

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 essaiera 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 pâlisent 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.

Érythème 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 fécula 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 gercures 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.

ΣΥΧΟΝΥΜΗ. — *Erysipelas*; fièvre érysipélateuse (de ερύσσω, j'attise, et εἶμα, auprès, ou bien de ερυθρός, 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.

L'érysipèle est caractérisé à son début par une rougeur plus ou moins circonscrite, dont la teinte varie depuis le rose tendre jusqu'au rouge écarlate ou violacé. Elle disparaît ou diminue, du moins momentanément, par la pression du doigt. A son niveau, la peau est tendue, luisante, manifestement épaissie et gonflée : c'est ce qu'on apprécie très-bien par le toucher. Si, en effet, on promène le doigt sur les limites de la rougeur, on sent en ce point un petit bourrelet. Le gonflement peut devenir parfois considérable : c'est ce qui arrive lorsque l'érysipèle envahit une partie dont le tissu cellulaire est lâche, comme cela a lieu aux paupières ou aux grandes lèvres, ou bien encore lorsque, quelle que soit la partie du corps, l'érysipèle est devenu phlegmoneux, par la propagation de l'inflammation au tissu cellulaire subjacent. La peau affectée d'érysipèle est le siège d'une douleur vive, tensive ou prurigineuse, que la pression exaspère. La température des téguments affectés est augmentée; elle paraît être plus considérable qu'elle n'est réellement, puisqu'elle ne dépasserait guère que de 1 à 3 degrés la température normale. Les mouvements sont difficiles ou rendus impossibles par la roideur, par la tension des parties molles.

Il est rare qu'un érysipèle même très-circonscrit ne provoque pas des troubles sympathiques plus ou moins nombreux. La fièvre est presque constante, mais son intensité varie beaucoup. Il y a de l'anorexie, de la soif, parfois des nausées et des vomissements, tantôt de la constipation et tantôt de la diarrhée; enfin existent le malaise, l'accablement, l'agitation, l'insomnie qui accompagnent la plupart des maladies pyrétiques.

Très-rarement l'érysipèle reste fixe, c'est-à-dire borné aux points qu'il a primitivement occupés, car l'un des caractères les plus remarquables de cette affection est de tendre sans cesse à envahir de nouvelles surfaces. Dans la plupart des cas, l'inflammation gagne de proche en proche : on dit alors que l'érysipèle est *serpigineux* ou *vague*; il peut envahir ainsi successivement toute la surface du corps. Ou bien il se porte dans un point plus ou moins éloigné, en respectant les parties intermédiaires; on le nomme alors *ambulant*: ce mode d'extension est le plus rare. Il n'est rien d'apparent qui décide la direction de l'érysipèle vers un point ou vers un autre. Parfois envahissant les deux côtés du corps, il marche avec une symétrie parfaite; mais ce fait est rare. Il arrive assez souvent qu'en examinant l'état de la peau au delà des points où l'érysipèle semble s'être limité, on aperçoit, disséminées çà et là, des taches rosées, irrégulières, espèces d'irradiations du mal qui bientôt se réunissent en une seule plaque franchement érysipélateuse. Je ne crois pas qu'on ait jamais vu d'érysipèle *universel*, c'est-à-dire recouvrant simultanément toute l'étendue de la peau. Les faits, soit anciens, soit modernes, qu'on cite comme des exemples d'érysipèle universel, ne sont pas concluants, je les regarde plutôt comme étant des cas de scarlatines méconnues.

De même que nous avons vu l'érysipèle succéder parfois à une inflammation d'une muqueuse voisine, de même voit-on parfois un érysipèle de la peau gagner une membrane muqueuse; c'est ainsi que l'érysipèle de la face peut s'étendre au pharynx, qui peut présenter une rougeur uniforme, ou bien une rougeur par plaques, recouvertes souvent de bulles et de pellicules blanchâtres qui se détachent comme une peau de baudruche, et laissent pour quelques jours la muqueuse aride et violacée.

Après avoir persisté à un certain degré pendant quatre ou cinq jours, la tension de la peau diminue d'intensité; la surface pâlit, prend une teinte jaunâtre ou violacée; l'épiderme se ride; la douleur et la chaleur s'éteignent. La même

série de phénomènes se reproduit dans les points qui ont été pris successivement, et s'il y a eu entre chaque éruption un intervalle de trois, de quatre ou de cinq jours, on pourra, sur le même sujet, étudier la maladie à ses différentes phases.

Il n'est pas rare qu'après avoir abandonné un point, l'érysipèle y revienne de nouveau, soit spontanément, soit par suite d'imprudences ou d'écarts dans le régime. Ces retours dans le cours d'une même attaque peuvent se faire un plus ou moins grand nombre de fois, ils ont souvent pour résultat d'amener un gonflement hypertrophique de la peau : c'est ce que j'ai vu, surtout au visage; ou bien les téguments conservent indéfiniment une teinte bleuâtre, et le tissu cellulaire subjacent reste infiltré : c'est ce qu'on observe spécialement à la suite des érysipèles des membres inférieurs qui se montrent chez quelques vieillards affaiblis.

La plupart des érysipèles se terminent uniquement par résolution. L'épiderme se sépare alors sous forme de plaques et de furfures; la peau reste bleuâtre, rougeâtre; les tissus sont plus ou moins infiltrés et ne reviennent guère à leur état normal au plus tôt qu'après deux ou trois semaines.

On a dit que l'érysipèle pouvait se terminer par délitescence. C'est là un fait contesté à juste titre. Quoi qu'il en soit, s'il y avait délitescence, l'érysipèle disparaîtrait brusquement et pour toujours, sans laisser nulle part de traces de son existence; d'autres fois, il se reproduirait sur un point plus ou moins éloigné, et mériterait plutôt alors la qualification de *métastatique*. On a dit que la métastase pouvait se faire sur un organe intérieur et être suivie des plus graves accidents; mais l'observation n'a pas encore justifié ces craintes.

L'érysipèle, en se propageant au tissu cellulaire, peut amener une suppuration plus ou moins abondante, mais c'est là bien moins une terminaison de l'érysipèle que le résultat d'une complication. La phlegmasie cutanée peut amener après elle l'ulcération, la gangrène de la peau : ce sont des accidents peu ordinaires. Nous en parlerons d'ailleurs bientôt avec plus de détails.

On voit, d'après ce qui précède, que l'érysipèle est une affection toujours aiguë et suivant une marche continue et exacerbante.

Sa durée est variable; cependant on peut la fixer en moyenne à quinze jours s'il s'agit d'une première attaque; elle est un peu plus courte pour les attaques subséquentes.

Il est, en effet, des individus qui sont atteints d'érysipèle d'une même partie, surtout à la face, plusieurs fois dans le cours de leur existence, et dans quelques cas, avec une certaine périodicité, à telle ou telle époque de l'année, ou à l'occasion de certaines révolutions organiques. MM. Hardy et Béhier ont vu, chez deux femmes, un érysipèle se montrer une fois durant plusieurs mois, et chez une autre, pendant plusieurs années de suite, à chaque époque menstruelle.

L'érysipèle est aussi, de toutes les maladies aiguës, une de celles qui présentent le plus souvent des rechutes. Rien de plus commun, en effet, surtout dans la pratique nosocomiale, que de voir la convalescence brusquement entravée par un nouvel érysipèle qui envahit précisément les mêmes points qu'il vient à peine d'abandonner. Mais, dans ces rechutes, la maladie a communément moins d'acuité, la fièvre est moins intense et la durée sensiblement moins longue; ces rechutes arrivent surtout après des indigestions, et plus souvent encore parce que les individus s'exposent prématurément à l'air du dehors.

L'érysipèle, quoi qu'on en ait dit, n'est jamais une affection critique, il en-

traîne toujours après lui divers inconvénients et souvent des dangers; cependant il a été parfois utile. Envahissant une surface qui était le siège d'éruptions rebelles, sèches ou humides, on l'a vu amener promptement la résolution de maladies qui s'étaient montrées rebelles à tous les traitements.

Variétés. — L'érysipèle ne se présente pas toujours avec les caractères que nous venons de lui assigner; mais la maladie offre des variétés nombreuses, portant: 1° sur les phénomènes locaux, 2° sur les symptômes généraux et sympathiques, 3° sur le siège, 4° sur les suites et les modes de terminaison.

A. — VARIÉTÉS DE L'ÉRYSIPELE QUANT AUX PHÉNOMÈNES LOCAUX.

Lorsque l'érysipèle est très-intense, on voit communément se dessiner sur la surface enflammée, tantôt de petites vésicules semblables à celles de l'eczéma (*érysipèle eczémateux* ou *miliaire*); d'autres fois ce sont des vessies, des ampoules (*érysipèle phlycténoïde*, *pemphigoïde* ou *bulleux*). Le liquide qui soulève l'épiderme, au lieu d'être séreux, peut devenir lactescent, et même tout à fait purulent (*érysipèle pustuleux*). Enfin quelquefois l'ampoule est remplie par un sang noirâtre qui finit par se dessécher, qui d'autres fois infiltre le tissu du derme, et produit alors dans les deux cas, à la surface de la peau, des plaques noirâtres qui effrayent souvent les personnes inexpérimentées, et leur font croire à l'existence d'une gangrène. C'est d'ailleurs dans les cas de vésicules et d'ampoules qu'on voit se former, aux dépens du liquide qui se concrète et des débris de l'épithélium, une croûte blanche, grise ou noirâtre, plus ou moins épaisse et consistante, qui tombe au bout de quelques jours.

L'érysipèle, au lieu de présenter une dureté considérable du derme, est parfois remarquable par la mollesse et le gonflement des tissus, à cause d'une infiltration de sérosité dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané: c'est l'érysipèle dit *œdémateux*. La peau est alors lisse, brillante, moins dure, moins douloureuse que dans la plupart des érysipèles, et, en comprimant la partie avec l'extrémité du doigt, on produit une dépression comme dans une partie œdémateuse. On observe cette forme chez les sujets débilités, chez les convalescents ou dans des conditions tout opposées, mais lorsque l'érysipèle frappe une peau fine doublée d'un tissu cellulaire lâche, comme celui des paupières ou des grandes lèvres.

Le tissu cellulaire, au lieu de s'infiltrer seulement de sérosité, peut s'enflammer comme dans le phlegmon: on dit alors que l'érysipèle est *phlegmoneux*. Dans cette forme de la maladie, qui est du domaine chirurgical, la peau est plus dure et plus tendue, la rougeur ne disparaît plus par la pression, la tuméfaction des parties est considérable, les symptômes généraux et sympathiques sont plus graves; car la suppuration et la gangrène sont des terminaisons très-communes.

B. — VARIÉTÉS DE L'ÉRYSIPELE QUANT AUX SYMPTÔMES GÉNÉRAUX ET SYMPATHIQUES.

Il est rare que l'érysipèle soit tout à fait apyrétique. L'absence de fièvre ne se remarque que dans les cas où la maladie est très-bénigne et bornée à un petit espace. Presque toujours il existe un appareil fébrile proportionné à l'intensité et à l'étendue de la phlegmasie cutanée. Le plus souvent la réaction est franche, et l'on observe la série des symptômes caractérisant l'état inflammatoire. Ailleurs on voit l'appareil symptomatique qui accompagne les formes adynamique

et ataxique des fièvres graves. Cette variété se remarque spécialement sous l'influence de certaines constitutions médicales, ou lorsque l'érysipèle survient chez des individus affaiblis par l'âge, par les privations, ou bien encore lorsque la maladie s'est terminée, sur une grande étendue, par suppuration et surtout par gangrène. Enfin une des variétés les plus remarquables et les plus fréquentes de l'érysipèle est celle qu'on nomme *bilieuse*, parce qu'elle se complique d'embarras gastrique: la bouche est alors amère et la soif vive; la langue, la peau, l'urine, sont jaunâtres; il y a des nausées, des vomissements et des déjections bilieuses. Cette forme règne souvent d'une manière épidémique, surtout dans les hôpitaux et pendant les saisons chaudes et humides.

C. — VARIÉTÉS DE L'ÉRYSIPELE QUANT A SON SIÈGE.

Je ne parlerai que de l'érysipèle qui affecte si communément la face et le cuir chevelu. L'érysipèle de la tête débute presque toujours par la face, spécialement sur le nez, sur le front ou sur la joue droite; il s'étend ensuite plus ou moins rapidement au reste de la figure et au cuir chevelu. Il n'arrive presque jamais que l'érysipèle de la face soit consécutif, c'est-à-dire qu'il ne soit que l'extension d'un érysipèle primitivement développé sur une partie plus ou moins éloignée des téguments, mais nous avons dit plus haut que plus que tout autre érysipèle, celui de la face était souvent consécutif à un érysipèle interne, soit que celui-ci ait gagné de proche en proche, soit qu'il y ait eu une sorte de transport, comme dans les cas rares de ces érysipèles ambulants qui se portent d'un point à un autre de la peau en respectant les parties intermédiaires.

Dans les prodromes de l'érysipèle qui doit bientôt envahir la face, on observe l'engorgement douloureux des ganglions sous-maxillaires et de ceux des parties latérales du cou. Lorsque toute la face est prise, les individus sont tout à fait méconnaissables; les paupières distendues recouvrent les globes oculaires; les lèvres sont contournées, la bouche est entr'ouverte, l'articulation des sons est difficile ou impossible, le nez a acquis un volume énorme, les narines sont sèches et obstruées par du sang et par du mucus. Si la phlegmasie envahit le conduit auditif externe, les malades éprouvent des bourdonnements et de la surdité. Il est un point de la face très-rarement envahi; c'est le menton.

Contrairement à ce que nous avons dit pour la face, l'érysipèle du cuir chevelu est très-rarement primitif. Sauf le cas où il reconnaît une cause traumatique, il survient presque toujours consécutivement à un érysipèle de la face. On est averti de l'envahissement du cuir chevelu par la douleur tensive que les individus y éprouvent, et surtout par la vive sensibilité que le toucher provoque. Si celle-ci ne s'oppose pas à ce qu'on exerce une pression un peu forte avec la pulpe du doigt, on provoquera une dépression plus ou moins manifeste, en raison de l'infiltration œdémateuse du tissu cellulaire. Ainsi, la *douleur* et l'*œdème* sont les deux signes qui seuls feront reconnaître l'érysipèle du cuir chevelu; car la rougeur manque tout à fait, du moins elle est équivoque: on ne constate guère qu'une teinte rosée ou bleuâtre, tranchant un peu sur la couleur grisâtre naturelle au cuir chevelu; la teinte rosée sera d'autant plus appréciable que les cheveux sont moins épais. Il est presque inutile de dire que chez les sujets complètement chauves, l'érysipèle du cuir chevelu s'accompagne d'une couleur rouge semblable à celle qui a lieu sur les autres parties des téguments.

Les érysipèles de la face et du cuir chevelu sont les plus graves; car ils se

compliquent souvent de délire, lequel toutefois est bien plus souvent sympathique que l'effet d'une phlegmasie des méninges ou du cerveau : cette dernière complication est d'ailleurs assez rare. MM. Piorry et Malle ont chacun publié, en 1833, dans la *Gazette médicale*, un travail pour prouver que les accidents cérébraux qui surviennent dans le cours des érysipèles de la face dépendaient surtout de ce que l'inflammation se serait prolongée au cerveau et à ses membranes par le tissu cellulaire des paupières et de l'orbite, qu'on trouverait alors toujours suppuré. On peut objecter à cette opinion qu'il est très-commun de voir des abcès dans les paupières chez des individus qui n'ont jamais eu ni délire ni coma. D'ailleurs, il résulte des travaux mêmes de MM. Piorry et Malle que, dans le cas où il y a eu des accidents cérébraux pendant la vie, et où l'on trouva après la mort le tissu cellulaire de l'orbite suppuré, le cerveau et les membranes étaient presque toujours intacts; d'où il suit qu'il n'y a point eu transmission de la maladie de l'un à l'autre, mais seulement effet sympathique ou de simple voisinage.

De tous les érysipèles, c'est celui de la face qu'on voit le plus souvent se propager à l'intérieur. Jusqu'où peut-il se porter? Nous l'ignorons; on a fait à cet égard bien des suppositions. On l'a fait cheminer dans les voies digestives et dans les voies aériennes jusque dans le parenchyme pulmonaire lui-même. Tout est encore à vérifier à cet égard. Plus souvent, on voit l'érysipèle de la face n'être que l'extension d'une affection analogue, développée primitivement sur une des muqueuses voisines, spécialement sur la muqueuse du pharynx. Cette origine insolite laisse bien souvent le diagnostic hésitant pendant un certain nombre de jours. Qui soupçonnerait, en effet, un érysipèle imminent, lorsqu'il existe un appareil fébrile considérable, une céphalalgie vive, une très-légère dysphagie qu'explique une pharyngite érythémateuse. Celle-ci paraît si bénigne, qu'elle ne rend pas compte des symptômes généraux; on soupçonne l'invasion prochaine d'une affection plus ou moins sérieuse, lorsque tout à coup un érysipèle éclate à la face.

L'érysipèle à la face qui naît dans le conduit auditif externe peut faire redouter une affection bien autrement sérieuse. Je fus demandé, il y a quelques années, en toute hâte, au milieu de la nuit, à 15 lieues de Paris, pour donner des soins à une dame chez laquelle son médecin, homme fort expérimenté, redoutait une méningite. Depuis deux jours, en effet, il existait une fièvre ardente, des douleurs vives dans tout le côté gauche de la tête, des vomissements, du délire alternant avec un état de somnolence. Arrivé près d'elle, explorant minutieusement la tête, et frappé des signes de douleur que je provoquais en pressant sur l'oreille, je ne tardai pas à entrevoir une rougeur vive qui, sortant du conduit auditif, était sur le point d'envahir la conque; c'était un érysipèle qui gagna la face dès le lendemain; il fut d'ailleurs assez bénin, et, à mesure que la figure fut envahie, on vit cesser entièrement les accidents cérébraux qui avaient si vivement alarmé.

D. — VARIÉTÉS D'APRÈS LES MODES DE TERMINAISON.

Nous avons vu que la résolution n'était pas le seul mode de terminaison de l'érysipèle; que celui-ci pouvait être suivi de suppuration, de gangrène et d'ulcération. La suppuration peut avoir lieu à la surface de la peau; dans ce cas, l'épiderme est soulevé par du pus au lieu de l'être par de la sérosité. Mais c'est là un fait peu important. Il n'en est plus de même lorsque, l'érysipèle

devenu phlegmoneux, le pus s'infiltré ou s'épanche dans le tissu cellulaire sous-cutané. Cet accident a rarement lieu dans toute l'étendue de la partie érysipélateuse; il est le plus souvent partiel: ainsi, à la face, on l'observe presque exclusivement aux paupières. La suppuration est un des accidents les plus graves de l'érysipèle du cuir chevelu, heureusement elle est très-rare dans l'érysipèle spontané, elle ne survient guère qu'à la suite des érysipèles de cause traumatique. Dans ces cas, c'est bien moins un érysipèle qui s'étendra au tissu cellulaire, qu'un phlegmon primitif qui gagne ensuite la peau. Quoi qu'il en soit, on a vu alors le pus décoller le péri-crâne sur une grande surface, les os se carier, se nécroser, et le tissu cellulaire mortifié être entraîné par lambeaux. Au milieu de ces désordres, la peau reste souvent intacte, et ne se mortifie pas comme le ferait celle des membres, si elle était aussi largement dénudée. Dupuytren a expliqué ce fait remarquable par la disposition des artères qui, au crâne, rampant entre l'aponévrose et la peau, adhèrent intimement à cette dernière, de sorte qu'elles continuent à alimenter cette membrane, même lorsque le tissu cellulaire sous-jacent a été détruit. Partout ailleurs, au contraire, lorsque la suppuration a désorganisé le tissu cellulaire sous-cutané, les vaisseaux qui le traversent sont eux-mêmes déchirés, oblitérés, détruits; la peau, cessant alors d'être alimentée, est frappée de sphacèle.

La gangrène n'est pas toujours produite par l'intensité de la phlegmasie; mais elle résulte souvent de l'état général, cachectique, des individus: c'est ainsi qu'elle est fréquente chez les vieillards, chez les enfants nouveau-nés et chez les sujets débilités. La mortification peut frapper primitivement le tissu cellulaire ou la peau; dans ce dernier cas, c'est communément au centre d'une phlyctène que la gangrène se déclare. Celle-ci est un accident fréquent lorsque la peau que l'érysipèle envahit est mince, fine, et lorsqu'elle est doublée par un tissu cellulaire lâche: c'est ce qu'on voit, par exemple, dans l'érysipèle des paupières, dans celui du scrotum, de la verge et des grandes lèvres, surtout chez les petites filles; il n'est pas rare, non plus, d'observer des points gangréneux sur les oreilles, quand elles sont envahies par l'érysipèle.

Si la suppuration et la gangrène sont limitées, il n'en résulte aucun accident grave; mais si elles occupent une grande étendue, on voit alors apparaître l'appareil symptomatique qui caractérise les états adynamique et ataxique.

L'ulcération est un accident rare de l'érysipèle; on ne l'observe guère, comme la gangrène, que dans certaines conditions graves de l'économie. L'ulcération succède tantôt à une phlyctène, à une pustule ou à la chute d'une eschare.

On peut, chez le même individu, observer à la fois plusieurs des suites que nous venons d'indiquer: c'est ce qu'on voit surtout pour l'érysipèle de la face, qui détermine souvent de la suppuration dans les paupières, une gangrène sur les oreilles, tandis que partout ailleurs la maladie se termine par résolution.

Diagnostic. — On peut prédire le développement prochain d'un érysipèle toutes les fois qu'un individu présentera pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures du malaise, de la fièvre et un engorgement douloureux des ganglions lymphatiques. L'érysipèle devra occuper la fesse, la cuisse ou la jambe, si les ganglions de l'aîne sont atteints; la tuméfaction et la douleur siègent-elles dans les ganglions axillaires, la rougeur apparaîtra au membre supérieur ou sur la paroi thoracique; enfin l'engorgement douloureux et aigu des ganglions cervicaux et sous-maxillaires annoncera sûrement un érysipèle de la face ou du cuir chevelu, pourvu qu'il n'y ait ni dans la bouche ni dans la gorge aucune lésion qui en explique le développement. L'érysipèle, une fois déclaré, sera facilement

reconnu, et il sera impossible de le confondre, ni avec la rougeole ou la scarlatine, ni avec la roséole, ni avec l'herpès, ni avec l'eczéma, ni avec l'érythème, pas même avec une simple rougeur produite par l'insolation ou par un sinitisme, etc. Cette dernière, en effet, reste bornée à la peau sur laquelle elle s'est développée, et elle ne gagne pas les parties voisines comme le fait l'érysipèle. En outre, la rougeur est très-superficielle, et la peau n'est ni indurée ni épaissie. Ces différences peuvent s'appliquer également à l'érythème simple, qui, d'ailleurs, est souvent disposé par taches ou par plaques, tandis que l'érysipèle occupe communément une large surface. L'érythème noueux ne pourrait imposer non plus pour un érysipèle phlegmoneux, en raison de la circonscription, de l'aspect et de la forme bosselée de la tuméfaction, etc. Quant à la rougeole, elle se distingue de l'érysipèle par le caractère irrégulier des taches, par leur coloration et par l'affection concomitante des muqueuses, comme la scarlatine se distingue par la rougeur framboisée uniforme ou sous forme de piqueté fin et régulier, avec coexistence d'une angine plus ou moins violente. La varioloïde enfin, quand elle est très-confluente à la face, donne à la peau une tuméfaction et une rougeur qui pourraient simuler un érysipèle; mais en y regardant de près, on découvrira sur la surface malade une multitude de papules, et à supposer que, par impossible, le doute pût exister, on trouverait sur les autres points du corps l'éruption varioloïde avec ses caractères bien tranchés.

Pronostic. — Lorsque l'érysipèle se développe chez des sujets bien portants, il est rare qu'il se termine d'une manière funeste, même lorsqu'il envahit successivement toute la surface du corps. Toutes choses égales d'ailleurs, celui qui occupe à la fois la face et le cuir chevelu est le plus fâcheux; cependant il se termine très-exceptionnellement d'une manière funeste, peut-être 1 fois sur 100, disais-je dans les précédentes éditions, à supposer toutefois que le sujet fût bien constitué, encore jeune, et que l'érysipèle fût primitif. Mais, depuis quelques années, l'érysipèle a pris une gravité exceptionnelle, et la proposition précédente a cessé d'être vraie. N'est-ce là qu'un état momentané? Espérons-le, mais il est certain qu'actuellement un érysipèle de la face et du cuir chevelu, survenant dans les conditions en apparence les plus favorables, doit inspirer beaucoup moins de sécurité qu'autrefois. L'extension de la phlegmasie au tissu cellulaire, la suppuration diffuse, la gangrène, les symptômes adynamiques et ataxiques, sont tout autant de circonstances qui doivent aggraver le pronostic, quel que soit d'ailleurs le siège de l'érysipèle.

Si l'érysipèle primitif a le plus communément une heureuse issue, il n'en est pas de même de celui qui survient consécutivement dans le cours d'une maladie grave, soit aiguë, soit chronique. Même lorsqu'il est peu intense et qu'il reste limité à un très-petit espace, il n'en constitue pas moins une circonstance fâcheuse; car s'il n'est pas assez grave pour entraîner la mort par lui-même, il affaiblit du moins tellement les malades, qu'il accélère le terme fatal ou le provoque: c'est ce que nous avons déjà remarqué pour la fièvre typhoïde (page 48). C'est là peut-être ce qui explique la gravité exceptionnelle de l'érysipèle qui atteint les nouveau-nés; c'est ainsi que, sur 45 cas d'érysipèle observés par Billard, par Bang et par Esterleben, 31 ont eu une issue funeste. MM. Paul Dubois, Moreau, Troussseau, disent n'avoir encore observé aucun cas de guérison dans les premiers mois de l'existence. Pour moi, j'ai vu, non sans surprise, un enfant de cinq à six mois guérir et même souffrir à peine d'un érysipèle qui, après avoir envahi les cuisses, les parties génitales, avait entraîné le sphacèle de toute la peau des bourses.

Il importe surtout au pronostic et pour l'appréciation rigoureuse des moyens

thérapeutiques, de déterminer si l'érysipèle a de la tendance à s'étendre sur d'autres parties, ou s'il va rester stationnaire pour décroître ensuite. La considération de l'état général, et surtout la diminution de la fièvre, peuvent fournir quelque présomption favorable; cependant on devra surtout se fonder sur l'aspect même de l'exanthème. Si l'érysipèle offre une rougeur vive, et si aux limites de cette rougeur la peau gonflée forme un relief sensible, on peut prédire que l'érysipèle n'est pas encore usé, et que sous peu il envahira, quoi qu'on fasse, les parties voisines. Lorsque, au contraire, l'intensité de la rougeur va en diminuant, et que vers sa circonférence il n'existe plus que quelques taches rosées irrégulières, on devra croire que la maladie est déjà bornée ou sur le point de l'être.

Étiologie. — Toutes les parties de la peau peuvent être frappées d'érysipèle, mais nulle n'y est plus sujette que la face: on peut même dire que celle-ci est, à elle seule, plus souvent affectée d'érysipèle spontané que toutes les autres régions du corps réunies. Cependant cette prédisposition de telle ou telle partie à être plus spécialement affectée d'érysipèle varie aux différents âges de la vie: chez les enfants très-jeunes, l'érysipèle du tronc est le plus commun; chez le nouveau-né, il se déclare presque toujours au voisinage de l'ombilic, ce qui s'explique par l'inflammation et la suppuration de cette partie qui sont nécessaires pour opérer l'élimination du cordon. Chez les vieillards, on observe, dit-on, plus souvent l'érysipèle des membres inférieurs, tandis que dans la jeunesse et dans l'âge adulte, c'est l'érysipèle de la face qui prédominerait. Nous croyons que, la première enfance exceptée, l'érysipèle de la face et du cuir chevelu est celui qu'on constate le plus souvent, quel que soit d'ailleurs l'âge des individus.

On observe l'érysipèle à tous les âges de la vie; mais, d'après les calculs de Neuman, la maladie aurait son maximum de fréquence entre vingt et quarante-cinq ans. La statistique de J. Frank, de Chomel, de M. Louis, et nos observations s'accordent pour prouver que l'érysipèle de la face est plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Si les constitutions et les tempéraments ont quelque part dans la production des érysipèles, cette influence est inconnue, tandis que ces circonstances influent certainement sur la forme de la maladie, qui est franchement inflammatoire chez les sujets sanguins, et plutôt œdémateuse chez les individus débiles. On ne sait rien de précis sur les circonstances hygiéniques qui prédisposent aux érysipèles; tout ce qu'on a dit des effets produits par les aliments épicés, par les boissons fermentées, etc., ne doit être accepté que comme de simples assertions. On ignore également l'influence des climats et même des saisons: car si J. Frank regarde les érysipèles comme plus communs en hiver, Chomel et M. Blache les croient, au contraire, plus fréquents au printemps et surtout pendant l'automne. De temps en temps on voit les érysipèles régner en plus grand nombre, et devenir épidémiques sous l'influence de constitutions atmosphériques fort diverses. Underwood, P. Dubois et Moreau ont noté la fréquence de l'érysipèle chez les nouveau-nés pendant les épidémies de fièvre puerpérale. Il est des lieux où l'érysipèle règne sinon habituellement, du moins fort souvent, de manière à pouvoir y être regardé comme endémique. On a signalé surtout certaines salles d'hôpital: c'est ainsi que la salle Saint-Côme de l'Hôtel-Dieu de Paris, avant d'être restaurée, était célèbre par les érysipèles qu'on y observait presque endémiquement; c'est ce que j'ai constaté encore moi-même de 1829 à 1833.

Il est incontestable que, dans la grande majorité des cas, l'érysipèle survient sans le concours manifeste d'aucune cause déterminante. D'autres fois, au con-

traire, la maladie est consécutive à l'action d'une cause matérielle, telle que l'insolation, une solution de continuité, des frottements, l'excitation trop vive d'un exutoire, etc. Cependant, sans nier l'influence que ces causes exercent, on ne peut contester, je pense, qu'elles ne peuvent agir qu'en raison d'une prédisposition antécédente de la constitution, puisque ces conditions ont souvent existé plusieurs fois chez le même sujet sans produire les mêmes résultats. Il faut donc reconnaître que, dans le cas spécial où elles ont été suivies d'un érysipèle, il a existé une cause inconnue quelconque, qui n'est autre que la prédisposition. Les causes occasionnelles peuvent hâter le développement de la maladie, la fixer sur tel point de la peau plutôt que sur tel autre; mais là seulement se bornent leurs effets. Ces principes sont ceux que professait Chomel; nous les adoptons et nous croyons avec ce maître illustre que l'érysipèle n'est jamais le résultat d'une cause externe, ou du moins, si quelque une d'elles concourt à sa production, elle n'a qu'une part secondaire dans son développement; elle suppose le concours d'une cause interne, d'une disposition particulière que nous ne connaissons pas.

L'érysipèle est-il contagieux? Jusque dans ces derniers temps j'avais pensé le contraire; mais les faits observés en 1861, où je vis la maladie se transmettre manifestement à plusieurs personnes, me font admettre aujourd'hui que, dans certains cas exceptionnels sans doute, l'érysipèle est une affection transmissible.

Traitement. — On a préconisé contre l'érysipèle une foule de médications et de méthodes de traitement, depuis l'expectation jusqu'aux médicaments les plus actifs; mais il n'y a rien d'absolu, car la thérapeutique doit varier suivant les formes que la maladie présente. Lorsque l'érysipèle est bénin, lorsqu'il s'accompagne d'une fièvre peu intense, lorsqu'il se reproduit sur un sujet qui en a déjà eu plusieurs atteintes, on pourra ne faire qu'une médecine presque expectante. Les malades seront alors placés dans une température douce; la partie phlogosée sera mise dans la position la plus convenable pour favoriser la circulation veineuse et activer le moins possible l'afflux du sang artériel; on donnera des boissons douces, acidules; il sera utile généralement de joindre à ces moyens l'emploi de quelques révulsifs sur le tube digestif et sur un point de la peau éloigné de la phlegmasie (sinapismes, pédiluves). Quelques médecins ont voulu étendre à tous les érysipèles la méthode de l'expectation, mais nous ne saurions approuver une pareille conduite. L'observation journalière prouve, en effet, que lorsque la maladie affecte un individu dans la force de l'âge et qu'elle s'accompagne d'une vive réaction fébrile, lorsque enfin le pouls est large, dur, développé, il est utile ou plutôt urgent de pratiquer une ou même plusieurs saignées. Ces émissions sanguines modéreront la fièvre, borneront peut-être l'érysipèle; mais il ne faut pas espérer qu'on arrêtera celui-ci brusquement, ni même qu'on abrégera beaucoup sa durée, du moins dans l'immense majorité des cas: c'est ce qui résulte, en effet, des recherches de M. Louis, dont nous avons nous-même vérifié toute l'exactitude.

Telle n'est pas pourtant l'opinion de M. Bouillaud, qui, à une certaine époque du moins, croyait qu'il pouvait guérir les érysipèles avec une facilité et une rapidité étonnantes (textuel), en leur appliquant sa formule des saignées coup sur coup. Ce n'est là qu'une illusion; illusion bien grande, puisque les faits réunis par l'auteur lui-même dans sa *clinique* ont été impuissants pour la dissiper. L'expérience des siècles s'est depuis longtemps prononcée contre l'emploi des saignées abondantes dans le traitement des érysipèles: car les pertes de sang ont pour résultat de favoriser le développement des accidents ataxiques

de prostrer les forces, qu'il faut ménager, surtout lorsque l'érysipèle a de la tendance à s'étendre, à devenir vague, puisque sa durée est alors indéterminée.

Lorsque les émissions sanguines sont indiquées, il faut préférer la saignée générale aux saignées, qui offrent plusieurs inconvénients: appliquées sur l'érysipèle, elles le font souvent passer à l'état phlegmonéux, et si on les met dans le voisinage, les piqûres sont souvent le foyer, le point de départ d'un nouvel érysipèle si le sujet y est d'ailleurs très-prédisposé, ou si l'on observe en temps d'épidémie.

Nous croyons qu'en règle générale on doit s'abstenir de tous les topiques qu'on a conseillés, soit pour modérer l'inflammation de la peau, soit pour la limiter dans le point qu'elle occupe. Cependant, lorsqu'il y a beaucoup de tension, lorsque la phlegmasie gagne le tissu cellulaire, nous pensons qu'il est utile de placer la partie malade dans un bain prolongé, et de l'entourer de cataplasmes de fécule de pomme de terre modérément chauds. Ces deux moyens sont impraticables ou incommodes dans l'érysipèle de la face. On a beaucoup vanté l'emploi des fomentations froides, astringentes; du camphre en poudre avec ou sans mouchetures, de l'alcool camphré étendu d'eau, d'un mélange de basilicum et d'huile essentielle de térébenthine (liniment de Kentisch), d'une solution de nitrate d'argent, ou bien du protosulfate de fer en lotions (30 grammes par litre d'eau) ou en pommade (8 grammes pour 32 d'axonge); enfin on a même conseillé l'emploi du cautère actuel et du moxa; mais aucun de ces moyens n'a l'efficacité qu'on leur attribue, et la plupart sont dangereux.

Pendant plusieurs années, le vésicatoire appliqué au centre même de l'érysipèle a joui d'une grande faveur en France. On sait que cette méthode, ancienne déjà de deux siècles, préconisée par Petit (de Lyon), fut adoptée par Dupuytren, qui la regardait comme très-efficace. Dans les érysipèles de la face, j'ai bien souvent, pendant que j'étais son élève, appliqué un large vésicatoire sur chaque joue, et parfois un troisième sur le front. Cependant, d'après les faits que j'ai observés à la clinique de ce grand maître, je regarde le vésicatoire comme impuissant pour borner l'érysipèle et pour en abrégier la durée. Mais, s'il n'a pas été utile, du moins je n'ai jamais vu aucun accident en résulter, même lorsqu'on excitait la suppuration pendant quelques jours de suite.

On a préconisé encore contre les érysipèles des onctions avec l'onguent mercuriel; mais il est reconnu que la plupart des guérisons attribuées à cette méthode doivent être uniquement rapportées à la marche naturelle de la maladie. Nous regardons en outre cette médication comme dangereuse, et nous la proscrivons; car elle produit souvent des salivations incommodes, interminables, et deux fois j'ai vu la vie des malades en péril par suite d'un gonflement énorme de la langue, qui empêchait la déglutition et gênait l'entrée de l'air. Quelques personnes ont encore conseillé les onctions avec l'axonge fraîchement préparée. Ce moyen, que nous avons vu employer en 1834 par Martin-Solon, nous a paru, en effet, diminuer la sensation de brûlure et de tension des parties affectées; mais ce soulagement est en général de très-courte durée. Je ne sais encore ce qu'il faut penser de la pommade au nitrate d'argent (10 grammes pour 40 grammes), vantée par M. Jobert, pour diminuer la tension douloureuse de l'érysipèle et pour le limiter. La compression exercée à l'aide d'une bande convenablement appliquée a eu quelques partisans. Cependant il serait dangereux d'employer ce moyen lorsque la phlegmasie est encore intense, car il en résulterait parfois des douleurs vives, des eschares, ou la propagation de la phlegmasie au tissu cellulaire subjacent. Il est donc prudent de n'employer la compression que lorsque la maladie est à son déclin, lorsque le derme reste

épaissi et le tissu cellulaire œdémateux; d'ailleurs la compression n'est applicable qu'à l'érysipèle des membres.

En parlant de la compression, nous sommes naturellement conduits à dire un mot du collodion appliqué sur les surfaces érysipélateuses, car très-probablement il agit à peu près de la même manière. C'est M. le docteur Robert Latour qui a eu l'idée de cette médication. Ayant recouvert les parties malades d'une couche de collodion, de manière à les séquestrer tout à fait du contact de l'air, ce médecin avait vu presque toujours l'érysipèle s'éteindre sur place, et tous les accidents concomitants céder simultanément. J'ai, sur une dizaine de malades atteints d'érysipèle spontané, expérimenté ce moyen, et dans près de la moitié des cas la phlegmasie cutanée s'est limitée en trois, quatre ou cinq jours. Cependant je suis loin d'être édifié encore sur la valeur de ce moyen de traitement. L'érysipèle est, en effet, une des affections dont la marche est la plus incertaine et la durée la plus inégale. On le voit, après avoir débuté d'une manière très-aiguë, s'arrêter parfois brusquement sans qu'on ait employé pourtant aucune médication active. Ce qui nous rend encore plus réservé dans l'appréciation des faits que nous avons vus, c'est que, à l'époque même où nous expérimentions le collodion, des érysipèles d'égale intensité, abandonnés à eux-mêmes, se terminaient à peu près dans le même espace de temps. Nous attendons donc de nouvelles observations avant de pouvoir conseiller ou proscrire, en parfaite connaissance de cause, l'usage du collodion dans le traitement de l'érysipèle.

Divers moyens ont été spécialement recommandés pour arrêter les progrès des érysipèles qui s'étendent de proche en proche sur de grandes surfaces. Ceux qui comptent le plus de partisans sont les cautérisations avec la pierre infernale et les vésicatoires.

On a dit, en effet, qu'en cautérisant légèrement la peau avec un crayon de nitrate d'argent au pourtour de l'érysipèle, ou bien en appliquant sur les limites de l'exanthème un vésicatoire de quelques centimètres de large, on bornait la maladie et on l'empêchait d'envahir de nouvelles parties. Mais, après les nombreuses expérimentations que nous avons faites, nous regardons ces moyens comme n'ayant pas l'efficacité qu'on leur attribue. Si quelques médecins ont cru à la puissance des vésicants et des escharotiques pour borner la maladie, c'est qu'ils ont attribué à ces agents thérapeutiques ce qui n'était qu'un effet de la marche naturelle de la maladie. Ainsi, lorsqu'on cautérise ou qu'on met un vésicatoire autour d'une surface érysipélateuse dont le pourtour offre une rougeur *peu vive, mal circonscrite, parfois disséminée par plaques et sans relief du derme*, il n'y a rien d'étonnant que la maladie ne franchisse pas les limites qu'on lui a tracées : car, aux caractères que je viens d'indiquer, on doit soupçonner que l'érysipèle a déjà de la tendance à s'arrêter spontanément. Pour apprécier le degré d'efficacité des moyens dont je parle, il faut les employer *exclusivement*, comme nous l'avons d'ailleurs fait nous-même au pourtour d'érysipèles qui, bien circonscrits, rouges, durs et formant relief à leur circonférence, présentent tous les caractères extérieurs qui indiquent que la maladie n'est pas usée, et qu'elle a de la tendance à envahir de nouvelles surfaces. Or nous affirmons que le vésicatoire ou la cautérisation employés dans ces circonstances sont sans effet, et n'empêchent pas l'érysipèle de s'étendre au delà. Requin a également reconnu l'utilité de l'azotate d'argent pour limiter les érysipèles.

Tous les moyens dont je viens de faire l'énumération, en y comprenant la cautérisation avec le fer rouge, ont été jusqu'à ce jour employés en vain contre l'érysipèle du nouveau-né.

L'érysipèle peut présenter quelques indications spéciales à remplir, d'après la nature de ses complications. Les signes d'embarras gastrique seront combattus par les évacuants; dans certaines constitutions épidémiques, il suffit même parfois d'obéir à cette indication pour voir la marche de la maladie rapidement modifiée. Si la prostration est grande, le pouls petit, dépressible, il faudra soutenir les forces par l'emploi des toniques et des cordiaux; enfin, si le délire survient, on en cherchera la cause. Dépend-il de l'intensité de l'érysipèle ou d'une phlegmasie des méninges, on insistera sur les antiphlogistiques; coïncide-t-il avec l'adynamie, on donnera les toniques; enfin, le délire est-il l'effet d'une simple perversion nerveuse, on tentera l'emploi du musc à haute dose et de l'opium. Il est encore des indications spéciales, suivant les accidents de la maladie. Ainsi une collection purulente s'est-elle formée, il faut lui donner issue. L'érysipèle est-il suivi de gangrène, on favorise la chute des eschares par des cataplasmes émollients, si la mortification est l'effet de l'intensité de l'inflammation; par des topiques excitants, tels que le styrax, le kina, les chlorures, si la gangrène est l'effet de la débilité ou d'un état cachectique. Enfin, dans l'érysipèle ulcéreux, on observe les soins de propreté, on panse les solutions de continuité avec des topiques appropriés. Si l'ulcération devenait phagédénique ou faisait de trop rapides progrès, il faudrait essayer de la modifier à l'aide de la cautérisation.

Il est encore quelques précautions à prendre, suivant que l'érysipèle affecte telle ou telle partie du corps. La maladie occupe-t-elle la face, on se hâtera d'enlever les boucles d'oreilles, car la constriction produite par elles pourrait amener la gangrène du lobule, si l'érysipèle s'étendait jusqu'à lui. Dans l'érysipèle de la vulve, il faudra interposer entre les grandes et les petites lèvres un plumasseau de charpie ou un linge fin, afin de prévenir les adhérences qui se sont quelquefois établies entre ces parties à la suite de leur ulcération.

Prophylaxie. — Il est des individus très-disposés aux érysipèles, qui contractent cette maladie à certaines époques plus ou moins déterminées; il n'y a aucun moyen pour la prévenir. Les bains, les boissons acidules, tempérantes, les apéritifs, les amers, les purgatifs, qu'on conseille dans ces cas, ont rarement les effets que quelques personnes en espèrent.

Nature. — On a beaucoup discuté, ou plutôt divagué, sur la nature de l'érysipèle, qu'on a regardé pendant longtemps comme produit par la stagnation ou par l'altération de la bile. Il est incontestable que l'érysipèle est une phlegmasie cutanée; mais est-ce une inflammation simple, ou bien l'altération de la peau ne serait-elle qu'un des symptômes d'un état général? Il est impossible aujourd'hui de répondre à une pareille question, ou du moins de la trancher d'une manière très-absolue. Disons pourtant, avec Chomel et M. Blache, que si l'on considère la grande mobilité de l'érysipèle, le trouble des fonctions digestives, la disproportion qu'il y a souvent entre les symptômes généraux et le peu d'étendue de la phlogose cutanée, l'impuissance enfin des antiphlogistiques et le développement presque toujours spontané de la maladie, on sera autorisé à penser que les phénomènes inflammatoires dont les téguments sont le siège ne constituent pas toute la maladie. Dans beaucoup de cas, l'érysipèle semble être une manifestation d'une cause générale; c'est ce qu'explique dans beaucoup de cas sa gravité. Cependant nous ne saurions, à l'exemple de quelques-uns, considérer l'érysipèle comme une espèce de fièvre exanthématique, comparable, par exemple, à la rougeole ou à la scarlatine.

INFLAMMATIONS VÉSICULEUSES

Les maladies de ce groupe sont caractérisées par la formation de *vésicules*. On donne ce nom à de petites tumeurs formées par le soulèvement de l'épiderme et qui sont remplies d'un liquide séreux et transparent. La sérosité peut être résorbée; d'autres fois, s'épanchant à la surface de la peau par suite de la rupture des tumeurs, elle forme, en se desséchant, des lamelles ou des croûtes minces et jaunâtres; la peau peut être, après leur chute, plus ou moins excoriée, ulcérée. On a distingué deux espèces de vésicules: les unes seraient précédées de rougeur plus ou moins vive, et leur base serait plus ou moins enflammée; les autres, au contraire, se développeraient primitivement sans lésion antécédente de la peau. Dans le premier groupe on trouverait la *varicelle*, quelques espèces d'*herpès*, l'*hydrargyrie*, la *suette* et parfois la *gale*; dans le second seraient les *sudamina* et l'*eczéma*. Nous avons déjà parlé de la varicelle, de la suette et de la miliaire; nous renvoyons l'histoire de la gale aux maladies produites par les animaux parasites, celle de l'hydrargyrie aux maladies mercurielles: nous ne devons nous occuper ici que de l'herpès et de l'eczéma.

De l'herpès.

Le mot *herpès*, employé pendant longtemps comme synonyme de *dartre*, a été consacré, depuis Willan et Bateman, pour désigner un groupe de maladies cutanées, pouvant aussi se reproduire avec ses mêmes caractères sur toutes les membranes muqueuses accessibles à la vue, maladies essentiellement caractérisées par le développement d'un certain nombre de vésicules *rassemblées par groupes sur une portion de peau* ou de *muqueuse rouge et enflammée*. Ces groupes vésiculeux sont séparés les uns des autres par des intervalles où la membrane est tout à fait intacte.

C'est tantôt sans prodromes, ou bien après un ou quelques jours de malaise, qu'apparaissent de petites taches rouges, qui sont parfois le siège d'une cuisson vive ou d'une véritable brûlure. On y découvre presque aussitôt de petites vésicules résistantes, en général miliaires, quelquefois plus volumineuses et globuleuses, groupées entre elles en nombre plus ou moins considérable; après deux jours, le liquide contenu dans ces tumeurs, de citrin, est devenu opalin, puriforme; puis la petite poche se ride, elle s'affaisse vers le quatrième ou cinquième jour; il se forme enfin une petite croûte qui, en tombant, laisse une empreinte violacée ou rougeâtre, quelquefois une érosion légère.

Tels sont les caractères généraux de la maladie; mais celle-ci, pourtant, offre dans ses formes des différences telles qu'on a dû en admettre plusieurs espèces distinctes. On a eu égard: 1° au siège de l'éruption (*herpès labialis*, *h. præputialis*, etc.); 2° à l'arrangement des groupes vésiculeux (*zona*, *herpès phlyctenoides* et *circinatus*); 3° à la coloration du limbe qui les entoure (*herpès iris*); 4° à l'altération concomitante des cheveux (*herpès tonsurant*, *teigne tondante*).

Mais on a de la sorte rapproché des affections très-dissimilaires. Dès les premières éditions, je l'avais déclaré, je répugnais à ranger dans l'herpès la teigne tondante. Le sens clinique, si je puis parler ainsi, me faisait voir que cette affection devait avoir une autre place. Aujourd'hui, depuis les beaux travaux de M. Bazin, le doute n'est plus permis, et, comme lui, je renverrai l'histoire de cette maladie aux chapitres consacrés, dans le tome II, à la description

des affections cutanées parasitaires. M. Bazin range résolument dans la même catégorie l'herpès *circiné* et l'herpès *iris*, parce que dans l'un et l'autre on rencontrerait toujours, comme dans la teigne tondante, le même végétal parasite (le *Trichophyton*). Cependant, malgré cette autorité, j'exclurai seulement de l'herpès la teigne tonsurante, et je conserverai encore les deux autres variétés, parce que leur physionomie extérieure, leur marche, les rapprochent manifestement de l'herpès simple, et parce que la présence du parasite n'est probablement qu'un accident; elle n'est peut-être pas constante, comme tendaient à le faire croire les premiers travaux de M. Bazin lui-même.

A. — VARIÉTÉS DE SIÈGE.

1° Herpes labialis.

On sait qu'à la suite des fièvres éphémères, catarrhales et de quelques autres maladies aiguës, comme la pneumonie, ou dans le cours de la méningite cérébro-spinale épidémique, ou bien encore à la suite de l'impression du froid ou du contact de certaines substances irritantes, il se développe sur les lèvres et autour de la bouche des groupes plus ou moins nombreux de vésicules. Cette éruption n'occupe ordinairement qu'une des lèvres, et même qu'une partie de l'une d'elles, rarement elle gagne les joues et le menton, mais plus souvent elle s'étend au pourtour des narines. Les vésicules peuvent se développer exclusivement sur la peau des lèvres ou sur leur bord libre; le plus souvent elles existent au point de jonction de la muqueuse labiale et de la peau.

L'*herpes labialis* apparaît tantôt d'emblée; d'autres fois il est précédé pendant quelques heures de rougeur, de tuméfaction et de chaleur brûlante. Bientôt on voit poindre des vésicules; le liquide, d'abord transparent, devient trouble au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, et, dès le quatrième ou le cinquième jour, les vésicules, dont les plus grosses ont atteint à peine le volume d'un pois, se rompent, et il se forme quelques croûtes jaunâtres. Cette éruption est souvent critique; elle n'exige presque jamais de traitement. Cependant, si elle s'accompagne de chaleur et de douleurs trop vives, on ferait quelques lotions avec de l'eau fraîche, à laquelle on ajouterait quelques gouttes de sous-acétate de plomb liquide.

2° Herpes des membranes muqueuses.

On voit souvent se déclarer sur les membranes muqueuses accessibles à la vue des groupes vésiculeux identiques avec ceux qui surviennent sur la peau; ils n'en diffèrent que par le volume moindre des vésicules, par leur rupture prématurée, par des érosions consécutives plus fréquentes, par la production d'une exsudation fibrino-albumineuse, circonstances qui peuvent faire méconnaître le vrai caractère de la maladie. Comme ces herpès, suivant les muqueuses où ils se développent, présentent quelques différences de forme, comme ils peuvent donner lieu, d'ailleurs, à de graves erreurs de diagnostic, il importe de les étudier en particulier dans la bouche et dans le pharynx, sur la conjonctive et sur les organes génitaux.

1° *Herpes buccal et guttural*. — Il se développe parfois à la face interne des lèvres et des joues, et sur la voûte palatine, des groupes vésiculeux entourés d'une auréole rouge, accompagnés souvent d'une exsudation abondante, d'une matière pultacée crémeuse. Mais le siège de prédilection de ces groupes vésiculeux est sur ses piliers, ainsi que sur les amygdales. M. le docteur Gubler a

eu le mérite de fixer plus particulièrement l'attention sur cette forme d'herpès, dont il a donné une description fort exacte (1). C'est le plus souvent après un refroidissement qu'on voit la maladie débiter. Les individus se plaignent de douleur, de chaleur à la gorge et de dysphagie; l'inspection peut faire découvrir sur toutes les parties qui circonscrivent l'isthme du gosier des groupes herpétiques, entourés d'une auréole rouge et qui sont parfaitement dessinés; mais, pour peu qu'on tarde, et parfois au bout de quelques heures seulement, l'épithélium s'est brisé, la vésicule a cessé d'être et l'on ne trouve plus qu'une concrétion pseudo-membraneuse très-adhérente, arrondie ou festonnée et entourée d'une auréole d'un rouge plus ou moins vif. Si la concrétion tombe, il existe à sa place une érosion douloureuse et saignante. Les ganglions sous-maxillaires ne sont point tuméfiés ou le sont à peine. Il n'est pas rare de voir l'herpès guttural coexister avec un herpès des lèvres; ils sont presque toujours simultanés, mais ils peuvent être successifs. J'ai vu un herpès localisé d'abord sur les amygdales, se reproduire sur le voile du palais, bientôt sur la face interne des joues, sur la langue, à la face interne des lèvres; puis, enfin, la maladie se termina par un bouquet d'herpès développé sur la surface cutanée de la lèvre inférieure.

L'herpès guttural, soit qu'il existe seul, soit qu'il vienne s'enter sur une amygdalite, s'accompagne toujours d'une phlogose plus ou moins étendue de la muqueuse; il existe les symptômes locaux et généraux de toute angine bénigne. J'ai vu parfois la maladie se montrer sous forme d'accès ou d'exacerbations, caractérisés surtout par la manifestation de nouveaux groupes vésiculeux.

L'herpès buccal ne peut être confondu avec un aphthe, qui est une ulcération solitaire, tandis que l'herpès est essentiellement caractérisé par des groupes vésiculeux.

Il est souvent plus difficile de reconnaître l'herpès guttural, parce que, les vésicules se rompant prématurément, il n'existe plus qu'une concrétion qu'il faut bien se garder de confondre avec la diphthérie. La première, en effet, est fixe, non extensive, ne s'accompagne pas d'engorgement sous-maxillaire, ni d'aucun symptôme grave, et coïncide souvent avec de l'herpès aux lèvres.

L'herpès guttural n'offre aucune gravité, il cède à la médication que nous avons indiquée en traitant de la pharyngite aiguë.

2° *Herpès conjonctival.* — On voit souvent, surtout chez les enfants lymphatiques, soit spontanément, soit après un refroidissement, des vésicules se développer isolément ou par petits groupes sur la conjonctive et sur la cornée. Les vaisseaux sont plus ou moins injectés, la muqueuse est rouge et boursoufflée.

Les vésicules qui forment le caractère anatomique spécial de cette ophthalmie peuvent se flétrir et se résoudre sans laisser de traces; mais, le plus souvent, à la vésicule succède une ulcération, qui peut être très-superficielle ou ne respecter que la lamelle la plus profonde de la cornée, ou bien enfin elle peut devenir tout à fait perforante. Dans le premier cas, il n'en résulte qu'une cicatrice blanchâtre; dans le second, on observe parfois une hernie de la cornée; enfin, dans le troisième cas, il se produit une hernie de l'iris et des désordres plus graves encore.

Cette conjonctivite à marche généralement lente, sujette à de fréquents retours, est d'un pronostic grave.

(1) *Union médicale*, année 1858.

On insistera sur un traitement tonique général, et localement on modifiera la surface malade en la touchant très-légèrement avec un crayon d'azotate d'argent ou de sulfate de cuivre. On fera également des lotions répétées avec des collyres astringents.

3° *Herpès des organes génitaux.* — L'herpès se développe fréquemment sur les organes génitaux de l'un et de l'autre sexe. Chez l'homme, il occupe le prépuce et le gland (*herpes præputialis*); chez la femme, on l'observe sur les grandes et les petites lèvres, sur la fourchette et à l'entrée du vagin (*herpes pudendi*).

L'herpès qui se développe sur le prépuce a une marche différente suivant le siège précis qu'il occupe. Les vésicules se sont-elles développées sur la surface cutanée, on voit le liquide se troubler rapidement; les vésicules se flétrissent au bout de trois, de quatre ou de cinq jours; il se forme enfin de petites squames ou une exsudation, et tout est terminé après un septénaire. Les vésicules qui siègent sur la muqueuse excitent des cuissons plus fortes; leur développement s'accompagne de chaleur et d'un prurit très-incommode; elles sont extrêmement tendues; vers le quatrième jour le liquide se trouble, l'épithélium se rompt, et laisse à nu une petite excoriation rosée et superficielle, ayant parfois un fond blanchâtre, des bords un peu saillants, et dont la cicatrisation peut se faire attendre pendant sept ou huit jours. Bielt a quelquefois observé l'*herpes præputialis* à l'état chronique: il y a alors des éruptions successives qui finissent par rendre la peau du prépuce rude, ratatinée, indurée; celle-ci enfin se gerce, se fendille par les moindres tractions qu'on opère sur elle.

L'herpès qui se montre sur les organes génitaux de la femme est en tout semblable à l'herpès préputial; il donne lieu, le plus souvent, à un certain nombre de petites ulcérations, parfois il n'en existe qu'une seule, mais étendue à une grande partie de la vulve. Celle-ci est le siège d'un sentiment de cuisson et de brûlure qui augmente pendant la marche et pendant l'émission de l'urine, lorsque ce liquide vient à baigner les surfaces malades.

Au début, l'herpès, qu'il siège à la vulve, sur le prépuce ou sur le gland, se caractérisera suffisamment et se distinguera de toute autre affection, par l'existence, sur un disque ou sur une plaque rouge, d'un certain nombre de vésicules petites, pointues, très-prurigineuses. L'ulcération ou plutôt l'érosion, une fois établie, ne saurait être prise pour un chancre, remarquable, en général, parce qu'il est plus profond, par sa surface grisâtre et indurée, par ses bords taillés à pic et par la présence d'engorgement douloureux dans l'aîne. S'il n'existait plus que des squames, on ne croirait pas à une syphilide, attendu que celle-ci produit des croûtes épaisses, dures et noirâtres.

L'herpès du prépuce n'affecte guère que les adultes et les jeunes gens; le défaut de propreté, des rapports avec des femmes sales, des frottements contre des vêtements grossiers, sont les causes principales de la maladie. Chez la femme, l'herpès vulvaire atteint spécialement celles qui négligent tout soin de propreté; il est surtout fréquent dans les derniers mois de la grossesse.

On lave le prépuce ou la vulve avec une décoction de guimauve additionnée de quelques gouttes d'extrait de Saturne; lorsqu'il existe une ulcération, on la recouvrira de charpie râpée. Ce traitement suffit, et il n'est pas besoin de recourir au traitement énergique conseillé par MM. Ricord et Diday, consistant à panser le mal avec des bourdonnets trempés dans une solution d'azotate d'argent (4 grammes pour 30). L'herpès chronique exige des lotions alcalines, des bains de vapeur, des bains alcalins, sulfureux, et quelques laxa-

tifs. On s'opposera au resserrement du prépuce; l'opération du phimosis pourra devenir quelquefois nécessaire lorsque la longueur et l'étroitesse du prépuce sont la cause de récidives fréquentes, provoquées le plus souvent par la difficulté d'entretenir les parties dans un état de propreté convenable.

B. — VARIÉTÉS D'APRÈS L'ARRANGEMENT DES GROUPES.

1^o Du zona ou zoster.

L'herpès zoster ou zona est caractérisée par des groupes plus ou moins nombreux de vésicules siégeant sur une base enflammée, mais présentant cette circonstance très-remarquable que la maladie est toujours bornée à une moitié du corps.

Symptômes. — Le zona a souvent des prodromes, tels que malaise, accablement, troubles divers des organes digestifs. Bientôt toute la peau où l'éruption va se faire devient, dans les douze ou vingt-quatre heures qui précèdent celle-ci, le siège de cuissons, de picotements et de brûlure. L'éruption commence par des taches d'un rouge vif, irrégulières, apparaissant tantôt de petites saillies qui ont d'abord la couleur de la peau, mais qui s'en distinguent bientôt pour constituer de petites vésicules transparentes. En trois ou quatre jours la métamorphose de la plaque est complète. En général, la rougeur dépasse d'un demi-centimètre, plus ou moins, les limites des groupes de vésicules : celles-ci offrent tous les caractères de l'herpès. Ce sont, en effet, des groupes tantôt discrets et tantôt confluent de vésicules aplaties, opalines ou violacées, qui siègent sur un point de peau enflammée, et sont séparées par des portions de téguments tout à fait saines.

Le zona ne s'accompagne jamais d'accidents graves. Dans la période la plus aiguë, les malades ont des élancements, de la chaleur et un sentiment de brûlure dans les parties affectées : les souffrances sont quelquefois assez aiguës pour empêcher complètement le sommeil. Souvent il y a un appareil fébrile médiocre, de l'inappétence, de la soif, de la constipation, ou un peu de dévoiement.

Cette éruption, disions-nous quelques lignes plus haut, est toujours bornée à une moitié du corps : c'est à peine, en effet, si quelques vésicules, au nombre de cinq ou six, dépassent parfois le raphé médian, soit antérieurement, soit en arrière. On a cité pourtant des zona qui auraient occupé tout le tour du corps; mais, ainsi que M. Cazenave le remarque, ces faits appartiennent plutôt à l'herpès phlycténoïde dont nous parlerons bientôt. J. P. Frank a vu pourtant, en 1818, à la clinique de Wilna, un cordonnier qui avait deux demi-ceintures très-distinctes et placées sur deux plans différents, car il y avait 3 centimètres de différence entre la zone du côté droit et celle du côté gauche.

On observe, en général, le zona sur le ventre ou bien sur la poitrine, où il forme une demi-ceinture de 2 à 5 centimètres de large; beaucoup moins souvent il siège sur les membres, soit qu'il reste borné à l'un d'eux, soit qu'il affecte simultanément le membre supérieur et le membre inférieur du même côté; plus rarement encore il se développe sur le cou et sur une moitié de la face et du cuir chevelu; quelquefois même, dit M. Cazenave, il s'étend jusque dans la bouche. La maladie occupe plus souvent le côté droit que le côté gauche, et cela dans le rapport de 19 à 1, d'après J. Frank, et dans celui de 37 à 16, suivant M. Rayer. MM. Cazenave et Schedel ont également reconnu la fré-

quence plus grande du zona sur le côté droit du corps; Reil est du petit nombre de ceux qui ont émis une opinion contraire.

Les vésicules du zona, dont quelques-unes peuvent acquérir le volume d'une lentille ou d'un gros pois, deviennent opaques au bout de cinq à six jours; la rougeur diminue en même temps. Parmi les vésicules, les unes se flétrissent par l'absorption du liquide, d'autres se déchirent et laissent à nu le corps muqueux excorié; enfin, dans la plupart des cas, des croûtes jaunâtres et minces se forment. Lorsque celles-ci tombent, on trouve que la peau qu'elles recouvrent est brunâtre et violacée; quelquefois elles laissent à nu des excoriations, ou plutôt des ulcérations qui se cicatrisent assez lentement, en laissant des marques indélébiles; enfin, chez des vieillards débilités, on a quelquefois vu la peau siège de l'éruption être frappée de gangrène. Les groupes de vésicules s'étant développés successivement, souvent à plusieurs jours de distance, il s'ensuit qu'on peut voir sur le même sujet la maladie parvenue à ses différentes phases, sans compter que quelques vésicules se flétrissent tout de suite et avortent. La durée du zona varie entre un et trois septénaires : il ne passe jamais à l'état chronique.

Le plus souvent le zona ne laisse aucune souffrance après lui; cependant il n'est pas rare de voir, surtout chez les vieillards, les points qui ont été occupés par la maladie être le siège de douleurs aiguës, lancinantes ou de brûlure n'augmentant point par la pression : ces douleurs, évidemment névralgiques, sont parfois rebelles et résistent opiniâtrément pendant des mois et même durant plusieurs années.

Diagnostic. — Le caractère vésiculeux de la maladie, des vésicules disposées par groupes, siégeant exclusivement sur une moitié du corps, forment une réunion de caractères qui n'appartiennent qu'au zona. Il est inutile, par conséquent, de réfuter ces auteurs qui n'ont décrit le zona que comme une variété de l'érysipèle; car si ce dernier, comme nous l'avons vu, se complique parfois des vésicules, celles-ci néanmoins sont irrégulières, et il est impossible de les confondre avec celles qu'on trouve dans le zona.

Pronostic. — Le zona n'est presque jamais grave, excepté pourtant dans les cas très-rare où la maladie est suivie de gangrène; on dit que quelquefois il a été critique.

Étiologie. — Le zona affecte plus souvent les hommes, les sujets jeunes, ceux dont la peau est blanche; il est plus fréquent dans les saisons chaudes et humides : on l'a vu quelquefois régner épidémiquement. Les causes qui le développent sont à peu près inconnues; les seules dont M. Cazenave ait constaté ou plutôt soupçonné l'existence, sont les perturbations nerveuses et les influences morales.

Traitement. — Le repos, les bains tièdes, les boissons acidules, les préparations d'opium si la cuisson empêche le sommeil, sont les seuls moyens qu'il convient généralement d'employer. On s'abstiendra d'appliquer aucun topique, et surtout des cataplasmes, car ils favorisent les ulcérations. M. Cazenave, pour prévenir le déchirement des vésicules, est dans l'habitude d'oindre avec un peu d'huile les parties malades, et de les saupoudrer ensuite avec de l'amidon sec. Il en résulte une espèce d'enduit inerte qui abrite la vésicule contre toute espèce de frottement, et lui permet de suivre ses phases sans être suivie de déchirures et d'ulcérations. C'est donc là un moyen utile pour prévenir de petites complications, mais il n'abrège en rien la durée de l'affection.

Quelques personnes ont essayé de faire avorter le zona en cautérisant les vésicules avec un crayon d'azotate d'argent; mais, quoi qu'on en ait dit, cette mé-

thode n'a pas grand avantage, et surtout elle n'abrège pas sensiblement la durée de la maladie. Nous en dirons autant des applications de collodion.

Les ulcérations succédant à la chute de croûtes seront pansées avec du céral opiacé ou de Saturne. Inutile de dire que, chez les individus affaiblis par l'âge ou par la misère, surtout lorsque les ulcérations se forment ou que la gangrène est imminente, il faut seconder le traitement local par une médication générale : c'est ici que les toniques, le quinquina, le vin, sont spécialement indiqués.

Les douleurs névralgiques qui persistent plus ou moins longtemps après la guérison de la maladie seront surtout attaquées à l'aide d'un ou plusieurs vésicatoires volants. On pourrait aussi tenter contre elles les injections sous-cutanées avec la morphine ou l'atropine; enfin, à l'exemple de M. Bazin, on pourrait donner les préparations arsenicales à l'intérieur; elles lui ont réussi dans deux cas très-rebelles.

2^o De l'herpès circinatus.

L'*herpes circinatus* est caractérisé par des vésicules très-petites, siégeant sur un fond rouge et formant des anneaux ou des cercles complets dont le centre est intact.

Symptômes. — Une rougeur pouvant n'avoir que l'étendue d'une pièce d'un franc, ayant d'autres fois 5 ou 6 centimètres de diamètre, de forme ronde ou ovale, moins foncée au centre qu'à la périphérie, constitue le premier degré de la maladie. Bientôt la circonférence se garnit de vésicules très-petites et globuleuses; le liquide que celles-ci contiennent, d'abord transparent, se trouble ensuite; la dessiccation s'opère plus tard; enfin les croûtes tombent: la maladie est alors terminée, et il ne reste plus qu'une rougeur vive, qui disparaît lentement. Le centre de l'anneau, où pourtant on ne voit jamais de vésicules, mais qui a été le siège d'une rougeur plus ou moins vive, s'exfolie quelquefois.

L'*herpes circinatus* est une affection très-bénigne, ne produisant qu'un peu de cuisson ou de prurit; sa durée moyenne est de huit à dix jours; cependant, s'il existe un grand nombre d'anneaux et s'ils se sont développés successivement, la maladie peut se prolonger pendant deux ou trois septénaires.

Diagnostic. — Le diagnostic ne peut présenter, en général, aucune difficulté sérieuse. Nous verrons plus tard que si l'aspect de l'éruption herpétique, à certaines périodes, lui donne un peu de ressemblance avec la lèpre, avec le *lichen circumscriptus* et avec le *porrigo scutulata*, cependant il y a dans les caractères extérieurs de ces affections assez de dissemblance pour qu'un œil attentif les distingue aisément.

Étiologie. — L'*herpes circinatus* affecte souvent les enfants et les jeunes personnes; les filles blondes, dont la peau est fine et blanche, y sont très-sujettes. Les anneaux herpétiques peuvent se développer sur toutes les parties du corps, mais on les voit surtout sur les joues et au menton.

Traitement. — Les lotions alcalines ou légèrement astringentes avec l'alun, avec le sulfate de zinc et le sous-acétate de plomb, sont le seul traitement qu'il convient d'opposer à cette affection légère.

3^o De l'herpès phlycténoïde.

On donne le nom d'*herpès phlycténoïde*, *phlycténoïde militaire*, à une éruption de vésicules agglomérées en plus ou moins grand nombre sur une peau enflammée et disposées en plaques plus ou moins irrégulières.

Symptômes. — Dans les points où l'éruption doit se développer, on voit d'abord se former un certain nombre de petits points rouges presque imperceptibles, groupés et très-rapprochés entre eux. Le lendemain, cette surface, plus ou moins irrégulière, et variant, pour l'étendue, depuis celle d'une pièce de 2 francs jusqu'à celle de la paume de la main, est couverte de vésicules dures, très-petites pour la plupart; quelques-unes, cependant, acquièrent le volume d'un pois. Parfaitement transparentes à leur début, elles se troublent rapidement, et souvent douze ou vingt-quatre heures après leur formation, le liquide qu'elles contiennent est déjà lactescent. Vers le troisième jour, l'éruption se flétrit; au huitième, elle est tout à fait affaissée. On trouve, en outre, des croûtes, et çà et là quelques ulcérations superficielles. Enfin, du douzième au quinzième jour, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard, la guérison est complète, et il ne reste plus de l'éruption qu'une coloration rougeâtre de la peau, qui disparaît lentement. L'herpès phlycténoïde ne produit, en général, que la douleur prurigineuse ou la cuisson qui accompagne presque toutes les éruptions herpétiques. Cependant, s'il existe un grand nombre de plaques, et si celles-ci sont très-étendues, on peut observer de la fièvre, un état de malaise et divers dérangements des organes digestifs, accidents qu'on remarque quelquefois pendant un ou deux jours comme prodromes.

Diagnostic. — La réunion de vésicules nombreuses sur une surface enflammée, disposées par plaques, caractérise assez la maladie pour qu'on ne puisse jamais la confondre avec aucune autre affection vésiculeuse ou bulleuse.

Étiologie. — Les causes de la maladie sont très-obscurées; cependant l'herpès phlycténoïde, plus fréquent dans les climats chauds, affecte surtout les jeunes gens. On a dit qu'il se développait souvent à la suite d'une insolation prolongée, ou après des veilles ou des excès dans le régime.

Traitement. — Il est rare que la fièvre soit assez intense pour exiger l'emploi de la saignée: en général, des boissons délayantes et acidules, quelques bains, des lotions narcotiques et émollientes, plus tard alcalines et résolutive, sont les seuls remèdes à opposer à une maladie qui est toujours bénigne.

C. — VARIÉTÉS D'APRÈS LA COLORATION DU LIMBE.

De l'herpès iris.

L'*herpes iris* est une forme très-rare de la maladie; Bateman l'a indiquée le premier. Elle consiste dans de petits groupes de vésicules entourés de quatre anneaux concentriques, érythémateux, de nuances différentes, ce qui fait que les malades comparent quelquefois leur éruption à de petites cocardes.

L'herpès iris occupe de préférence les parties saillantes, comme les malléoles, ou bien la face, les mains, les coudes, les pieds, les doigts, le cou. La maladie débute par de petites taches circulaires formées par des zones de couleurs différentes; dès le deuxième jour il se forme, indépendamment de ces taches, une vésicule bientôt entourée d'autres vésicules plus petites qu'elle. Après deux ou trois jours, la vésicule centrale est aplatie, son liquide est trouble; on distingue alors quatre anneaux érythémateux: le plus interne est d'un rouge brun, le second d'un blanc jaunâtre, le troisième d'un rouge foncé, enfin le dernier a une teinte rosée qui se confond peu à peu avec la couleur de la peau; cependant ces nuances ne sont pas toujours aussi distinctes. Chacun de ces anneaux peut se couvrir de vésicules; mais celles-ci se développent surtout sur le premier. L'herpès iris se termine par desquamation vers le dixième ou le douzième jour.