

ce que nous exprimions plus haut, en traitant de la myosite en général, savoir que le pus qu'on trouve dans le psoas s'est formé aux dépens du tissu cellulaire enflammé : d'autres fois le fluide, fourni par une carie vertébrale, a fusé dans la gaine du muscle, où il s'est arrêté. Dans l'un et l'autre cas, les fibres musculaires peuvent disparaître, tantôt par atrophie, tantôt par suite d'une véritable destruction; on les retrouve alors dans le foyer, sous forme d'un détritrus rouge ou noirâtre, ou bien elles sont encore reconnaissables, mais décolorées ou d'un rouge foncé, noirâtre, verdâtre, et ramollies. Il est rare que la suppuration n'envahisse que le psoas; presque toujours le foyer occupe en même temps le muscle iliaque et le tissu cellulaire sous-péritonéal, où est ordinairement son point d'origine.

Quel que soit le mode de formation des abcès du psoas, les auteurs ont cru qu'on pouvait les reconnaître aisément à une douleur siégeant dans la région lombaire, et s'irradiant dans la fosse iliaque, dans l'aîne, dans la fesse et dans la cuisse correspondante; on ajoute que le membre inférieur de ce côté est plus ou moins rétracté et qu'il est impossible de le ramener à l'extension complète; le pied est aussi dans la rotation en dedans; enfin, une tumeur fluctuante se dessine successivement dans la région lombaire, dans la fosse iliaque et au pli de l'aîne. Cependant, quoiqu'on prétende le contraire, nous affirmons, d'après plusieurs faits observés par nous, que la rétraction du membre et l'impossibilité de l'étendre, que les douleurs et les tiraillements dans les lombes, ne sont pas un symptôme constant de la suppuration du psoas, puisque nous les avons vus manquer plusieurs fois dans des cas où le muscle était complètement détruit. En outre, nous avons retrouvé ces mêmes accidents dans les phlegmons sous-aponévrotiques des fosses iliaques, lorsque les muscles iliaques étaient seuls affectés, et quoique l'altération ne se fût point propagée au corps même du muscle psoas. Nous croyons donc que la rétraction du membre inférieur et l'impossibilité de l'étendre se rapportent aussi bien à une lésion du psoas qu'à une lésion du muscle iliaque, et que, pour déterminer si l'abcès siége dans le premier plutôt que dans le second, on doit avoir égard plutôt au siége de la douleur et à celui de la tumeur. C'est ce que nous avons exposé précédemment avec quelques détails, page 613.

Les abcès du psoas qui ne dépendent pas d'une carie vertébrale ne se rencontrent guère que chez les femmes à une époque encore rapprochée des couches.

Le psoïtis réclame le même traitement que les phlegmons et que les abcès iliaques; mais, en raison du peu de tendance qu'ont les abcès du psoas à devenir superficiels, il faut examiner avec soin la région lombaire, car quelquefois on y sent de la fluctuation. S'il en était ainsi, il faudrait se hâter de pratiquer une incision dans ce point, ce qui permettrait au pus de s'écouler plus aisément que par une ouverture faite sur la paroi antérieure de l'abdomen.

#### INFLAMMATION DE LA PEAU

La peau est fréquemment affectée d'inflammation aiguë et chronique, et cette lésion s'y montre avec des caractères extérieurs fort différents. Tantôt, en effet, il n'existe qu'une rougeur plus ou moins vive; d'autres fois ce sont des tumeurs contenant divers liquides qui se concrètent. Ces différentes formes de l'inflammation ne sont pas seulement des variétés ou des degrés d'un même état mor-

bide, mais elles constituent le plus souvent des affections distinctes. Nous allons donc diviser et étudier les maladies inflammatoires de la peau en quatre genres, qui sont les *exanthèmes*, les *vésicules*, les *bulles* et les *pustules*.

#### DES EXANTHÈMES

Le mot *exanthème* (de  $\epsilon\chi\theta\epsilon\iota\omega$ , *effloresco*, *erumpo*) servait à désigner chez les Grecs à peu près toutes les éruptions cutanées; d'autres l'ont restreint à quelques groupes de maladies fort différentes entre elles. Mais depuis Willan, le mot *exanthème* a une signification précise, et l'on ne s'en sert plus aujourd'hui que pour dénommer un certain nombre d'affections cutanées ayant pour caractère commun une *rougeur plus ou moins vive, circonscrite ou diffuse, qui diminue ou disparaît momentanément sous la pression du doigt*.

D'après cette définition, il faut comprendre dans l'ordre des exanthèmes la roséole, l'urticaire, l'érythème et l'érysipèle : nous ne parlerons pas de la rougeole ni de la scarlatine; car bien que, par leurs caractères extérieurs, ces éruptions soient de nature exanthémateuse, cependant comme la fièvre, l'infection générale de l'économie, l'état du sang et la spécificité constituent les éléments principaux de la maladie, nous avons dû les ranger dans une autre classe. (Voyez plus haut, page 147.)

#### De la roséole.

La *roséole* (*rubeola*) est un exanthème non contagieux, caractérisé par des taches rosées, non proéminentes, diversement figurées, n'ayant qu'une durée éphémère, et généralement précédé et accompagné de fièvre.

**Symptômes.** — L'éruption de la roséole est souvent précédée de malaise et de fièvre; d'autres fois elle a lieu sans prodromes. Elle est constituée par des taches irrégulièrement arrondies, généralement plus larges et moins nombreuses que celles de la rougeole, et séparées par des intervalles de peau saine; parfois ces taches se montrent sous forme d'anneaux roses, avec des aires centrales qui conservent la couleur de la peau (*rubeola annulata* de Willan). D'un rose plus ou moins foncé, ces taches occupent une partie ou la totalité du corps; elles s'accompagnent généralement de prurit et de picotements à la peau. Beaucoup de malades éprouvent aussi un peu de chaleur à la gorge et de la douleur pendant la déglutition, accidents qui s'expliquent par des taches analogues qui existent au pharynx. L'éruption, après être restée stationnaire pendant vingt-quatre heures, commence bientôt à pâlir; vers le cinquième jour il n'en reste plus de trace; très-rarement on remarque une légère desquamation furfuracée. En général, la roséole qui règne dans les saisons chaudes est celle qui produit le plus de malaise et de fièvre; l'éruption offre en outre une teinte plus foncée, et le prurit est plus marqué (*rubeola æstiva* de Willan).

**Diagnostic.** — D'après ce que je viens de dire, il est impossible de confondre la roséole avec la rougeole régulière, à cause de l'absence, dans la première, des symptômes de catarrhe, et parce que les taches sont plus régulières, plus circonscrites et plus étendues que dans la rougeole. Cependant il faut convenir que, dans quelques cas, les caractères de l'éruption sont à peu près les mêmes dans les deux maladies. Si alors il n'existe point de symptômes de catarrhe, il sera souvent difficile de distinguer une roséole d'une rougeole sans catarrhe. Cette dernière sera probable pourtant si l'éruption survient dans une famille

L'urticaire chronique est souvent difficile à combattre; sa persistance dépend parfois du genre de régime des individus : Aussi Willan conseille-t-il de retrancher successivement les différents mets et les différentes boissons dont usent habituellement les malades, souvent alors on finit par découvrir la substance qui est devenue incompatible avec l'idiosyncrasie du sujet. Dans ces urticaires chroniques on donnera utilement des purgatifs répétés, des boissons acidules, des substances amères. Les bains surtout sont avantageux; on les prend tièdes ou froids, simples, alcalins ou acides (50 à 120 grammes d'acide sulfurique). Chez les sujets débilités, on retirera des avantages de l'emploi des bains de mer. Enfin Bielt a guéri une urticaire rebelle par l'emploi de la solution de Fowler, d'autres par les douches et les bains de vapeur. Que la maladie soit aiguë ou chronique, lorsque le prurit est très-incommode, on essayera de le calmer par des lotions acidulées, et si le sommeil est empêché, on prescrira l'opium. L'urticaire qui est liée à l'existence d'une fièvre intermittente sera traitée par le sulfate de quinine.

#### De l'érythème.

L'érythème est un exanthème non contagieux, le plus souvent apyrétique, et caractérisé par des taches rouges, superficielles, variables quant à leur nombre, à leur forme et à leur étendue, se terminant par délitescence, par résolution ou par desquamation, après une durée d'un à deux septénaires.

**Symptômes.** — L'érythème débute, en général, sans prodromes; parfois il est précédé par un peu de malaise, d'inappétence et de fièvre; il est caractérisé par des taches d'une couleur variant depuis le rose tendre jusqu'au rouge vif ou même violet, disparaissant momentanément par la pression du doigt et se développant sur une partie quelconque du corps, le plus généralement à la face, à la poitrine ou sur les membres. Parmi ces taches, les unes n'ont que quelques millimètres d'étendue, d'autres ont 5 ou 6 centimètres; dans quelques cas rares, elles occupent toute la longueur d'un membre, et même une grande partie de la surface du corps. Cette rougeur est ordinairement superficielle, sans cette dureté du derme que nous constaterons dans l'érysipèle; mais cependant la peau est, à ce niveau, plus consistante. L'éruption érythémateuse s'accompagne souvent d'une très-légère douleur ou plutôt d'un prurit plus ou moins incommode, et d'une augmentation dans la température locale.

**Marche. Durée. Terminaisons.** — Après avoir persisté quelques jours avec ces caractères, les taches pâlissent peu à peu, puis elles s'éteignent tout à fait, et ne laissent aucun vestige, ou bien elles sont suivies d'une desquamation plus ou moins prononcée. Souvent, enfin, elles laissent après elles une tache violacée ou ecchymotique, qui persiste pendant plus ou moins longtemps. Dans quelques cas, l'érythème se termine par délitescence après une durée éphémère (*eryth. fugax*). Tels sont les caractères et la marche de l'érythème qu'on nomme *simple* ou *léger*.

**Variétés.** — L'éruption se présentant quelquefois avec d'autres apparences, les auteurs ont admis plusieurs variétés d'érythème. Celles qu'il importe surtout de connaître sont les érythèmes *papuleux* et *nouveux*.

Dans l'érythème papuleux (*eryth. papulatum* de Willan), les plaques, irrégulièrement arrondies, ont un volume qui varie entre celui d'une lentille et celui d'un centime. D'un rouge vif, violacé, surtout au centre, elles forment un léger relief; différentes des plaques que nous avons décrites dans l'érythème

simple, celles-ci sont dures et comme papuleuses. Lorsque la saillie est plus considérable et la dureté plus grande encore, l'érythème est nommé *tuberculeux* (*tuberculatum*) par Willan, et dans les cas où les plaques, très-proéminentes, semblent se détacher de la peau par leur circonférence, l'érythème a été appelé *marginal* ou *marginé* (*marginatum*). Les plaques offrent-elles une forme circulaire, ou plutôt n'y a-t-il qu'un cercle rouge circonscrivant une portion de peau saine, l'érythème est dit *circiné*. Ces trois dernières variétés offrent très-peu d'intérêt.

L'érythème papuleux se remarque surtout chez les jeunes gens et chez les femmes. Il occupe presque toujours le cou, la poitrine, les bras, la face dorsale des mains ou des avant-bras. Il est souvent précédé de malaise, et il s'accompagne parfois de fièvre.

L'érythème *nouveux* (*eryth. nodosum*) est une forme fréquente, qu'on rencontre surtout chez les femmes peu ou non menstruées, et généralement chez les sujets jeunes de l'un et de l'autre sexe. L'éruption occupe particulièrement les membres, surtout la face antérieure des jambes. Elle se présente sous forme de taches rouges, ovales, ayant de 5 à 25 millimètres de diamètre, et très-douloureuses. Elles sont en plus ou moins grand nombre et disséminées; elles se réunissent souvent et forment alors des plaques rouges, érysipélateuses, ayant parfois l'étendue de la paume de la main; la surface est inégale, noueuse, la peau est plus ou moins dure; parfois elles sont molles, et donnent, quand on les presse, la sensation d'une fluctuation douteuse: cependant aucun liquide n'est jamais épanché dans les mailles des tissus. Plus que les autres variétés, l'érythème *nouveux* est souvent précédé et accompagné, pendant une partie de son cours, de malaise, de perte d'appétit et de fièvre. La maladie disparaît progressivement après une durée de douze à quinze jours, laissant après elle une couleur noirâtre ou jaunâtre de la peau, comme si cette membrane avait été meurtrie, ecchymosée.

L'érythème *nouveux* existe en général seul; il peut être un accident d'une foule d'états morbides; on l'a vu, surtout dans certaines constitutions médicales, accompagner le rhumatisme articulaire. On a même pensé que cet érythème survenait alors sous l'influence de la diathèse, mais cette opinion ne me paraît nullement exacte.

**Intertrigo.** — Il est un érythème digne de fixer un instant l'attention, c'est celui qui se développe sur les points où la peau est constamment en contact avec elle-même; on l'observe derrière les oreilles, au pli des seins chez les femmes grasses, dans la région axillaire, dans le pli inguinal, au point de contact des bourses ou des grandes lèvres, entre les fesses, etc. On observe l'intertrigo chez les enfants et à la fin de l'âge adulte, chez les personnes obèses, suant facilement et négligeant les soins de propreté. La peau devient rouge et est le siège d'un prurit assez vif, l'épiderme se détache bientôt, et l'on voit se former des excoriations et des crevasses qui fournissent un fluide séreux ou séro-purulent d'une odeur nauséabonde.

**Erythème épidémique de Paris.** — Je ne parlerai ici que pour mémoire d'un érythème épidémique observé à Paris en 1828: cette maladie a reçu le nom d'*acrodynie*, mais on n'a plus l'occasion de l'observer aujourd'hui. On en trouvera la description dans les recueils scientifiques de l'époque, et dans le premier volume du *Dictionnaire de médecine*, deuxième édition. L'érythème n'était guère ici qu'un épiphénomène.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de l'érythème avec l'érysipèle, avec les syphilitides, sera discuté à l'occasion de chacune de ces maladies. On distinguera l'é-

rythème de la roséole, qui se caractérise par des taches superficielles et rosées; on le différencie aisément de la rougeole, qui a des taches irrégulières, presque sans relief, et qui s'accompagne de fièvre et de symptômes phlegmasiques du côté des muqueuses nasale, pituitaire et bronchique. Nulle difficulté pour distinguer l'érythème d'avec l'urticaire. (Voyez page 633.)

**Pronostic.** — Le pronostic n'offre jamais de gravité.

**Étiologie.** — L'érythème affecte surtout les enfants, les jeunes gens et les femmes. Chez les enfants à la mamelle, il est le plus souvent produit par le contact prolongé des urines et des matières fécales : il siège alors sur les cuisses, aux fesses, sur le scrotum. Un peu plus tard, et à l'époque de la dentition, des plaques d'érythème se montrent sur diverses parties du corps, surtout sur les joues. Chez les femmes, la suppression des règles est surtout la cause qui explique le développement d'un érythème nouveau. Enfin, à tous les âges de la vie, la maladie peut être symptomatique d'une phlegmasie des voies digestives, ou bien elle est produite par la distension de la peau, comme dans l'anasarque; elle se lie quelquefois à des accès de fièvres intermittentes ou à des accidents névralgiques. Enfin l'ingestion de certaines substances, spécialement le baume de copahu, peut produire un érythème qui occupe généralement alors une grande partie du corps.

**Traitement.** — La plupart des érythèmes cèdent à l'expectation. En général, il est pourtant avantageux de donner aux malades des bains tièdes, des boissons acidules et quelques minoratifs. Dans l'érythème nouveau, si les douleurs sont vives, on couvrira la partie d'un cataplasme de fécule arrosé d'une décoction de têtes de pavot, à laquelle on ajoutera une petite quantité de sous-acétate de plomb. Il est excessivement rare qu'on soit forcé de recourir aux émissions sanguines. Lorsque l'érythème, se développant entre les plis de la peau, s'accompagne de gerçures et d'excoriations, on fera des lotions avec l'eau blanche ou avec une eau légèrement chlorurée; on saupoudrera les points affectés avec de l'amidon ou de la poudre de lycopode, mais on n'obtiendra la guérison qu'en séparant les parties contiguës de la peau avec de la charpie sèche et râpée ou avec un linge très-fin.

#### De l'érysipèle.

SYNONYMIE. — *Erysipelas*; fièvre érysipélateuse (de ἐρύω, j'attire, et πύλας, auprès, ou bien de ἐρυθρός, rouge).

L'érysipèle est une inflammation exanthématique, extensive, caractérisée par une rougeur plus ou moins vive de la peau, avec dureté et gonflement de cette membrane, se terminant généralement par résolution et desquamation, mais suivie quelquefois de suppuration et plus rarement de gangrène.

**Anatomie pathologique.** — Il n'est pas exact de dire, avec beaucoup de personnes, que l'érysipèle ne laisse aucune trace sur le cadavre; s'il est vrai qu'après la mort la peau qui en fut le siège a cessé d'être rouge, elle conserve du moins encore une teinte brunâtre ou violacée; l'épiderme est ridé et se détache avec facilité; le derme est quelquefois injecté, violacé, comme ecchymosé, plus humide, épaissi et un peu friable; le tissu cellulaire sous-cutané est souvent œdémateux, quelquefois on y trouve du pus infiltré ou réuni en foyer; enfin la peau et le tissu cellulaire peuvent être mortifiés dans une étendue plus ou moins considérable. Ces lésions sont à peu près les seules qu'on puisse constater. On dit pourtant avoir trouvé les lymphatiques, les artères et surtout les veines de la peau enflammés et remplis de pus (Ribes, Copland,

Cruveilhier, Blandin); mais ces vaisseaux sont tellement déliés dans l'épaisseur du derme, qu'il nous paraît impossible de constater quel est leur mode d'altération. Nous ne nions pas pourtant qu'on n'ait quelquefois rencontré du pus dans les veines et dans les lymphatiques sous-cutanés; mais ces lésions ne sont probablement que consécutives : d'ailleurs elles nous paraissent indépendantes de l'érysipèle lui-même, et se rattacher plutôt à la suppuration du tissu cellulaire, c'est-à-dire à l'existence d'un érysipèle phlegmoneux. M. Rayer professe à peu près la même opinion.

**Symptômes. Marche.** — L'érysipèle est presque toujours précédé de quelques phénomènes précurseurs, tels que malaise, lassitude, fièvre, céphalalgie, anorexie, bouche amère, vomissement, etc. Mais un des symptômes les plus remarquables et les plus communs, puisqu'on l'observe dans les deux tiers des cas, est l'engorgement douloureux des ganglions lymphatiques qui reçoivent les vaisseaux provenant de la partie qui doit être atteinte d'érysipèle, et cependant ni la peau, ni les muqueuses voisines ne présentent encore aucune modification appréciable dans leur coloration, dans leur épaisseur, dans leur température et dans leur sensibilité. Cet engorgement des ganglions, sur lequel Chomel a surtout appelé l'attention, précède d'un, de deux ou trois jours le développement apparent de l'érysipèle. Aussi ne doit-on jamais, en pareil cas, négliger l'examen des muqueuses voisines, car on comprend que l'engorgement ganglionnaire puisse trouver parfois son explication dans une lésion de l'une d'elles. Celle-ci pouvant être latente, on s'explique comment il se fait que l'engorgement ganglionnaire puisse, comme je l'ai vu, précéder l'érysipèle de sept, huit et même neuf jours. Le nombre des ganglions affectés, leur tuméfaction, leur sensibilité, sont généralement proportionnés à la gravité et à l'étendue que l'érysipèle aura; cependant il existe à ce sujet de nombreuses exceptions. La sensibilité morbide des ganglions diminue, souvent même elle cesse aussitôt que l'érysipèle débute ou lorsqu'il a pris tout son développement. Rien de plus commun aussi, lorsque l'érysipèle est bien constitué, de voir disparaître tout à fait et rapidement des ganglions qui avaient été quelques instants volumineux et très-sensibles.

L'érysipèle débute presque toujours par la peau; ses prodromes sont alors généralement assez courts; après douze ou vingt-quatre heures de malaise et de fièvre, l'érysipèle se caractérise. Dans ce cas, l'érysipèle de la peau semble être l'extension d'une affection analogue de quelque muqueuse voisine, c'est ce qu'on a particulièrement remarqué pour l'érysipèle de la face qui a paru succéder parfois à un coryza, à une angine érythémateuse, à une inflammation du conduit auditif, etc. Les malades ont alors un appareil fébrile intense, pouvant persister cinq, six et huit jours, ne trouvant pas son explication manifeste dans une lésion des solides; c'est à peine si l'on remarque alors une légère rougeur érythémateuse du pharynx. Bientôt pourtant un érysipèle éclate à la face; il a paru que la peau a été prise parfois à la suite d'une propagation du mal, se faisant de proche en proche par des voies assez insolites. Ainsi, M. Goupil cite des cas où l'érysipèle a été consécutif à un coryza, et où l'inflammation de la muqueuse a paru gagner la peau par les points lacrymaux. M. Dechambre a vu un érysipèle qui, débutant par le pharynx, a paru s'étendre à la peau à travers la trompe d'Eustachi, l'oreille moyenne et le conduit auditif externe. Dans quelques cas pourtant il n'est pas possible de saisir le trait d'union de l'affection de la peau et de celle de la muqueuse; on dirait qu'il y a eu un transport de la maladie d'un lieu à un autre, plutôt qu'extension du mal d'un des tissus à l'autre.