

d'inflammation accidentelle quelconque de la peau, voire de *phlegmon*. Un peu d'attention devrait suffire, il semble, pour éviter de pareilles méprises. Nous insisterons seulement sur les diagnostics suivants.

*Lymphangite* et érysipèle sont liés d'un rapport étroit; mais si l'érysipèle ne va pas sans lymphangite, celle-ci peut s'observer sans érysipèle. Même en tenant compte de l'identité de nature qu'affirment Verneuil et Clado, il est certain que ce sont là deux modes cliniques différents d'une même atteinte microbienne, le streptocoque se comportant différemment dans l'un ou l'autre cas; nous devons donc établir la distinction symptomatique de ces deux processus.

La *lymphangite tronculaire* est disposée sous forme de traînées qui suivent les vaisseaux jusqu'aux ganglions régionaux; il n'y a pas là les plaques régulières d'un érysipèle même serpigineux. Le diagnostic est plus délicat avec la *lymphangite réticulaire* qui présente au premier abord la plus grande analogie avec la plaque d'érysipèle légitime. On pourra cependant établir, en y prêtant attention, que la nappe rouge est moins bien limitée, irrégulière à sa périphérie où elle va décroissant en un réseau de rubans d'un rose clair avec tache blanche de peau saine. Il n'y a pas là le bourrelet caractéristique, la limite nettement linéaire de l'érysipèle. La surface est moins tuméfiée et lisse, sans inégalités; on n'a pas la sensation rugueuse, grenue de la plaque érysipélateuse. La fièvre d'ailleurs n'a jamais l'intensité que nous avons signalée plus haut.

Les *érysipèles blancs* qu'on rencontre assez fréquemment à la face, s'observent chez des sujets strumeux, et ont pour substratum une angioleucite profonde. Verneuil a signalé, dans le même ordre d'idées, des *œdèmes par rétention lymphatique* sur lesquels se greffent parfois des érythèmes variés. On les voit chez des malades porteurs de lymphadénomes, ou de ganglions cancéreux; ils offrent cette particularité distinctive de persister longtemps, en dehors de tout état fébrile, ce qui éloigne l'idée d'érysipèle.

Les *divers érythèmes* ne sauraient faire l'objet d'une description minutieuse dans ce chapitre: ils ont tous, y compris l'érythème par *insolation*, qui risque le plus d'être confondu avec l'érysipèle, de par leur siège, de par l'absence de symptômes généraux graves, de par leur étiologie facile à dévoiler, des raisons suffisantes de ne pas être confondues avec l'érysipèle de la face.

L'*érythème polymorphe* se localise rarement à la face, d'une manière exclusive; alors même qu'il s'y traduit (et le fait est exceptionnel) par des plaques rouges, saillantes, celles-ci sont d'un rouge plus foncé que celui de l'érysipèle, ordinairement isolées, irrégulièrement distribuées, ne s'accompagnant pas de tuméfaction ganglionnaire; la coexistence de lésions sur les membres et de manifestations articulaires permet de le distinguer nettement de l'érysipèle.

Parmi les *éruptions médicamenteuses*, la seule qui puisse être l'occasion de confusions avec l'érysipèle est celle qui succède aux applications d'emplâtres de thapsia sur la poitrine et qui est due à la volatilisation des principes actifs de ces emplâtres; alors même qu'on ignorerait que le malade a été soumis à ce traitement, la diffusion des lésions à presque toute la surface du visage, l'absence de rebord saillant, la présence d'un nombre considérable de vésicules sub-miliaires et l'absence de phénomènes généraux, montrerait qu'on n'est pas en présence d'un érysipèle, mais d'une éruption artificielle dont on devrait déterminer la cause.

L'*urticaire*, en supposant qu'il se circonscrive à la face, se distingue de l'érysipèle par le peu de violence de l'état fébrile, par l'absence d'engorgement dou-

oureux des ganglions sous-maxillaires, par une démangeaison extrêmement vive. De même pour l'*eczéma rubrum*.

Nous ne croyons pas qu'il faille insister sur le diagnostic d'avec les *fièvres éruptives*. Leur éruption et leur marche sont trop bien connues des praticiens pour que pareille erreur puisse être de longue durée. Seuls les *oreillons* ont pu parfois un instant s'imposer par la rougeur et la tuméfaction de la région parotidienne: mais celle-ci est lisse, diffuse, et apparaît bientôt sur la parotide du côté opposé.

Une maladie infectieuse grave, la *morve*, s'accompagne d'une inflammation particulière de la face qui ressemble à l'érysipèle; mais elle siège sur un œdème dur, mal limité et n'offrant pas le bourrelet si caractéristique de l'érysipèle grave. Au bout de deux jours apparaît l'éruption pustuleuse spéciale; tout cela s'accompagne des accidents naso-pharyngés caractéristiques de la morve et qu'on appelle le *jetage*. Nous renvoyons d'ailleurs à la description de cette maladie dans le premier volume.

**3° Diagnostic de l'érysipèle interne.** — Il n'offre guère de difficulté dans les cas de propagation aux muqueuses d'un érysipèle externe. Quant aux *déterminations primitives* sur tel ou tel viscère, nous avons vu plus haut quelles raisons pouvaient en établir la nature érysipélateuse.

**4° Diagnostic des complications.** — Elles sont toujours secondaires, et il suffit de savoir établir leur relation avec l'exanthème primitif.

**Terminaison. — Pronostic.** — « L'expérience m'a appris que l'érysipèle dit médical, lorsqu'il n'était pas la complication d'une autre maladie, était généralement exempt de dangers » (Trousseau). Cette phrase peut sembler optimiste et pourtant, à l'analyser, elle signifie tout ceci :

Chez un individu jeune et sans tares, l'érysipèle a toutes chances de guérir rapidement; témoin les épidémies d'érysipèles dans les corps de troupe qui sont, en général, très bénignes. Réserve faite pour les cas où le streptocoque a une grande virulence et peut de ce fait causer la mort chez des gens vigoureux. Mais à virulence égale, quelle variabilité dans la résistance du malade! Decorse<sup>(1)</sup> a passé en revue toutes les causes d'infériorité ou de déchéance organique qui influent sur le pronostic de l'érysipèle, et cite en première ligne les *âges extrêmes* de la vie.

Chez les enfants âgés de moins de 3 ans, la mortalité globale est d'environ 55 pour 100. Plus le malade est jeune, plus cette proportion s'aggrave: 50 pour 100 au-dessous d'un an, 100 pour 100 avant l'âge d'un mois révolu. La vaccine accroît la réceptivité des enfants et fait de l'érysipèle une complication plus redoutable encore.

Chez les vieillards, les gens *affaiblis* ou *débilités*, l'érysipèle est presque toujours fatal. « Pour le diabétique, dit Widal, pour le cardiaque, le rénal, l'hépatique, l'érysipèle est une façon de mourir. » Les *intoxications chroniques* sont aussi un élément sérieux de gravité: alcoolisme, saturnisme, morphinomanie.

« La mort dans l'érysipèle arrive quelquefois au milieu des symptômes adynamiques qui sont communs à beaucoup d'autres maladies microbiennes et composent le tableau classique de la mort par infection généralisée. Mais la

(1) G.-J. DECORSE, De la mort dans l'érysipèle; *Th. de Paris*, juillet 1898.

plupart du temps, la mort arrive au milieu de symptômes en rapport avec les lésions des organes touchés par le streptocoque; chaque complication imprime alors à la mort un cachet spécial; — par exemple, la prédominance des phénomènes nerveux quand le streptocoque se cultive dans le liquide céphalo-rachidien en quantité anormale. » (Decorse).

Enfin, il faut dire un mot de l'érysipèle survenant chez les *tuberculeux*. Ce n'est souvent que le coup de grâce pour un phthisique avancé. Mais pour un bacillaire à la première ou seconde période, c'est quelquefois le signal d'une accélération rapide suivant le mode cavitaire, ou l'occasion d'une granulie pulmonaire ou plus ou moins généralisée.

Il faut envisager cependant les suites de l'érysipèle; il est certain que les accidents auditifs et surtout oculaires sont loin d'être rassurants pour l'avenir, et qu'un homme peut rester sourd, borgne ou aveugle à la suite d'un érysipèle. L'endocardite, avec ses embolies imminentes et la persistance possible d'une lésion valvulaire, constitue un danger sérieux.

Quant aux récidives, nous avons vu leur bénignité augmenter avec leur nombre.

Ajoutons, au point de vue de la forme extérieure, que l'érysipèle ambulante est d'un pronostic plus grave que l'érysipèle fixe et serpiginieux. La maladie est dans ce cas plus longue, et peut épuiser le malade si elle se prolonge un ou deux mois.

Enfin, nous dirons un mot des rapports réciproques de l'érysipèle et de la grossesse. Celle-ci n'influence nullement un érysipèle de la face ni comme évolution, ni comme gravité. D'autre part, il est rare que l'érysipèle ait été communiqué au fœtus, ou que le fœtus ait succombé à l'infection générale de la mère. Le plus souvent, à moins de gravité très grande de la maladie chez la femme grosse, la gestation n'est nullement troublée et l'accouchement, ainsi que les suites de couches, se passent sans accidents si on prend les précautions antiseptiques dont nous avons parlé plus haut.

**Traitement.** — Troussau se bornait à l'expectation, les bras croisés; c'était toute sa médecine dans l'érysipèle. Quelques laxatifs, des tisanes et de l'alimentation.

Nous nous garderons de dresser la liste si longue des topiques ou des spécifiques accumulés depuis des siècles. Les idées modernes sur la nature de l'érysipèle ont conduit d'une part à soutenir l'organisme dans sa lutte contre l'infection, d'autre part à appliquer au traitement général et local de l'érysipèle la méthode antiseptique.

**1° Traitement local.** — A côté des compresses classiques d'eau de sureau, de camphre en solution dans l'éther, ce qui soulage le malade, de la vaseline boriquée, des astringents divers en lotions, de l'essence térébenthinée, de baume de Kentisch, de la teinture d'iode (Norvis), des solutions de nitrate d'argent (Goech), du collodion (Robert de Latour), du liniment à l'iodoforme (Koch), de la solution de salicylate de soude (Hallopeau), des badigeonnages à l'acide phénique (Rosenbach) mélangé à la gomme (Nolet) ou à la vaseline (Ebstein), traitements qui n'ont donné que des résultats incomplets, nous devons citer les *injections sous-cutanées de solutions phéniquées* (Hueter) dont l'action est très nette, indubitable, autour de la plaque érysipélateuse. Mais on conçoit quelle

difficulté peut présenter matériellement une pareille pratique sur une région comme la face; on a d'ailleurs enregistré quelques abcès et des phénomènes d'intoxication phéniquée assez graves. Talamon, après avoir expérimenté les solutions antiseptiques les plus connues, a été amené à donner la préférence aux *pulvérisations de solution éthérée de sublimé*, déjà employées par lui dans le traitement de la variole. Une solution au  $\frac{1}{100}$  suffit. Nous renvoyons pour la technique aux articles publiés par ce médecin et par son interne Lovy dans la *Médecine moderne* (1890), à la thèse de Cayet (1890) inspirée par eux, et à la communication de Talamon à la *Société médicale des Hôpitaux*, 1<sup>er</sup> juillet 1892.

Les résultats sont vraiment encourageants: la pulvérisation étant faite sur le bourrelet, en dehors et en dedans, l'érysipèle s'arrête en général dans les 24 heures qui suivent la première pulvérisation. La durée moyenne de tous les érysipèles traités par cette méthode à leur début a été de quatre jours. Il semblerait qu'on soit là en possession d'un moyen simple, peu ou pas douloureux et réellement efficace.

Cependant Roger, qui a expérimenté la méthode, a dû vite y renoncer, parce qu'elle est douloureuse et détermine parfois des ulcérations assez rebelles.

Baccelli est allé jusqu'à injecter du sublimé dans les veines.

Juhel-Rénoy<sup>(1)</sup>, qui a essayé à Aubervilliers un grand nombre de traitements locaux sur plus de 400 érysipélateux, proscrit rigoureusement la médication phéniquée, comme inutile et douloureuse, et les pulvérisations de sublimé, comme peu encourageantes. Il préconise le traitement *mécanique ou compressif*, qu'il réalise par la *traumaticine à l'ichtyol* (gutta-percha 25 grammes, chloroforme 25 grammes, ichtyol 25 grammes). C'est un mélange noirâtre, sirupeux. Son application est cuisante durant quelques minutes, mais pas irritante. Il faut circonscrire par un badigeon large de 5 à 4 centimètres le bourrelet érysipélateux et les tissus sains, il faut s'assurer que *partout* la bande de traumaticine a même épaisseur, il faut la renouveler 3 à 4 fois par jour, car elle s'éraïlle et se casse, et il ne faut cesser l'application que lorsqu'il y a au moins 48 heures que tout processus local est éteint. Dans au moins 50 à 60 pour 100 des cas, cette application arrête net l'érysipèle; elle est suivie d'abord d'un gonflement des tissus; puis, en 24 heures, il y a dégorgeement du bourrelet, affaissement de la plaque, disparition graduelle et rapide de la rougeur, et deux jours ne se sont pas écoulés que la maladie est éteinte. C'est donc un véritable *traitement abortif*. Il est bon, en même temps, d'enduire la plaque érysipélateuse elle-même d'une pommade formée de parties égales de vaseline et d'ichtyol, qui servira également à la désinfection des narines. Hallopeau, qui a eu l'occasion d'expérimenter sur lui-même ce traitement, fut guéri en moins de 48 heures. Il faut l'appliquer dès le début et jamais après le troisième jour.

Bard<sup>(2)</sup> a essayé les badigeonnages de *gairacol* (2 grammes par badigeonnage, 2 badigeonnages par jour. — Diminuer au-dessous de 59°). Il semble en avoir tiré de véritables bénéfices.

Legendre et Beausse<sup>(3)</sup> ont eu quelques succès par des injections d'*acide lactique* (solution aqueuse au  $\frac{1}{100}$ ) à la périphérie du bourrelet d'envahissement.

L'*alcool absolu* a été vanté par Ochsner, qui attribue son action favorable à la déshydratation des tissus et à la coagulation de l'albumine, et par von Langs-

(1) JUHEL-RÉNOY, *Soc. méd. des hôpitaux*, 19 mai 1895.

(2) BARD, *Lyon méd.*, 1895.

(3) LEGENDRE et BEAUSSE, *Soc. méd. des hôp.*, 16 juin 1895.

dorf<sup>(1)</sup>. On applique des compresses (ouate ou linge), abondamment imbibées et sans les exprimer, sur toute la plaque, en les recouvrant d'une étoffe imperméable, afin d'empêcher l'évaporation. Au début, on les renouvelle toutes les quinze ou vingt minutes, en les espaçant davantage lorsque le processus paraît enrayé. On continue le traitement jusqu'à la disparition complète de tout symptôme inflammatoire, résultat qu'on obtient en deux ou trois jours. Par ce traitement, la peau devient très sèche et l'épiderme se détache par petits lambeaux; il faut alors faire des onctions à la lanoline. Jamais il n'y a eu de nécroses superficielles.

On a encore conseillé les *frictions mercurielles*, surtout dans l'érysipèle à répétition (Demateis), les applications d'*infusion de genêt salicylée* (Testevin) et le *collodion à l'iodol* au  $\frac{1}{16}$  (Lobit, de Biarritz). Ce dernier traitement, analogue à la traumacine à l'ichtyol, serait vraiment efficace; il suffirait de trois ou quatre badigeonnages pour amener la rétrocession complète des lésions. Il aurait en outre l'avantage, loin d'être douloureux, de faire cesser complètement la tension des téguments et de déterminer chez les malades une véritable sensation de bien-être.

**2° Traitement général.** — Il est le même que dans toute autre maladie infectieuse. Purgatifs ou vomitifs au début, puis toniques, alcool, stimulants diffusibles, antithermiques, bains froids ou tièdes dans les formes adynamiques ou ataxiques. L'*antiseptie générale* par ingestion de substances réputées microbicides ou spécifiques (acide phénique, perchlorure de fer, acide salicylique, salol, acide benzoïque, résorcine) n'a donné jusqu'ici d'autre résultat que d'abaisser la température. On peut les employer au moins dans ce but. Nous citerons l'administration de l'*aconitine cristallisée*, préconisée par Laborde et Duquesnel et réalisée par Tison<sup>(2)</sup>, qui l'a donnée à la dose de  $\frac{1}{4}$  de milligramme toutes les six heures ou  $\frac{1}{10}$  de milligramme toutes les deux heures, de façon à ne pas dépasser 1 milligramme en 24 heures; ce médicament, d'après ces auteurs, abrège la durée de la maladie et atténue considérablement la douleur.

Est-il nécessaire d'ajouter qu'une prophylaxie rigoureuse est nécessaire, et que l'isolement des malades atteints d'érysipèle doit être réalisé avec la plus grande conscience?

Mais il faut insister sur les antithermiques et les bains froids.

Jaccoud donne le *quinquina* à hautes doses. Le *sulfate de quinine* est très employé. Arnozan le prescrit de la façon suivante : 1 gramme, si la température du soir atteint 40°; 0 gr. 75, si elle est à 39°; 0 gr. 50, si elle reste à 38° (par cachets de 0 gr. 25). Roger le réserve pour les cas à grandes variations thermiques, ou vers la fin de l'érysipèle, alors que la température, redevenue normale le matin, remonte encore tous les soirs. Cinq heures avant le retour présumé de l'accès fébrile, il administre le premier jour 1 gramme, le lendemain 0,75, le troisième jour 0,50; la quinine, qui a pour propriété de régulariser, plutôt que d'abaisser la température, lui a ainsi rendu de réels services. Il ne faut pas oublier que ce médicament n'est pas seulement un antithermique, mais aussi un antiseptique général. Burlureaux va jusqu'à 2 grammes par jour.

L'*antipyrine* se donne aussi couramment aux doses habituelles de 0,50 à 2 grammes, selon l'intensité de la fièvre. C'est un bon médicament antither-

<sup>(2)</sup> LANGSDORFF, *Sem. méd.*, 1895, p. 92.

<sup>(4)</sup> BOURDON, *Th. de Paris*, 1890.

mique, meilleur, moins inégal et surtout moins dangereux que l'*acétanilide*. On peut aussi recommander l'*acide salicylique*.

Legendre et Beausseant ont essayé le *sulfate de cinchonamine*, que Charvin avait déjà essayé dans la pneumonie et d'autres fièvres d'infection. Il ne semble pas que ce soit là encore le médicament de choix. Administré en injections sous-cutanées, aux doses de 0 gr. 50 à 0 gr. 60, ces auteurs en ont obtenu un effet antithermique supérieur à celui des autres médicaments antipyrétiques, par exemple un abaissement thermique de 3 degrés, sans réascension ultérieure. Mais dans d'autres cas, l'effet a été nul ou trop passager. Deux fois il y a eu des convulsions épileptiformes.

A signaler, en passant, les tentatives de traitement par les injections sous-cutanées de *pilocarpine* (Walter-Barr).

Les *bains froids* sont le traitement par excellence des érysipèles graves, adynamiques, typhoïdes, avec ou sans complications broncho-pulmonaires. « La réfrigération, dit Galliard<sup>(1)</sup>, me paraît être le seul traitement véritablement efficace de l'érysipèle... Certains sujets, grâce aux bains, ont guéri contre tout espoir. »

Legendre et Beausseant<sup>(2)</sup> ont étendu l'emploi des bains aux cas dans lesquels la température, sans être hyperthermique, se maintenait d'une façon continue, et d'une manière générale à tous les cas graves, toutes les fois que la langue se séchait, qu'il y avait de l'insomnie, de l'agitation, une certaine loquacité, même s'il existait une complication cardiaque ou rénale, et ils n'ont eu qu'à se louer de cette manière de faire. Sur 455 érysipèles, 570, presque tous bénins, n'ont pas été baignés, et ont fourni 25 décès; 65, soumis aux bains, et qui, naturellement, étaient tous graves, n'ont donné que 2 décès.

Par les bains, le délire cède avec une remarquable rapidité et disparaît complètement après un petit nombre de bains, même le délire des alcooliques avec tremblement généralisé. On peut même le prévenir si on met de bonne heure au bain tout érysipélateux soupçonné d'alcoolisme.

Par les bains la congestion pulmonaire a toujours diminué, et les pneumonies, pas plus que les complications cardiaques, n'ont été aggravées.

Par les bains surtout, l'albuminurie, même à 4 et 6 grammes par litre, a pu diminuer et disparaître; l'oligurie a fait place à la polyurie en même temps que s'éteignaient des symptômes non douteux d'urémie menaçante.

« Les bains que nous avons donnés étaient de 20 degrés, d'une durée de quinze minutes. Les abaissements thermiques obtenus par chaque bain ont varié de 0°,2 dans les cas d'hyperthermie les plus sévères, à 5°,5; en moyenne, ils ont été de 1 degré. C'est dans les cas d'hyperthermie avec délire que nous avons eu les plus grands abaissements; c'est dans les complications pulmonaires graves que la température a été le moins influencée. Le nombre des bains donnés dans le cours de la maladie a été de 1 à 26; le maximum des bains donnés en 24 heures a été de 6. Un albuminurique avec état typhoïde a pris 26 bains en 6 jours. »

Juhel-Rénoy<sup>(3)</sup> compare les résultats de la balnéation dans l'érysipèle typhoïde à ceux obtenus dans la fièvre typhoïde. Il en a eu des résultats remarquables. Le bain a toujours été, quand l'état cardiaque le permettait prudemment, le bain de Brandt, à 18 degrés, d'un quart d'heure. Mais cette formule a été modifiée, tantôt en donnant le bain à 25 degrés au début, et qu'on ramenait lors des bains

<sup>(1)</sup> GALLIARD, *Soc. méd. des hôpitaux*, 10 juin 1892.

<sup>(2)</sup> LEGENDRE et BEAUSSEANT. — *Ibid.* 16 juin 1895.

<sup>(3)</sup> JUHEL-RÉNOY, *Soc. méd. des hôpitaux*, 16 juin 1895.

successifs à 18 degrés progressivement, tantôt en le donnant toutes les deux heures, plus court et plus frais. Il n'y a pas de règle fixe, de formule aveugle pour l'administration du bain; ce n'est pas en se guidant obstinément sur la température du malade qu'on doit régler celle du bain, non plus que sa durée; c'est en prenant en considération l'état général, en appréciant l'état cardiaque, en mesurant l'activité de la diurèse que le médecin doit se prononcer pour telle ou telle intervention. » Souvent, en présence d'une apyrexie relative, le bain peut être nécessaire à cause de l'état typhoïde, et inversement de hautes températures sont admirablement supportées, permettent une diurèse suffisante et ne réclament pas absolument le bain froid.

C'est aussi le bain de Brandt qui a donné à Roger<sup>(1)</sup> d'excellents résultats dans les cas d'adynamie profonde; mais dans les cas de moyenne gravité, Roger a recours aux *bains progressivement refroidis* selon la méthode de Bouchard.

Burlureaux<sup>(2)</sup> emploie le bain progressivement refroidi quand il y a du délire et plus de 40 degrés.

Enfin Sevestre<sup>(3)</sup> a employé avec succès dans un érysipèle généralisé, des bains antiseptiques tièdes (500 grammes de borate de soude dans un bain à 34 degrés prolongé une demi-heure).

On pourrait aussi, cela a été heureusement fait pour les érysipèles des membres et du tronc, donner des bains tièdes au sublimé (2 grammes de sublimé par bain).

En même temps que les bains, on peut pratiquer sur la tête du malade l'*affusion froide*. Mais s'il y a du délire, ou simplement une céphalalgie pénible, on se trouvera bien de tenir en permanence sur la tête du malade une *vessie de glace*.

Le *délire* est encore justiciable d'une autre médication, surtout le délire alcoolique, parfois si rebelle. Quand les accidents sont légers et que les urines ne sont pas albumineuses, Roger injecte matin et soir sous la peau une demi-seringue (10 gouttes) d'une solution de sulfate de strychnine à  $\frac{2}{10000}$ , soit 1 milligramme chaque fois. Dans les cas graves, il a obtenu de meilleurs résultats avec le vin laudanisé: un demi à un litre de vin contenant 50 à 60 gouttes de laudanum de Sydenham. Dans les cas rebelles, il ajoute 2 à 4 grammes de chloral (hydrate) dans une potion ou dans un lavement.

Reste une dernière indication à remplir, et à laquelle on n'attache pas d'ordinaire une importance suffisante: c'est l'*antiseptie buccale et nasale*. Burlureaux y a insisté avec raison. Cette pratique demande un assez nombreux personnel et pas mal de temps, « mais c'est là du temps bien employé ». Il faut faire les injections (eau bouillie ou légèrement antiseptique, irrigateur ou bock) obliquement dans le gosier pour que le liquide tourbillonne dans le pharynx sans frapper normalement la paroi postérieure; dans le nez, le jet doit être bien horizontal; la force du jet doit être prudemment graduée, et l'on arrive ainsi à faire supporter à la muqueuse la pression maximum d'un éguisier de 2 litres; il faut savoir suspendre brusquement et à intervalles plus ou moins rapprochés, suivant la susceptibilité des malades. « Le malade ne doit pas être suffoqué un instant, l'opération ne doit pas lui être très désagréable, et en admettant que la première lui soit un peu pénible, il en éprouvera *toujours* un tel soulagement qu'il accepte sans résistance et réclame même les opérations ultérieures qui se font au nombre de trois ou quatre en 24 heures. »

(1) G.-H. ROGER, *Revue de Médecine*, 10 mars 1893, p. 251.

(2) BURLUREAUX, *Soc. méd. des hôpitaux*, 5 juin 1892, p. 400 du Bulletin.

(3) SEVESTRE, *Ibid.*, 10 juin 1892.

5° **Traitement sérothérapique.** — **Strepto-sérum**<sup>(1)</sup>. — Quelques lignes sont nécessaires sur ce sujet. Sans entrer dans l'historique et les principes généraux de la sérothérapie, sans étudier l'action du strepto-sérum dans les autres maladies à streptocoques, je me bornerai à exposer brièvement les résultats qu'il a donnés jusqu'ici dans le traitement de l'érysipèle.

Le premier, Gramakowsky<sup>(2)</sup>, en 1894, injectait le cinquième jour de la maladie, à un malade atteint d'érysipèle, 8 centimètres cubes d'un strepto-sérum par lui préparé; avec une seconde injection faite une heure après, il obtenait un *arrêt brusque* du processus pathologique. Il était moins heureux chez un second malade où le sérum resta sans effet.

En 1895, Roger et Charrin<sup>(3)</sup> apportent à la Société de biologie leurs premiers résultats. Le sérum de Roger avait guéri un érysipèle de la face chez un nouveau-né. — Jacquot (de Creil) emploie avec succès le sérum de Roger dans un cas d'érysipèle contracté près d'une femme en état d'infection puerpérale.

Marmorek publie en juillet 1895, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, les résultats obtenus avec son sérum dans le service du D<sup>r</sup> Chantemesse, au Bastion 29. Les chiffres qu'il donne sont vraiment peu éloquentes, Marmorek l'avoue lui-même. Ainsi, en prenant pour point de départ la mortalité de 5,12 pour 100 dans l'érysipèle, avant tout essai de sérum, il n'arrive, défalcation faite de certains cas malheureux, où des complications ont entraîné la mort, qu'à une diminution de 1,72 pour 100 dans la mortalité. Il semble que si son strepto-sérum avait vraiment été efficace, aucun malade n'aurait dû mourir d'érysipèle. Or, en prenant la série la plus heureuse où 165 cas d'érysipèles sévères ont été traités avec un sérum très actif (pouvoir préventif = 7000), il y a eu encore deux morts, soit 1,2 pour 100. Une seconde série traitée avec un sérum inférieur (pouv. prév. = 500) a donné, toutes défalcations faites des morts *expliquables*, le chiffre élevé de 4,82 pour 100. Aussi Marmorek préfère-t-il asseoir sa foi en le sérum sur « l'observation suivie de quelques malades parmi les plus gravement atteints ».

Quelques heures déjà après l'injection, tous les symptômes s'amendent: le malade éprouve un *soulagement* entre la 5<sup>e</sup> et la 12<sup>e</sup> heure; le mal de tête et la courbature diminuent, le sommeil revient. — La *température* s'abaisse plus ou moins rapidement, mais après avoir subi une ascension dans les 2 ou 3 premières heures. Pourtant, si la fièvre ne tombe pas, il est nécessaire de renouveler l'injection le lendemain; la fièvre est plus tenace quand la maladie est avancée et surtout dans l'érysipèle ambulante qui nécessite des injections répétées. — Le *pouls* suit la température. — *Localement*, l'amélioration est plus ou moins rapide. Chez des malades pris au début, la rougeur s'effaçait et la desquamation commençait trois heures après l'injection. — Le sérum paraît exercer « une action très remarquable » sur les *reins*. Il n'y a pas d'albuminurie chez les malades traités au début et elle disparaît très vite chez ceux traités plus tardivement.

« Il est impossible de dire quelle est la *dose* de sérum suffisante pour guérir un érysipèle. Cela dépend de la gravité de la maladie et du moment de l'inter-

(1) Voir pour cette question le travail d'ensemble: E. Boix, Le strepto-sérum. *Arch. gén. de médecine*, oct.-nov.-déc. 1898. — Ce terme de « strepto-sérum » m'a paru commode, facile, suffisamment explicite et moins encombrant que le long énoncé: « Sérum antistreptococcique ».

(2) GRAMAKOWSKY, *Presse méd.*, 27 avril 1895, p. 157.

(3) ROGER et CHARRIN, *Soc. de biol.*, 50 mars 1895.