelle le cycle défini de l'exanthème vrai. Cette distinction ne doit pas faire perdre de vue l'érysipèle véritable qui se développe chez les scrofuleux comme chez tous les autres individus, si ce n'est même avec une plus grande fréquence.

L'ÉRYTHÈME dans ses variétés ne pourrait être confondu avec l'érysipèle que par un examen superficiel; les plaques érythémateuses ne sont pas saillantes, elles n'ont pas de bourrelet, elles sont peu ou point douloureuses à la pression, et ne sont accompagnées ordinairement d'aucune tuméfaction ganglionnaire. Dans l'érythème par insolation, la rougeur est douloureuse, ou produit à tout le moins une sensation pénible de brûlure, la fièvre peut être assez vive au début, mais la notion de la cause, la forme diffuse et mal limitée de l'érythème, et les autres caractères précédemment énumérés préviendront toute erreur.

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 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. À 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 250 grammes de vin de quinquina; si le délire survient, mais calme et nocturne, je donne 350 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

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

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 (arémie cérébrale), et par la notion de l'action antiseptique du quinquina à hautes doses, 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.

Depuis quelques années l'acide phénique soit à l'intérieur, soit en injections sous-cutanées aux limites de l'exanthème, a été fréquemment employé, et avec de nombreux succès dans le traitement de l'érysipèle chirurgical; après quelques essais, j'ai dû reconnaître que dans l'érysipèle médical cette médication reste inférieure à la mienne, dont chaque année m'a confirmé l'efficacité.

CHAPITRE VI.

TYPHUS ABDOMINAL. — FIÈVRE TYPHOÏDE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Le **poison générateur** de la fièvre typhoïde (1) est inconnu; il est possible qu'il soit constitué par des éléments parasitaires (bactéries, micrococcus, microbes), mais le fait n'est point démontré; la présence de ces

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

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

ROEDERER und WAGLER, *De morbo mucoso liber singularis*. Göttingæ, 1762. — SARCONI, *Istoria ragionata dei mali osservati in Napoli, nel corso dell' anno 1764*. Napoli, 1766. — HUFELAND, *Bemerkungen über das Nervenieber*. Jena, 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 Erkenntniss des sporadischen Typhus*. Tübingen, 1821. — Heidelberg klin. Annalen, 1826. — BRETONNEAU et TROUSSEAU, *De la dothiéntérie*.