

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 bieuâtre, 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 ces 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 sinapisme, 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 nouveau ne pourrait en 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 variole 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 varioleuse 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, Trousseau, 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-