

Bibliothèque numérique

medic@

Lacroix, L.-Édouard. - Des érysipèles

1847.

***Paris : Rignoux, imprimeur de
la Faculté de médecine***

Cote : 90975

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS

POUR

L'AGRÉGATION EN CHIRURGIE.

THÈSE

SUR LA QUESTION SUIVANTE:

DES ÉRYSIPÈLES;

Présentée et soutenue en juillet 1847,

Par L. - Édouard LACROIX,

Docteur en Médecine,
ancien Interne des hôpitaux, ex-Professeur de la Faculté,
Membre de la Société anatomique.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 29 bis.

1847

0 1 2 3 4 5 (cm)

CONCOURS

JURY.

1847

Président.

Juges

Juges suppléants

Secrétaire.

MM.

MARJOLIN.

BLANDIN.

GERDY aîné.

ROUX.

VELPEAU.

CAZEAUX.

MARCHAL.

P. DUBOIS.

NÉLATON.

AMETTE.

COMPÉTITEURS

MM. L. BOYER.

DEPAUL.

DEVILLE.

A. GUÉRIN.

JARJAVAY.

MM. A. MOREAU.

MOREL-LAVALLÉE.

RICHEL.

SAPPEY.

E. LACROIX.

PARIS.

MIGNONX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

rue Monsieur-le-Prince, 29 bis.

1847

DES ÉRYSIPÈLES.

DÉFINITION.

Traiter des érysipèles n'est autre chose que de décrire les différentes formes d'une même maladie, caractérisée par une inflammation plus ou moins profonde de la peau, liée à une disposition interne et à des symptômes généraux qui affectent plus ou moins l'économie.

CLASSIFICATION.

Si nous consultons la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet, la classification des érysipèles n'est pas chose facile, car tous ont envisagé l'érysipèle d'un point de vue différent, en s'arrêtant à ses symptômes, à sa nature et à son siège.

Ils ont procédé en cela d'après la marche des progrès de l'esprit humain, qui ne s'éclaire sur la nature des choses d'abord que par les phénomènes qui le saisissent, ce n'est qu'après qu'il en recherche les causes; et enfin le terme de son investigation est d'en pénétrer la nature.

Ainsi, les premiers observateurs nous ont d'abord décrit une foule de variétés de l'érysipèle. Basées



sur l'observation des symptômes, toutes ces variétés peuvent être divisées en trois catégories se rattachant 1° aux caractères des divers degrés de l'érysipèle; 2° à sa marche, variée selon le lieu, l'âge, le sexe et les terminaisons; 3° à ses complications.

Les divers érysipèles qui se rapportent aux divers degrés sont l'érysipèle superficiel de Jammes, simple de Desault, lisse de Frank, *glabrum-lævigatum* de Naumann, œdémateux, miliaire, vésiculeux, phlycténoïde, bulleux, *scabrum*, *crustosum*, ulcéreux.

A sa marche : fixe, progressif, erratique, vagues, ambulants, serpigineux, intermittents, périodiques.

A leur terminaison : phlegmoneux, gangréneux, carcimonateux.

Aux lieu, âge, sexe : ces variétés comprennent l'érysipèle général du cuir chevelu, de la face, des mamelles, du cordon ombilical, des organes génitaux, des membres gangréneux, des vieillards et des enfants.

A leur complication : critique, métastatique, symptomatique, rétrocedé, primitif ou consécutif (Bursierus), bilieux, typhoïde, asthénique, ataxiques, adynamiques, malins, nerveux, rhumatismaux, arthritiques, intermittents, scorbutiques, syphilitiques.

D'autres médecins ont eu pour but de s'éclairer sur la nature : l'étiologie a été leur point de départ, et ils ont décrit la maladie comme une obstruction, une inflammation, et l'ont considérée comme érysipèle de cause externe, érysipèle traumatique, et

ont créé deux variétés idiopathique ou symptomatique; enfin on a décrit des érysipèles de cause externe et interne. Ici l'étiologie a fait un pas; ils ont cru l'érysipèle essentiel. Alors l'érysipèle de cause interne a été considéré comme une affection exanthématique que la plupart des écrivains sur les maladies de la peau ont placé entre l'érythème et la scarlatine. Les chirurgiens, plus que d'autres, ont été frappés de sa nature épidémique, d'où a surgi deux érysipèles épidémiques et sporadiques; les médecins anglais ont cru même qu'il en existait d'infectieux, de contagieux.

Enfin, on est revenu au siège, et la raison anatomique a servi de base aux altérations. Et, prenant la peau et ses éléments pour point de départ, Sanson a décrit un érysipèle lymphite, un autre phlébite, et une cutite. Pour M. Blandin, il n'y a que des lymphites; depuis, dans l'ouvrage de M. Nélaton, il paraît s'être un peu modifié en attribuant plus spécialement l'érysipèle traumatique à cette cause, la lymphite proprement dite.

M. Velpeau s'est attaché, par ses travaux, à séparer les affections de forme érysipélateuse, l'angioleucite et la phlébite franche, de l'érysipèle.

Enfin, M. Potier s'est attaché, par des observations pathologiques et cliniques, à établir que l'angioleucite et la phlébite, dans ses limites capillaires, étaient le siège de l'érysipèle.

Malgré la confusion dans laquelle nous jette cette nombreuse variété d'érysipèles, nous sommes

obligé de rendre justice aux observations qui se rattachent à chacune des variétés des érysipèles, et ce serait peut-être pour les modernes mériter peu les ménagements de la postérité que de réduire à néant les travaux d'hommes aussi éminents que les Baglivi, les Sydenham, les Frank, les Pinel, les Bateman.

Si les érysipèles caractérisés par leurs symptômes dominants ont été les premiers étudiés, nous dirons que ces diverses variétés sont les véritables modèles sur lesquels on a basé la connaissance de la maladie et tracé la description de l'érysipèle considéré d'une manière générale.

Que, pour le médecin même, ces variétés ont même un côté sérieux, en ce sens que bien que cela ne soit que les formes d'une même maladie, elles portent peut-être avec elles un cachet particulier à chacune des variétés, et en font véritablement un *type*. Tirant tout son caractère soit de l'appareil général au milieu duquel la maladie apparaît, soit de la manière dont elle se termine, se développe ou se complique, et cela sous des influences résultant peut-être de la constitution, de l'âge, du sexe, et des conditions particulières hygiéniques au milieu desquelles vit l'individu.

Ainsi, pour en citer un exemple, l'érysipèle gangréneux ou phlegmoneux épidémique ne s'annonce-t-il pas, dès le début, avec tous les caractères que confirme sa terminaison? Il en est peut-être de même de l'érysipèle bulleux, vésiculeux. N'y a-t-il pas des

circonstances dans la constitution, l'apparition des symptômes, qui puissent le faire prévoir? car si c'est un degré seulement de cette maladie, combien d'érysipèles s'éteignent sans y arriver ou le dépassent sans avoir présenté ce caractère.

Enfin, le développement régulier dans toutes ses phases de tous les symptômes de l'érysipèle, ou leurs modifications constantes dans leurs formes, ne font-elles pas la science du médecin? son habileté ne consiste-t-elle pas à déterminer où l'érysipèle finit et où la complication commence? Dans la distinction de ces nuances, est tout le tact médical. Si la médecine est une science par la coordination des faits, au lit du malade c'est un art: aussi on naît médecin comme l'on naît poète.

Les érysipèles variés que l'on a admis d'après l'étude de leur nature ont élevé la médecine, en montrant que si l'érysipèle paraissait se développer sous l'influence d'une cause externe, il était, comme disaient les anciens, d'une nature essentielle, ce qui signifie, jusqu'à présent, au-dessus de nos moyens d'investigation, fait que les modernes ont prouvé, en montrant que, comme maladie exanthématique, il a une forme régulière et constante dans sa marche, résistant à tout traitement s'adressant à d'autre chose que ses complications; et que, comme maladie épidémique, il peut avoir dans sa marche un cortège de symptômes toujours identiques.

Enfin, les derniers érysipèles classés sous une raison anatomique, origine des travaux consciencieux et pénibles de MM. Sanson, Blandin, Velpeau,

et Potier, ont ramené la question à sa juste valeur en montrant que dans tout il n'y a rien que deux choses : une inflammation de la peau, et des complications.

Donc, en résumé, les érysipèles sont des formes d'une même maladie : érysipèle développé sous l'influence d'une inflammation de nature essentielle, et ayant pour unique siège la peau ou ses dépendances.

Maintenant, ayant posé ces bases pour leur donner la valeur d'axiomes, il s'agit donc de prouver que l'inflammation érysipélateuse n'a son siège que dans la peau ; que certaines variétés dépendent des différentes parties constitutives de cet organe et des divers degrés de l'inflammation ; hors de là, qu'il n'y a que complications pour les diverses variétés d'érysipèles qui se rattachent par la diversité des causes occasionnelles ; de montrer qu'elles ne sont que secondaires, puisqu'une cause unique, essentielle, inconnue, les domine toutes.

Enfin, pour les variétés de formes, nous démontrerons qu'elles se rattachent toutes à deux variétés : l'érysipèle et l'érysipèle phlegmoneux.

DU SIÈGE DE L'ÉRYSIPELE.

Cette question est purement d'anatomie pathologique. Pour lui donner toute la valeur désirable à sa solution, je rappellerai quels sont les éléments anatomiques qui peuvent être affectés dans l'érysipèle.

La peau se compose du derme, de l'épiderme à

l'extérieur: et à l'intérieur, d'une couche cellulaire dans des nombreuses liaisons avec le tissu cellulaire général.

Le derme, analysé séparément, est remarquable par les variations qu'il présente dans sa densité. Comme Eichhorn le fait remarquer, c'est à son centre qu'il a le plus de densité; à l'extérieur, sur une peau fraîche jusqu'à la profondeur de 1 ou 2 millimètres, suivant les régions, est une couche molle opaline, dans laquelle à l'œil nu on peut apercevoir quelques vaisseaux sanguins: elle est constituée en grande partie par des vaisseaux lymphatiques qui y sont très-nombreux et répandus en forme de nappe; c'est le corps muqueux de Malpighi, formé en grande partie du réseau lymphatique, sans communication directe avec le système capillaire qui lui est contigu et qui lui octroie ses moyens de vie. Pour la couche du derme placée au-dessous du corps muqueux, elle est très-serrée et ne va en se raréfiant qu'en gagnant en profondeur: région de son épaisseur, où elle est parcourue par un grand nombre de vaisseaux, vaisseaux afférents ou efférents du système capillaire, artères et veines; le volume et le nombre plus considérable des veines font que, dans une injection bien poussée, la région profonde de la peau paraît n'être constituée que par des veines.

Des artères, nerfs et lymphatiques, sont distribués dans les deux parties du derme d'une manière inégale, en ce sens que, si les lymphatiques prédominent dans le corps muqueux, c'est, au contraire,

les veines dans le reste du derme. La distribution des vaisseaux dans le corps muqueux et le derme est un peu différente.

Dans le premier, les anastomoses fréquentes des vaisseaux sanguins entre eux et des lymphatiques de leur côté, donnent une disposition en nappe sans limite.

Pour les vaisseaux profonds, ils sont plus indépendants à mesure qu'ils se rapprochent de leurs principaux embranchements.

A l'extérieur, l'épiderme n'est qu'une production de la peau, qui se renouvelle à mesure qu'elle s'use d'une manière quelconque.

A l'intérieur, existent les connexions de la peau, dont la disposition est de la plus grande importance, comme M. Velpeau l'a démontré.

Les relations de la peau avec les parties profondes sont établies par un tissu cellulaire composé de trois couches successives : 1° la première est filamenteuse, feutrée, et ses limites précises avec le derme sont difficiles à établir; 2° au-dessous se trouve le tissu aérolaire ou adipeux adhérent encore au derme; 3° cette dernière limite franchie, il n'existe plus qu'un tissu lamineux dont la trame lâche est la seule connexion entre la peau et les organes profonds. Le siège des altérations produites par les érysipèles ne peut donc se trouver que dans ces divers éléments.

Et cependant je commencerai par déclarer tout d'abord que l'érysipèle léger, superficiel, ne laisse pas de trace de sa rougeur observée pendant la vie.

De là cette divergence d'opinion entre des hommes du plus haut mérite, comme M. Rayer, entre autres, qui a dit qu'il n'avait pas trouvé de rougeur de la peau après la mort : la seule altération pathologique qui signale cette période, c'est une desquamation de l'épiderme ; car le mouvement fluxionnaire qui a entretenu l'érysipèle a augmenté la sécrétion de l'organe. C'est un phénomène analogue à ce que l'on voit quand, au début, une sécrétion augmente, pour se tarir ensuite une fois toute inflammation déclarée. Mais, dans le cas où il quitte le caractère fluxionnaire pour revêtir celui de l'inflammation, on trouve des traces déjà marquées de son passage ; sur le derme, des soulèvements ou des décollements plus ou moins étendus de l'épiderme ; au-dessous, se trouve une sérosité plus ou moins abondante, plus ou moins trouble, suivant l'intensité et la durée de l'inflammation ; l'analogie est frappante avec l'altération produite par la vésication ou la brûlure. Souvent les vaisseaux, les ganglions lymphatiques de la région, sont plus gros que de coutume, simplement engorgés, enflammés ou en voie de suppuration ; car M. Rayer dit avoir, à la suite de l'érysipèle, trouvé du pus dans un lymphatique d'un membre. Au deuxième degré, les altérations sont plus profondes, et surtout plus persistantes. On trouve que la teinte rouge érysipélateuse observée pendant la vie est remplacée par une teinte violacée, comparable à la congestion hypostatique. L'épiderme se détache des parties, comme si la putréfaction avait fait des progrès plus actifs

dans cette partie; au toucher même, la peau paraît avoir moins de résistance dans cette partie que dans les endroits où elle est encore saine; quelquefois même ces taches sont manifestement formées par un épanchement de sang dans le tissu de la peau. (Neucourt, *Érys. épidém.*, in *Archiv. gén. de méd.*, 1846.) Si on détache la peau, la première chose qui frappe, en l'examinant par sa partie la plus profonde, c'est que l'on rencontre une plaque rouge circulaire moins étendue que la rougeur extérieure, et surtout que celle observée pendant la vie. Si l'on vient à couper la peau, en la pressant, on voit s'écouler des gouttelettes de sang noirâtre, épais, comme sanieux, remarqué par M. Ribes, et dans quelques circonstances extrêmes, même du pus, des abcès multiples, ou bien il est contenu dans le calibre des petits vaisseaux. C'est ce que l'on serait tenté de croire, considérant que, dans des observations prises avec soin par M. Neucourt, et surtout dans celles de M. Potier, on a rencontré du pus dans les veines se rendant à la peau. Je citerai même une de ces observations, pour tirer l'esprit de toute espèce de doute.

OBSERVATION. — Cette observation est celle de la nommée Delclots (Louise), âgée de vingt ans, d'une forte constitution sanguine; domestique à Paris depuis cinq mois, époque à laquelle la menstruation, qui avait toujours été régulière, commença à se déranger, sans cependant amener d'autre trouble fonctionnel. Cette femme entra, le 8 janvier, pour un rhumatisme articulaire ayant débuté quelques jours auparavant pour la première fois, et qui la retint dans l'hôpital

jusqu'au 29 janvier, époque à laquelle elle commença à éprouver un peu de malaise général et quelques nausées ; elle était alors entièrement convalescente de son affection rhumatismale, mais était restée dans un état de faiblesse très-grande. A dater de ce jour, le malaise et la céphalalgie accompagnée de nausées continuèrent jusqu'au 2 février, où se manifesta une rougeur érysipélateuse d'intensité médiocre, accompagnée d'un gonflement oedémateux partant de la ligne de séparation des deux fesses, et s'étendant principalement sur la gauche. La langue est nette, assez humide, la soif assez vive ; plus de nausée ; ventre souple, indolent ; pas de selles ; le pouls à 92. (Orge sucrée ; diète.) — Le 3, pouls à 108, un peu de céphalalgie ; sommeil meilleur ; langue un peu blanchâtre ; pas de selles. (Orge sucrée ; ipécac., 2 grammes.) — Le 4, pouls à 112, respiration à 24 ; langue légèrement collante, sèche ; léger enduit noirâtre sur les lèvres et les dents ; vomissements de matières jaunâtres ; ventre sensible au toucher ; pas de taches lenticulaires ; pas de selles. (Eau de gomme.) — Le 5, facies un peu injecté ; bourdonnement d'oreille assez fort ; pouls à 116 ; respiration à 24, sèche ; rien à la percussion. On dit trouver du bruit de souffle dans le tiers inférieur droit ; engouement pulmonaire ; en avant, du même côté, râle sibilant. Les crachats contiennent une assez grande quantité de sang ; pas de toux ; langue blanchâtre ; ventre souple, indolent ; une selle par lavement. L'érysipèle s'est étendu par en bas jusqu'au tiers inférieur de la cuisse gauche, et remonte sur la fesse. (Frictions mercur. ; eau de Sedlitz, 2 verres.) — Le 6, pouls à 116 ; la céphalalgie est moins intense, les bourdonnements d'oreille persistent, on ne retrouve plus de râle ni de souffle, les crachats contiennent encore du sang qui paraît venir des gencives. L'érysipèle est descendu sur les deux cuisses, et n'a pas augmenté en hauteur ; cinq ou six selles. (Sirop de groseilles ; un vésicatoire en ruban autour de la cuisse gauche ; julep avec extrait de quinquina, 7 décigrammes.) — Le 7, pouls à 104, respiration à 24 ; mêmes tintements d'oreille ; température de la peau peu

élevée. L'érysipèle occupe le pubis, les deux aines, n'a pas dépassé le vésicatoire de la cuisse gauche, occupe le tiers supérieur de la droite. (Eau sucrée, 2 pintes; frictions mercurielles.) — Le 8, pouls à 108; respiration à 16; on dit entendre quelques râles à la base du poumon droit. Langue sèche, légèrement noirâtre; ventre sensible; gargouillement général. L'érysipèle a dépassé le vésicatoire, et s'est un peu étendu par en haut. (Même prescription.) — Le 9, pouls à 120, respiration à 32; un peu de faiblesse; du bruit respiratoire à gauche, sans râle; quelques crachats blancs muqueux; vomissements bilieux. L'érysipèle a beaucoup pâli, et n'a augmenté d'aucun côté. (Même prescription, eau de Seltz.) — Le 10, pouls à 112, respiration à 28, pure; état stationnaire. — Le 11, pouls à 116, vibrant; respiration à 24; quelques crachats contenant du sang venant des gencives; même état local. — Le 12, pouls à 108, respiration à 31, inégale. L'érysipèle est arrivé à gauche jusqu'à toucher le vésicatoire; pas de changement à droite. — Le 13, pouls à 104, respiration à 36, faible; abattement très-grand; langue sèche, râpeuse, couverte d'un enduit brunâtre; soif vive; pas de selles. (Lavement émollient.) — Le 15, pouls à 108, respiration à 32. L'érysipèle a franchi le vésicatoire gauche dans les points où il ne suppure pas, et s'étend à droite jusqu'à une jarretière de nitrate d'argent placée hier, et occupe par en haut toute la région lombaire. (Quinquina, 1 partie; eau sucrée, 1 partie; diète.) — Le 16, pouls à 128. L'érysipèle continue à dépasser manifestement le vésicatoire; une selle. (Même prescription.) — Le 17, pouls à 132, respiration à 40; émaciation très-prononcée de la face; insomnie; langue sèche, couverte d'un enduit noirâtre sur toute sa surface; peu de soif; pas de vomissements, ventre indolent; pas de selles. L'érysipèle s'étend en haut jusqu'à la région dorsale. (Même prescription.) — Le 18, pouls à 120, respiration à 32. L'érysipèle dépasse les limites de nitrate d'argent placées en haut et en bas; plaintes continuelles; faiblesse très-grande. — Le 19, le délire est survenu pendant la nuit, et persiste le matin; refroidissement des extré-

mités ; soubresauts des tendons ; pouls incalculable. — Le 20, l'agonie dure encore. — Le 21, elle succombe.

Autopsie. — Elle fut faite le même jour que celle de la précédente. Sujet vigoureusement constitué, taille de 5 pieds, brune. L'épiderme de l'intérieur des cuisses est détaché par grands lambeaux, la peau conserve l'empreinte du doigt; elle est violacée, surtout aux cuisses et aux aines. Des incisions faites à la peau laissent voir l'épaisseur du derme rouge, injecté, laissant suinter un piqueté rougeâtre dû aux sections des capillaires veineux. Le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de sérosité. — *Cerveau.* Infiltration sous-arachnoïdienne de sérosité, un peu louche sur les lobes postérieurs, où elle se détache facilement. Consistance ferme du cerveau, qui est un peu piqueté et un peu revenu sur lui-même. Intégrité parfaite des deux substances. — *Cervelet.* Sain. — *Cœur.* Beaucoup de sang fluide et noirâtre s'écoule de l'intérieur des cavités. Le ventricule droit offre plusieurs caillots jaunâtres assez fortement intriqués dans les piliers charnus, ayant la consistance de la fibrine d'une saignée. Dans la cavité gauche est un caillot également bien organisé, semblable au précédent, et qui se prolonge dans la veine cave et dans l'artère pulmonaire. — *Poumons et plèvres.* Entièrement sains, rosés et crépitants, sans aucun engouement même cadavérique. — *Foie.* A sa surface externe on distingue un pointillé rouge, régulier, se dessinant sur la substance jaune, qui, à la section du foie, paraît fortement hypertrophiée, et offre une sécheresse assez remarquable lorsqu'il a été essuyé avec le manche du scalpel. La vésicule est distendue, et donne une bile verte épaisse. — *Rate.* Petite, de consistance normale. — *Reins.* Un peu pâles. — *Utérus, vessie.* Sains. — *Intestins.* Une quinzaine de plaques de Peyer hypertrophiées, pointillées, sans changement de consistance ni érosion; deux ou trois plus considérables sur la valvule; glandes de Brunner hypertrophiées dans une étendue de 20 à 25 centimètres. — La *veine cave* contient à sa naissance, au niveau de l'angle sacro-vertébral, un caillot mou, diffluent, contenant dans son

centre de la matière purulente unie à la fibrine : en cet endroit la veine est fortement injectée et semble épaissie. — La veine fémorale gauche contient une matière rougeâtre lie de vin. Son tissu est également un peu rouge, injecté.

Pour le troisième degré, il est tout à fait du domaine chirurgical. Les altérations varient à la fois selon les périodes de la maladie dans lesquelles l'individu est venu à succomber.

Dans la première période, la peau présente à l'extérieur des phlyctènes; elle est d'un rouge violacé, uniforme, sans limites précises; elle est lisse, tendue sur le membre, qui a perdu ses formes naturelles par le gonflement; si l'on presse sur le lieu siège de l'érysipèle, les doigts y restent enfoncés; à la dissection, on trouve que la couche profonde du derme, comme la plus superficielle, sont enflammées; l'aspect violacé de la partie profonde, comme la présence des phlyctènes à la superficie, indiquent assez que tous les éléments de la peau ont été pris simultanément. A cette première période, au début, c'est une espèce de lymphe plastique qui remplit les aréoles du tissu cellulaire, suivant le nombre de jours depuis lequel date la maladie. Elle est plus ou moins consistante, sous forme de gelée trouble, ou bien elle a revêtu un aspect grisâtre par la gangrène cellulaire, au milieu de laquelle on remarque déjà des noyaux de pus.

Ou bien, à une période plus avancée, c'est un pus disséminé au milieu duquel s'élèvent des brides riches de vaisseaux, uniques liaisons de la peau

aux parties profondes, unique ressource pour entretenir la vie de la partie, encore quelques-unes ont-elles été détruites. Les conséquences naturelles sont de deux sortes : c'est que des lambeaux de peau tombent en gangrène, caractérisée à la vue par des taches, sa couleur livide, noirâtre, et que des solutions de continuité s'établissent dans les endroits où la peau est réduite en débris ; la chute de ces eschares donne issue au pus, ou bien la rupture des vaisseaux qui se rendaient à la peau donne lieu à de petites hémorrhagies à l'intérieur du membre, ou qui se font jour au dehors.

Une collection de cette nature, si elle ne trouve issue au dehors, fuse au dedans par les ouvertures aponévrotiques que la nature a ménagées soit pour le passage des nerfs ou des vaisseaux profonds.

Les positions de ces diverses altérations pathologiques permettent donc de classer les diverses formes de l'érysipèle, au point de vue anatomique, en trois catégories :

L'érysipèle du corps muqueux ;

L'érysipèle du derme ;

Et l'érysipèle général ou phlegmon embrassant à la fois tous les éléments de la peau et ses dépendances.

Je parlerai pour mémoire des modifications éprouvées par la peau sous l'influence d'une inflammation répétée ou d'une certaine durée, et dans de certaines limites d'intensité, ayant donné lieu à l'exsudation de lymphes, par conséquent dans des conditions oppo-

sées à ce qu'elle est dans les cas de suppuration, où la lymphe plastique n'est plus organisable. La peau et les parties voisines prennent un développement plus ou moins considérable; le mouvement vital imprimé à cette lymphe organisable se communique aux parties environnantes, et les os, les muscles, toutes les parties, acquièrent même un volume considérable; les nerfs seuls ne paraissent éprouver aucune modification.

Que l'érysipèle varie dans sa cause, son développement, ses terminaisons, ou même subisse des complications dont le chirurgien doit tenir compte, jamais le siège anatomique ne sera changé.

Tous les érysipèles peuvent être classés sous cette raison anatomique. Je vais chercher à le démontrer.

L'érysipèle du corps muqueux est l'érysipèle superficiel de Jammes; vrai, Bielt; légitime, Velpeau, Pearson; a nécessairement deux formes se rattachant aux degrés de l'inflammation qui ne peut être qu'un état congestif ou donner lieu à tous les produits de l'inflammation.

Au premier degré, nous mettrons l'érysipèle érythémateux lisse (Frank), fugace, *glabrum lævigatum*, de Naumann.

Dans le second degré, où il y a produits d'inflammation, nous compterons les érysipèles miliaire, vésiculeux, phlycténoïde, pemphigoïde, bulleux, *scabrum custotum*, de Naumann.

Les érysipèles siégeant à la face profonde du derme sont la cutite de Sanson et les terminaisons

ont donné lieu aux formes des érysipèles ulcéreux gangréneux.

Dans l'érysipèle de la peau, embrassant tous les éléments de la peau et ses dépendances, nous décrirons les érysipèles œdémateux, phlegmoneux, gangréneux, malins, charbonneux.

Enfin, pour montrer jusqu'à quel point la raison anatomique est satisfaisante, nous mettrons aussi dans cette classe l'érysipèle carcinomateux (Frank), caractérisé par l'engorgement du tissu que laisse après lui un érysipèle dans lequel une exsudation considérable de lymphé plastique s'est organisée.

Ici se trouve à débattre un des points des plus épineux de la question. L'anatomie nous montre des lésions dans le système lymphatique et dans le système veineux.

Ces lésions sont-elles primitives ou consécutives? Plus clairement, l'érysipèle est-il une lymphite ou une phlébite? Est-ce une affection portant sur ces deux systèmes, ou ne peut-on l'attribuer ni à l'une ni à l'autre de ces deux lésions pathologiques?

Pour résoudre ce problème, il est une foule de questions à se poser.

1° Ces deux systèmes sont-ils spécialement enflammés ensemble ou séparément?

2° L'inflammation est-elle bornée, dans les deux systèmes, à la peau?

3° Cette inflammation est-elle admise par ceux qui adoptent ou rejettent la localisation de cette maladie à ces systèmes?

4° Ces deux systèmes peuvent-ils s'enflammer isolément ?

5° Sont-ils enflammés primitivement ou consécutivement ?

6° Est-ce une inflammation ordinaire ou d'une nature particulière ?

1° Si l'inflammation, d'après les travaux de Hunter, Philips, Thomson, Kaltenbruner, dans son premier degré, est caractérisée par une augmentation, puis une diminution dans le mouvement circulatoire, et la formation de nouveaux vaisseaux, et enfin par l'élaboration de nouveaux produits, il n'y a pas le moindre doute que le gonflement, la rougeur, la stase du sang, et la formation de nouveaux produits, dénotent la présence de l'inflammation des vaisseaux du réseau capillaire; système constituant les radicules des veines, et contigu au système du réseau lymphatique dans le corps muqueux de Malpighi; et dans l'inflammation au plus haut degré de l'érysipèle phlegmoneux, on trouve l'expression de cette inflammation portée au plus haut degré.

Les vaisseaux lymphatiques et veines, par leur contiguïté ou continuité avec ce réseau capillaire, peuvent donc participer à l'inflammation ensemble ou séparément, comme le prouve la proposition suivante :

2° L'inflammation est-elle bornée au réseau capillaire et à sa partie circonscrite à la peau ? Non certainement, pas toujours, comme le prouve l'ob-

servation. Et même, dans l'érysipèle, elle peut spécialement envahir les lymphatiques ou les veines; car tantôt les observateurs ont trouvé du pus dans les lymphatiques, tantôt dans les veines (voir observation précédente).

3° L'inflammation de ces deux systèmes en totalité ou en partie, dans certaines circonstances, est donc un fait acquis à la science, qui n'est pas même rejeté par ceux qui sont les plus grands adversaires de la localisation de l'érysipèle à ces deux systèmes vasculaires.

4° Ces deux systèmes peuvent-ils s'enflammer isolément? M. Velpeau s'est trop attaché à démontrer qu'il y avait des affections ayant les formes érysipélateuses, et qui ne sont pas l'érysipèle, comme l'angioleucite et la phlébite, pour que j'aie besoin de soutenir une idée qui a été développée avec tant de talent.

Mais ce que j'ai besoin de signaler, c'est que le développement isolé de l'une ou l'autre de ces deux inflammations n'est pas un fait acquis à la pathologie générale, uniquement pour l'inflammation de la peau; la métrite est dans le même cas. Car, pendant un an où j'ai été interne à la Maison d'accouchements, je n'ai vu que des lymphites où mes prédécesseurs n'avaient vu, dans d'autres épidémies, que des phlébites.

Nous noterons donc aussi, pour mémoire, que la nature épidémique, comme on le voit, joue un

grand rôle dans la détermination du siège de l'inflammation sur l'un ou l'autre système.

5° Le point le plus litigieux est de déterminer si ces deux systèmes vasculaires sont enflammés primitivement ou consécutivement.

L'action traumatique prouve que les blessures superficielles peuvent déterminer l'angioleucite, comme les plus profondes la phlébite. Que manque-t-il à ces inflammations pour être des érysipèles? D'en revêtir le génie particulier. (Ils peuvent même prendre ce caractère, car M. Velpeau dit, page 141, *Archives générales de médecine*, t. 8, 1835: On doit ajouter encore que si des érysipèles des phlegmons de toutes les nuances succèdent à l'angioleucite, etc.)

Ce premier mode de développement paraît démontrer anatomiquement que l'invasion de ces deux systèmes peut même précéder la maladie.

Pourquoi maintenant n'admettrions-nous pas que l'inflammation de l'un et de l'autre de ces systèmes peut être spontanée, ce que, du reste, prouvent les autopsies cadavériques.

Et s'il y a des métrites d'emblée, lymphatite ou phlébite, il en est de même pour l'érysipèle.

L'intensité seule fait que ces deux variétés de l'érysipèle peuvent être ou ne pas être précédées ou suivies de symptômes qui dénotent leur nature différente.

Mais avoir établi que ces deux systèmes s'enflamment isolément, même spontanément et sous l'in-

fluence épidémique, n'est pas encore avoir résolu la question de savoir si leur inflammation est l'érysipèle. D'abord, même, avec un esprit peu difficile, on pourrait nier la constance de l'inflammation de ces deux systèmes, prouvée par l'anatomie et la symptomatologie. Nous ne jetons cette vérité qu'en passant, pour nous en tenir à la lettre, à la question anatomique, et nous trouverons la solution dans la question suivante.

6° Nous arrivons à nous demander : est-ce une inflammation ordinaire ou d'une nature particulière? La conclusion est facile.

Admettons provisoirement que les érysipèles ont pour siège les systèmes lymphatiques et veineux. En renversant la proposition, nous arrivons à l'absurde. La phlébite et l'angioleucite confirmées sont des érysipèles; donc il faut que la nature de ces inflammations revête un caractère particulier. Où peuvent-ils le puiser autre part que dans le système capillaire, siège de toutes les inflammations (et je ne sache pas qu'on les ait placées autre part)? L'angioleucite et la phlébite sont donc des complications fréquentes, mais que l'on ne rencontre pas toujours se développant à la suite de l'inflammation-érysipèle, l'inflammation de nature érysipélateuse, inconnue dans son essence comme dans sa cause.

Il ne nous reste plus qu'à pénétrer cette cause et à faire voir qu'elle est unique, quoique multiple dans les formes qui la démontrent, formes qui ont été d'origine d'une foule d'érysipèles différents.

ÉTIOLOGIE.

Tout le problème se réduit à ceci : Y a-t-il des érysipèles externes et de cause interne ?

Car toutes les variétés viennent se grouper dans ces deux ordres, car, soit que vous adoptiez des érysipèles secondaires, symptomatiques, consécutifs, venimeux, par brûlure, traumatique; ou bien que vous admettiez des érysipèles internes, essentiels, exanthémateux, vrais, légitimes, bilieux, asthmiques, adynamiques, atoniques, typhoïdes, malins, nerveux, rhumatismaux, arthritiques, scorbutiques, ce sont toujours des érysipèles par cause externe ou par cause interne.

Pour dégager la question de la nature de l'érysipèle de ses entraves, il faut chercher son expression la plus simple. Eh bien, je n'hésite pas à dire que la question à résoudre, comme l'on voit, se trouve véritablement sur les limites de la chirurgie et de la médecine, car la fréquence des érysipèles à la suite des opérations semble même devoir être le guide le plus sûr par les données positives dont on part.

Car les causes occasionnelles paraissent jouer un grand rôle dans le développement de cette maladie.

Y a-t-il donc des érysipèles externes, traumatiques? Si l'on fait attention, ainsi que le remarquent MM. Blache et Chomel, qu'on rencontre les érysipèles traumatiques dans des conditions différentes: ainsi, qu'ils sont sporadiques ou épidémiques, avec ces illustres médecins, nous dirons, des

premiers, sporadiques, 1^o que, placés en dehors des influences épidémiques, ils se développent chez certains individus sans causes occasionnelles; 2^o que chez ceux sur lesquels la maladie se déclare par suite de lésion traumatique, cette cause est loin d'être la même, qu'elle pourrait avoir même existé nombre de fois chez eux (synapismes, saignée, vésicatoires) sans produire l'érysipèle; qu'elle atteint chaque jour nombre de personnes sans que l'érysipèle survienne.

Il faut donc une prédisposition.

« Dans les circonstances où la maladie est épidémique, si l'influence des causes traumatiques ou occasionnelles paraît plus manifeste, plus évidente par sa fréquence, on peut répondre :

« 1^o Que, dans le même temps, l'érysipèle, sans le concours de causes occasionnelles, se montre sur un grand nombre d'individus; 2^o que, lorsque l'érysipèle cesse de se montrer spontanément, les mêmes causes traumatiques ou occasionnelles, qui semblaient se produire, n'ont plus le même effet, et que, sur cinquante personnes auxquelles on appliquera sinapismes, vésicatoires, sangsues, il n'y en aura peut-être pas une affectée d'érysipèle. »

L'érysipèle sporadique ou épidémique est donc principalement dû à une cause interne.

Les érysipèles contagieux, infectieux, existent-ils? C'est un point qui se rattache tout naturellement à cette question d'étiologie.

Cette opinion est assez généralement reçue. En

Angleterre, Wells, Pitteair, Baillie, Par. Dickson, Weatherhead, Stevenson, Arnott, Gibson, Burry, Willan, Lawrence, ont avancé des faits plus ou moins curieux pour soutenir cette manière de voir.

Simple, cette maladie n'est pas contagieuse; compliquée, elle n'est plus qu'un phénomène qui appartient au génie épidémique. Probablement l'état épidémique a été confondu avec l'état contagieux: ainsi, pour citer un exemple de la confusion qu'il peut y avoir eu, il ne s'agit que de rappeler un fait rapporté par Willan comme des plus probants. Un enfant étant affecté d'érysipèle, il se communiqua à la mamelle de sa mère qui l'allaitait.

Ces deux individus ne vivaient-ils pas dans des conditions hygiéniques tellement identiques que la maladie épidémique ne pût sévir également sur les deux?

Pour sa nature infectieuse, est-elle plus révélée par les tentatives d'inoculation de Willan. L'action traumatique n'est-elle pas la cause occasionnelle, secondaire, déterminante? Et dans le cas d'épidémie, n'agit-elle pas avec toute son intensité?

Nous sommes donc loin de partager l'opinion de M. Pelletier, de la Sarthe, qui pense que les érysipèles sont infectieux dans le cas d'épidémie.

La cause traumatique n'est donc qu'occasionnelle, secondaire, pouvant hâter l'apparition ou déterminer le siège de la maladie. Il n'y a pas d'érysipèle traumatique tels que l'entendaient les anciens.

La cause est donc essentielle, ce qui veut dire particulière, et qui nous échappe.

Serons-nous plus heureux en recherchant son essence dans les causes internes ? Les chirurgiens et les médecins, guidés chacun par leur genre d'étude, ont cherché sa nature en suivant des voies différentes : les premiers, en interrogeant les influences dans les agents physiques extérieurs ; les autres, dans l'organisme sain ou malade.

Les chirurgiens, frappés des influences météorologiques sur l'état épidémique, se sont demandé si c'était le froid, la chaleur, l'humidité, la sécheresse, l'état électrique, qui réagissaient sur l'organisme ; mais sous le ciel le plus chaud, comme aux tropiques, dans les pays les plus froids, aux régions polaires, sur un sol humide, comme la Hollande, comme dans les pays les plus secs, l'érysipèle n'est pas plus rare ou plus fréquent. Leur solution de la question a donc été nulle.

Les médecins se sont pris à étudier l'organisme. L'état des voies digestives a été le phénomène qui a dû les frapper tout d'abord, comme un état fréquent ; mais cette cause n'est pas constante ; elle ne peut être invoquée comme cause générale ; la plus grande importance que l'on puisse y attacher est d'en faire une cause occasionnelle secondaire, et, de fait, ce n'est qu'une complication. Pour les autres variétés d'érysipèles adynamiques, ataxiques, malins, typhoïdes, arthritiques, rhumatismales, scorbutiques, ce sont des exceptions qui ne peuvent même pas s'élever au degré de cause occasionnelle des érysipèles. Nous aurons plus loin, à propos de

la symptomatologie, à nous exprimer sur la valeur des formes qu'ils impriment à la maladie sans la constituer.

En résumé donc, tous les érysipèles reconnaissent une même cause dont il nous est impossible de pénétrer l'essence, ainsi que cela nous arrive pour la scarlatine, la variole. Tous les érysipèles, diversifiés par leurs causes, n'existent donc point.

Nous avons étudié le siège et la nature des érysipèles; nous avons montré que, par leur siège à la peau, on ne pouvait distinguer que trois variétés anatomiques, ou formes de cette maladie, qui est unique par sa cause.

Il n'y a donc qu'une description à faire de cette maladie; seulement le siège peut en diversifier les symptômes; les complications, par leur gravité, peuvent ôter à la maladie de l'importance que l'on attache à son caractère spécial, comme érysipèle: ce qui en fait une maladie chirurgicale au lieu de médicale.

J'en décrirai donc deux: l'érysipèle proprement dit et celui qui est compliqué, qu'on devrait peut-être nommer l'érysipèle médical et l'érysipèle chirurgical.

Et à propos de leur apparition, leur développement, leur marche, leurs terminaisons, je montrerai que l'on a décrit une foule d'érysipèles qui ne

sont caractérisés que par la prédominance d'un symptôme.

DE L'ÉRYSIPÈLE PROPREMENT DIT, ÉRYSIPÈLE MÉDICAL.

Définition. — C'est une inflammation plus ou moins profonde de la peau, liée à une disposition interne, caractérisée par la douleur, la chaleur, la rougeur; disparaissant sous le doigt, avec ou sans réaction générale sur l'économie.

Cause. — La cause de cette maladie est une modification intérieure de la constitution, qui devient l'agent principal, pour ne pas dire indispensable, de son développement. Nous avons discuté ce point d'étiologie, je n'y reviens pas.

Mais ce que j'ai à exposer, ce sont les causes prédisposantes, lesquelles peuvent hâter la maladie, en déterminer le siège. Elles sont nécessairement tirées des conditions individuelles de l'organisme, ou de l'influence des agents extérieurs.

Celles qui se tirent de l'état individuel, sont relatives à l'âge, au sexe, au tempérament, aux constitutions.

Les jeunes gens, les femmes, paraissent y être prédisposés; cela a paru dépendre de la délicatesse du tissu de leur peau. Les vieillards, les enfants naissants, sont aussi exposés à cette affection (mais ce n'est pas une raison pour faire un érysipèle des vieillards et des enfants; toutes leurs différences ne sont pas dans la nature, mais dans les conditions ana-

tomiques et physiologiques qui modifient, du reste, l'érysipèle comme toutes les autres maladies).

Sexe. — Les femmes, au dire de tous les auteurs, y sont plus souvent exposées que les hommes, et surtout, selon Frank, dans le temps de leurs règles; selon cet auteur, le rapport de leur fréquence avec ceux observés sur l'homme est dans le rapport de 4 à 1. Ainsi, sur 24 cas d'érysipèle, il dit avoir observé 16 cas pour les femmes. M. Choimel, dit que sur 20 cas d'érysipèle observés en 1822, 1823, 1824, il a remarqué 13 cas chez les femmes. Sur 43 cas de cette affection, M. Louis a observé 26 cas qui se sont développés sur des femmes.

Enfin, sur 633 érysipèles renvoyés du Bureau central, en 1830 et 1831, il y avait 326 femmes.

En résumant donc ces quatre relevés, on arrive à la conclusion que sur 718 cas d'érysipèles, on en rencontre 381 sur des femmes et 337 sur des hommes.

La fréquence est donc plus grande sur les femmes, mais moins marquée que Frank ne l'avait établie en disant qu'elle était, chez les femmes, dans le rapport de 4 à 1.

Tous les tempéraments sont exposés à cette maladie. Sous l'influence des idées théoriques humorales, on a pensé qu'une nutrition excitante, de mauvaise nature, en pouvait être une cause occasionnelle, ce qui est loin d'être démontré. Enfin, il est des dispositions idiosyncrasiques qui font que certaines personnes en sont affectées très-souvent d'une manière

périodique (érysipèles périodiques), ou à l'occasion de la suppression d'hémorroïdes, métrorrhagies, menstrues, ulcères artificiels. A propos de l'étiologie, j'ai discuté la valeur de ces causes, qui peuvent toutes être réduites à une prédisposition ou à une complication (érysipèles secondaires).

Les influences dépendantes des agents extérieurs sont de deux sortes : météorologiques ou physiques. Relativement aux saisons, on l'a cru plus fréquente au printemps et en automne ; Frank dit l'avoir observé dans un hiver très-rigoureux. On voit par suite de cela que c'est une maladie qui appartient presque à toutes les saisons. Lorry a même prétendu que le passage du chaud au froid n'était pas sans influence.

Pour les agents physiques, leur action est plus démontrée : les professions dans lesquelles certaines parties du corps sont habituellement découvertes, et peut-être est-ce une des causes de la fréquence de cette affection à la tête et aux mains ; mais les agents de leur nature excitants peuvent irriter la peau ; leurs influences sont mises en relief par les épidémies dans lesquelles une friction, l'application de vésicatoire, sangsues, sinapisme, peuvent provoquer et déterminer le point de départ de l'érysipèle. Après s'être déclaré par une cause si légère, ai-je besoin de dire que toute action traumatique en détermine l'apparition et le siège (érysipèles traumatiques) ?

Il existe des prédispositions même de lieu : ainsi,

tous les auteurs s'accordent à dire qu'il est plus fréquent à la *tête* que partout ailleurs. MM. Chomel et Blache ont cherché à apprécier ce rapport, qu'ils évaluent dans le rapport de vingt à un pour le reste du corps. Celui du *cou* vient après. Chez l'homme et l'enfant, il est fréquent au *scrotum*, aux grandes lèvres sur les femmes, et les enfants à la naissance; aux *membres* pelviens sur les vieillards, à la suite de longues marches chez les soldats; sur les personnes qui ont habituellement les jambes nues; les *membres* thoraciques, dans les professions de teinturiers, buandiers, tanneurs, boulangers. *Pour celui du tronc*, il se montre le plus souvent comme spontané; par le concours d'une cause irritante, il envahit les mamelles chez les femmes et l'ombilic chez les enfants nouveau-nés. Ai-je besoin de dire que dans cette région il se déclare une maladie de la peau longtemps confondue avec l'érysipèle, mais qui n'est pas une affection identique, c'est l'érysipèle zona?

Cette diversité de siège de l'érysipèle est-elle une raison pour en faire autant d'espèces différentes, de la tête, du cou, des parties génitales? Si l'expression extérieure de l'érysipèle est changée, si sa marche même est modifiée, il ne faut en voir la cause que dans la disposition anatomique différente selon les régions, ou dans le trouble apporté à l'accomplissement de certaines fonctions. Aussi aurai-je à m'expliquer sur ces modifications imprimées à pro-

pos du développement et de la marche de l'érysipèle.

L'érysipèle, comme nous l'avons dit, est une inflammation; sous ce rapport, elle en présente toute l'expression physiologique: rougeur, chaleur, douleur, gonflement, toutefois avec des caractères tous spéciaux dans les formes, et dans sa marche ultérieure une fois qu'elle est développée.

La *rougeur*. Son aspect varie du rose au violet, souvent mêlé de jaune. Circonscrite d'abord, elle est, par sa nature extensive, susceptible d'envahir les parties voisines; son intensité en coloration varie selon la période de l'inflammation à laquelle on l'observe.

C'est ce qui est incontestable: c'est même un point important à apprécier en ce sens qu'il pourra faire prévoir dans quelles limites sont les complications à attendre, et diversifier le siège anatomique de l'inflammation.

La vivacité de la rougeur est moindre que dans la scarlatine; sa nature est d'être accompagnée de douleur (différente en cela de l'érythème) et de gonflement (ce qui met une limite tranchée entre cette affection et celle de nature herpétique, et spécialement le zona que l'on a compté au nombre des érysipèles). Elle disparaît à la pression sous le doigt, ce qui dépend de ce que les capillaires sont envahis en toute circonstance; seulement disparaît-elle toujours à la pression? c'est ce que M. Sanson et M. Pelletier nient formellement.

En effet, s'il est des circonstances où les doigts laissent une impression blanche sur la peau, quelquefois la peau est rose après l'application, et cependant d'une intensité de coloration moins vive que les parties que l'on n'a pas touchées. Enfin, dans quelques cas où la rougeur est violette, elle n'est nullement modifiée à la pression.

Douleur et chaleur. — Ces deux signes sont difficilement séparés l'un de l'autre, dans les expressions que l'on en donne; car si, dans le principe, la douleur, prise isolément, est tensive, puis devient vive, piquante, mordicante, en même temps elle sert à exprimer la sensation de la chaleur. Cette douleur devient cuisante, sèche, ardente, brûlante. La température, dans ces circonstances, peut s'élever du troisième au quatrième degré (Lepelletier) au thermomètre.

La douleur est caractéristique de cette affection exanthématique de la peau; nulle autre, normalement, roséole, scarlatine, rougeole, variole, ne présente ce caractère.

Gonflement. — Puisque le gonflement est une des manifestations de l'inflammation, c'est à ce point de vue que nous analyserons les diverses formes du gonflement.

Le gonflement a pour siège le derme ou le tissu cellulaire.

Le gonflement du derme présente, à deux périodes différentes, de l'érysipèle au début et à sa terminaison.

Au début, c'est une forme naturelle de l'inflammation ; à la terminaison, c'est plus que l'inflammation, c'est son produit.

Le symptôme du début est caractérisé de deux manières : ou bien par une élévation générale qui a pour limite un bourrelet à la circonférence de l'érysipèle, ou par l'aspect luisant dû à la tension de la peau par l'érysipèle (érysipèle lisse de J. Frank), qui cesse brusquement.

Enfin, le tégument peut être généralement gonflé sans limites appréciables (Rayer), ce qui est dû au progrès graduel de l'inflammation dans le tissu.

Ce gonflement de première forme appartient au premier degré de l'inflammation, caractérisé par la turgescence des capillaires et la transsudation séreuse.

L'érysipèle à bourrelet est celui dans toute sa simplicité, affectant tous les éléments de la peau, l'érysipèle proprement dit sans complication, et cette forme détermine que son siège est dans la partie la plus superficielle du derme.

Maintenant l'aspect lisse indique la grande part que les lymphatiques prennent comme complication inflammatoire dans l'érysipèle.

Enfin, celui dans lequel la dépression des doigts laisse encore voir un tissu rosé a pour siège la peau profonde, dans laquelle les capillaires prennent une part plus considérable, et laissent des traces pathologiques caractérisées par la stase générale du sang (phlébite de Sanson), mais que l'intensité seule de l'inflammation peut faire y dégénérer en phlébite,

comme complication, de même qu'à sa superficie il peut entraîner l'angioleucite, car à son degré normal c'est tout simplement l'inflammation-érysipèle.

Ces différentes formes du siège du gonflement montrent que c'est avec quelque raison que les médecins en font, les uns une lymphite, les autres une phlébite; et pourquoi les caractères symptomatologiques de ces deux maladies manquant souvent, comme siégeant dans le réseau lymphatique ou veineux, puisqu'elles sont des complications, d'autres disent: l'érysipèle n'a son siège spécial ni dans l'un ni dans l'autre de ces deux systèmes. L'érysipèle est de *forme légitime*, autrement dit, il a pour siège le réseau capillaire comme toute autre inflammation, sa nature seule en fait un érysipèle, et sa position de superficielle ou profonde peut rendre seulement probable que l'une ou l'autre des complications surviendra.

2° *Gonflement dermique*. — J'ai dit qu'à la deuxième période de l'inflammation ou de l'érysipèle le gonflement que l'on rencontrait empruntait sa nature à la forme de ses produits. La peau peut être rugueuse, chagrinée, bulleuse, pemphigoïde, etc. Telle est l'origine de toutes les variétés d'érysipèle de ces noms. Le caractère propre du gonflement est de présenter une inflammation qui n'est pas bornée *au siège circonscrit du produit*, comme dans les autres affections cutanées, ce qui dépend de la nature d'inflammation, si bien caractérisée d'extensive par M. Rayet, qui fait qu'elle est déjà à sa termi-

naison dans l'endroit gonflé par des produits, tandis que la partie voisine est encore à son début.

Gonflement cellulaire. — La résistance ou l'élasticité naturelles ou acquises des tissus qui soutiennent la peau sont l'expression anatomique de ce gonflement, car telle région sera presque constamment le siège d'un érysipèle œdémateux, comme les paupières, le prépuce, le scrotum, la vulve, ou bien dans d'autres parties par suite d'une disposition constitutionnelle ayant modifié à l'avance l'organisation anatomique. Il n'y a donc pas d'érysipèle œdémateux, ce n'est qu'une forme dépendant du siège.

Troubles fonctionnels. — Résultats de l'inflammation. Ils n'ont rien de particulier pour l'érysipèle, ils ne tirent leur caractère que des modifications toutes locales.

Les mouvements exaspèrent la douleur, difficulté à mouvoir les membres : dans les endroits où la peau tapisse un conduit, elle peut le clore plus ou moins hermétiquement : conduit auditif, narines, paupières. Pour les fonctions intrinsèques de la peau, elles ne suivent que les caractères généraux de l'inflammation : une augmentation d'action dans l'incubation, un ralentissement à l'apparition, et formation de nouveaux produits à son terme.

Ce chapitre exclut donc tous les érysipèles dont on a pris pour type l'altération des fonctions de la partie qui en est le siège.

Marche. — Nous venons d'analyser l'érysipèle dans l'expression physique de son inflammation.

Nous allons maintenant étudier les périodes qu'elle parcourt pour arriver à la guérison ou déterminer la mort de l'individu.

Son cours peut être divisé en trois phases : d'incubation, d'apparition et de terminaison.

De la période d'incubation. — Cette période se manifeste par des symptômes locaux et généraux.

D'abord cette période existe-t-elle toujours ? Je répondrai d'abord oui. La seule objection que l'on puisse faire, c'est que dans l'érysipèle apyrétique elle n'existe pas ; mais comme la cause précède l'effet, on ne peut pas faire autrement que d'admettre l'incubation comme développement sans manifestation du germe de maladie.

Cette période d'incubation est caractérisée, comme dans toutes les maladies exanthématiques, par des symptômes généraux et locaux ou prodromes.

Symptômes généraux. — La durée de cette période est de trois jours. Le premier jour, le malade est pris d'un frisson, malaise, avec céphalalgie, embarras gastrique, qu'une sueur plus ou moins abondante semble devoir terminer. Le lendemain, la maladie se présente avec le même caractère, ou bien alternativement il y a des périodes de froid et de chaud. Enfin, le troisième jour il y a paroxysme, la réaction s'étend à tout l'organisme, les premiers organes envahis sont ceux sur lesquels les caractères sont le plus marqués. L'embarras gastrique du premier jour, qui n'était que de l'ano-

rexie, se traduit maintenant par de l'amertume de la bouche, des nausées, des rapports, des vomissements. La céphalalgie est remplacée par les inquiétudes, les insomnies, l'assoupissement ou les convulsions chez les enfants.

Symptômes locaux. — Alors un point sur lequel un malade avait éprouvé, dans les deux derniers jours, un sentiment de chaleur, de la tension, quelquefois dans des relations anatomiques avec des ganglions lymphatiques engorgés; ce point, dis-je, devient le siège d'une rougeur, douleur, chaleur, caractérisant l'érysipèle.

Ici s'élève la question de savoir s'il y a des ganglions engorgés avant l'apparition de l'érysipèle. Pour dégager la question de tout ce qu'elle a de personnel pour ceux qui veulent que l'érysipèle soit une lymphite, il s'agit de chercher dans la science s'il existe des observateurs de ces faits qui n'ont pas cherché à les expliquer. Ce prodrome a été observé de toute antiquité. Il a été l'objet d'un aphorisme d'Hippocrate. On le trouve observé par des auteurs moins anciens, par Pierre Frank, qui dit avoir observé ce phénomène sur les membres aussi bien qu'au cou dans l'érysipèle de la tête. Et enfin de plus modernes, Borsieri, Blache, Chomel, Blandin, ont observé l'engorgement des ganglions lymphatiques précédant l'apparition de la maladie.

Les plus grands adversaires de la lymphite, très-logiques dans leurs idées sur la nature essentielle

de l'érysipèle, aiment mieux admettre que l'on s'est laissé induire en erreur. Et cependant rien n'est plus conciliable que la nature essentielle de l'érysipèle avec les faits tendant à prouver une lymphite.

Pour résoudre ces faits, il ne s'agit que de mentionner les propositions suivantes, comme menant à une conclusion forcée.

1° Les engorgements du système lymphatique devraient se rencontrer dans tous les cas d'érysipèles, les plus simples comme les plus compliqués.

Donc il ne sont pas une condition essentielle de l'érysipèle.

2° Ce n'est pas une angioleucite ordinaire, puisque vous êtes obligés d'invoquer la nature particulière de l'inflammation.

L'inconstance de ce symptôme et la nécessité où l'on est de remonter à une cause unique, l'érysipèle, montre donc que c'est une complication que tantôt l'on rencontre et qui tantôt ne se montre pas; que la nature du siège prochain de l'érysipèle compliqué doit seul déterminer. L'observation de ce fait a donc agrandi les idées sur l'érysipèle, en établissant la détermination du siège variable de l'érysipèle compliqué.

De la période d'apparition. — La deuxième période, l'apparition de la maladie, est caractérisée par la présence de rougeur, douleur, chaleur, gonflement, sur lesquels je me suis étendu plus haut.

La durée de cette période est douze jours. On

peut y distinguer trois phases dans la forme : *augmentum*, *status* et *decrementum*, comme le disaient les anciens.

Chacune de ces phases est de quatre jours et avec des caractères locaux et généraux qui lui sont propres.

L'augment, *augmentum*, comme phénomène local, présente une rougeur, douleur, chaleur, gonflement, passant par tous les degrés d'intensité, avec réaction générale apportant à l'organisme tout le trouble de la troisième période de l'incubation pour donner lieu à des produits qui se forment sous l'épiderme : bulles miliaires, impétigineuses, phlyctènes, pemphigoïde ; ou bien moins intense, restant stationnaire. C'est dans cette période d'augment que l'érysipèle superficiel se complique quand il ne l'a pas été au début de la lymphite, ou, quand il est profond, il envahit le réseau veineux. Cette complication appartient donc au cinquième jour sur les limites de la période d'*augmentum*.

Status. — Autrement les trois jours se passent dans un état stationnaire dans lequel il y a seulement sécrétion de produits. L'état général correspond à cet état local, c'est-à-dire qu'il y a un état de fièvre qui n'augmente et ne diminue pas pendant quatre jours, pas plus que les accidents réactionnaires qui, par leur continuité, peuvent quelquefois prendre le caractère de complication, gastrite cérébrale.

Decrementum. Enfin, nous arrivons à la pé-

riode de décroissement, *decrementum*, caractérisée à l'état local par la diminution de tous les symptômes inflammatoires, douleur, rougeur, chaleur, et la séparation des produits. La squamation ici présente des variétés toutes locales dans les cas les plus simples. La peau, en rentrant à son état naturel, a un épiderme trop étendu pour sa surface : il se ride. MM. Blache et Chomel disent que la peau devient rugueuse dans les cas où l'épiderme a une épaisseur considérable, il se sépare en lambeaux, comme aux pieds et aux mains, région dans laquelle Wilson l'a vu se détacher sous forme de gant. J. Frank prétend que dans la desquamation il a observé quelquefois la chute des poils au cuir chevelu.

Enfin si les produits, en se desséchant, adhèrent à la peau, ils déterminent des croûtes (érysipèle *scabrosum crustosum* de Naumann) ; qu'ils provoquent dans la peau un travail éliminatoire, vous aurez l'érysipèle pustuleux de Marjolin, ulcéreux de quelques auteurs.

Pour les phénomènes généraux, le plus caractéristique est la fièvre déclinant au commencement de cette période, à moins de complications autrefois dénommées sous le nom d'*érysipèles rétrocedés métastatiques*.

Terminaisons. — La terminaison la plus ordinaire de l'érysipèle est la résolution avec desquamation de l'épiderme. L'érysipèle, moins il est étendu, moins il est ambulatoire, moins les symptômes généraux sont

intenses, plus cette fin heureuse est prompte à survenir, comme cela arrive dans l'érysipèle apyrétique.

Pour les cas de mort, ils paraissent dépendre des conditions d'âge, de marche et de complications.

En prenant l'âge comme une complication, nous hasarderons cette proposition : l'érysipèle n'est-il pas mortel plutôt par ses complications que par lui-même?

Complications. — L'érysipèle disparaît, mais la fièvre persiste; c'est l'indication d'une complication, mais non d'une métastase; car pourquoi la disparition de l'érysipèle ne serait-elle pas causée par l'inflammation viscérale intérieure, au lieu d'en être la cause?

La rétrocession ou la métastase n'est pas même applicable à la suppuration qui peut se développer dans le tissu cellulaire voisin de l'érysipèle (érysipèle phlegmoneux des anciens); car c'est par continuité de tissu qu'il s'est développé; pas plus que l'on ne peut dire avec Sanson, M. Potier, que l'érysipèle profond est une phlébite, parce que quelquefois il détermine la mort par la phlébite que l'on constate dans les vaisseaux de la peau et les principales veines du membre.

J'en dirai autant des terminaisons gangréneuses, des conditions générales ou épidémiques, individuelles ou constitutionnelles, locales ou anatomiques.

Les circonstances générales épidémiques qui prédisposent à cette complication se rencontrent surtout au début des épidémies, ce qui a fait que l'on a admis des érysipèles malins, charbonneux.

Les complications des dispositions individuelles constitutionnelles sont des modifications pathologiques dans lesquelles l'érysipèle gangréneux apparaît comme complication de fièvres typhoïdes, ataxiques, adynamiques, peste.

Enfin les complications anatomiques sont dépendantes des conditions anatomiques générales qui font que les tissus sont joints à la peau par leur adhérence intime et brident l'inflammation dans son développement, comme Frank l'a remarqué à la région prétiibiale et au pavillon de l'oreille.

Ou bien, dans d'autres circonstances, cela tient, pour certaines régions comme aux paupières, au scrotum, l'infiltration naturelle déterminée par l'érysipèle dans le tissu cellulaire, ou bien l'état d'infiltration précédant l'invasion de l'érysipèle aux jambes des vieillards (Pelletier); cette tension de la peau est la cause de la gangrène.

Les altérations pathologiques anatomiques, comme les maladies du cœur chez les vieillards, ou la non-oblitération du trou de Botal sur les enfants à la naissance; cet arrêt de développement anatomique a été considéré par Billard comme apportant un trouble tel à la circulation qui charrie un sang peu oxygéné, que les désordres les plus graves, la gangrène, en sont la conséquence. La fréquence de

cet accident est telle que Underwood l'a confondue avec la gangrène des nouveau-nés.

Pour en terminer avec les complications, il en est qui tirent toute leur importance du lieu où l'érysipèle se développe par le voisinage de certains organes importants; mais ce n'est pas une raison pour en faire autant d'érysipèles spéciaux. Ainsi, que l'explication de M. Piorry ait la plus grande valeur, que la voie par laquelle l'inflammation de l'érysipèle développe l'encéphalite soit le tissu cellulaire de l'œil, ou que l'explication de Bosquillon soit aussi bonne: que l'encéphalite puisse être causée par les anastomoses entre l'artère carotide interne et externe, ou par les obstacles au retour du sang veineux par l'embarras apporté à toute la circulation péricrânienne, toujours est-il que l'érysipèle sera le même dans sa nature, son siège, la peau; cela ne sera qu'une complication. Il est des régions où il n'y a eu aucune contestation sur la nature de la complication, comme à l'ombilic. Meckel, M. Rayer, ont trouvé la veine enflammée; suppurée (Osiander); communiquant sa phlegmasie au péritoine dans un grand nombre de cas (Baron, Blache, Chomel).

C'est aussi la raison anatomique qu'il faut invoquer pour expliquer comment cette maladie s'est développée au niveau des glandes. Si la récurrence de cette affection cutanée peut en avoir déterminé l'hypertrophie, sera-ce une raison pour en faire un érysipèle carcinomateux? Son invasion aux mamelles, pouvant donner lieu autour du mamelon à une

foule de petits abcès successifs de la grosseur de petits pois, ou l'inflammation se communiquant à toute la glande, ne seront que des complications dépendantes de la disposition anatomique de la région.

L'exsudation d'une lymphe plastique organisable considérable dans le cours de l'érysipèle fait qu'aux jambes, souvent après cette maladie, on trouve un engorgement qui persiste et laisse après lui une augmentation de volume du membre, la disposition anatomique, les fonctions physiologiques, ne rendent-elles pas compte de cet érysipèle, considéré comme cause occasionnelle de l'éléphantiasis (Alard), aussi bien que de la gangrène qui peut les compliquer ?

Il est pourtant une conclusion à tirer des observations de cette maladie décrite par les anciens dans diverses régions : c'est que les érysipèles tirent tout leur danger de la vascularité, soit en plus ou en moins, de la région où ils se développent, et de la facilité avec laquelle l'inflammation peut se communiquer à un organe voisin très-vasculaire. Ici, il est une proposition à poser, à savoir : si l'inflammation érysipélateuse, dont la nature est d'être ambulante, ne contribue pas pour beaucoup au développement par contiguïté de ces phlegmasies, sa sphère d'action ne s'étendrait-elle pas aux parties voisines (différente en cela des autres phlegmasies aiguës de la peau qui ne déterminent pas aussi souvent ces accidents), et ne s'éteindrait-elle pas en

s'éloignant de son centre d'action, à moins que les tissus par leur nature et leur structure particulière ne les prédisposent à transmettre au centre l'inflammation qu'ils ont contractée à la périphérie (lymphatiques et veines). C'est presque ce que l'on serait tenté de croire en voyant la phlegmasie conserver quelques-unes de ses formes; car avec quelle difficulté éteint-on le feu allumé dans le phlegmon érysipélateux poursuivant le type de l'érysipèle ambulante en donnant lieu à la formation successive d'abcès, ne parlant pas de la forme interminable que forment les abcès du sein, puisqu'on peut en trouver une explication satisfaisante dans l'isolement de ces lobes et lobules qui composent la glande.

Étendue. — Je n'ai considéré la marche de l'érysipèle qu'en envisageant son point actuellement affecté; mais, à propos de sa dernière période, j'ai fait voir que ce qu'il y a de caractéristique, c'est que l'inflammation n'est jamais limitée à l'endroit où elle est apparue, s'est développée, a donné lieu à des produits. Ce qui la sépare des autres exanthèmes, c'est qu'elle est au premier degré ayant donné des produits, lorsqu'elle avoisine une autre partie de la peau où elle est déjà développée à un premier degré.

On doit donc ne pas admettre d'érysipèles fixes, à moins que l'on ne veuille entendre qu'ils sont limités à une région du corps; pas plus qu'on ne doit admettre, en les diversifiant, qu'il y en a d'am-

bulants, puisque la mobilité est un caractère propre à cette inflammation.

Comme l'observation consciencieuse ne peut jamais tromper, on ne peut en conclure qu'une chose : c'est que l'on n'a été frappé que d'un phénomène, que du degré de mobilité qui peut s'exercer dans un cercle plus ou moins étroit.

Ce cercle d'action peut s'agrandir sous l'influence d'une foule de causes générales, se rattachant peut-être à l'intensité de la nature, de la cause de son genre épidémique; ce qui a fait dire à de grands praticiens, comme M. Chomel, que les érysipèles mobiles lui paraissaient être ordinairement les plus graves. Cette vérité, posée seulement à l'état de proposition, s'élève à toute la rigueur d'une démonstration, si l'on fait attention que cette mobilité est la cause de la mort de la moitié des enfants (Billard); que, dans les vingt-quatre heures, elle peut avoir envahi successivement toute l'habitude du corps (Dewes), où bien l'on peut attribuer cette mobilité à la disposition anatomique. Ainsi, les érysipèles progressifs, serpigneux, ambulants, n'ont-ils pas plus de rapprochement avec le développement de la lymphite, et la continuité du réseau de Malpighi embrassant, dans sa toile partout continue, l'individu, n'est-elle pas une voie où les communications peuvent être rapides, instantanées, et expliquer la nature de ces érysipèles vagues, erratiques, ambulants, parce que, d'après la définition de M. Chomel, ils se portent de suite d'un lieu à un autre; tandis que ceux qui affectent

les parties les plus profondes, ne seraient-ils pas plutôt fixes, pivotant en quelque sorte sur eux-mêmes ?

En résumé, l'érysipèle, de sa nature, est ambulante : aussi est-il impossible d'admettre un érysipèle général, ainsi que Zacutus Lusitanus, Salmuth, Cherlis, de La Motte, Bromfield, Michaelis, Metternich et Wittman, l'ont admis. De deux choses l'une : ou ils ont pris l'urticaire, la scarlatine, la lèpre squameuse pour un érysipèle ; ou bien ils ont fait comme M. Rennes (*Archives générales de médecine*, 1830), qui a décrit sous le nom d'*érysipèle général* cette affection s'étendant successivement à toute l'habitude du corps.

Cependant, la rapidité avec laquelle il parcourt toutes les parties du corps dans l'enfant peut lui donner l'apparence d'un érysipèle général.

La cause occasionnelle, selon M. Blandin, jouerait un rôle sur la disposition qu'ils ont à être plus ou moins ambulants : les traumatiques seraient, à ce qu'il pense, plus ambulants de leur nature que les érysipèles spontanés.

Épidémie. — Jusqu'à présent, je n'ai décrit que la marche de l'érysipèle développé sur un seul individu ; mais lorsqu'il affecte une forme épidémique et qu'il atteint plusieurs personnes à la fois, sa marche prend un caractère particulier qui modifie considérablement ses modes d'apparition, de développements, de terminaisons.

Cette extension de la maladie à un grand nombre constitue la forme épidémique, et les modifications apportées à la maladie constituent le génie, le type épidémique.

Cette forme épidémique dépend de ce que plusieurs individus se trouvent en même temps sous les mêmes influences météorologiques et dans les mêmes conditions hygiéniques.

Cette similitude des causes entraîne similitude d'effets, d'où résulte un type; ce qui en est le caractère distinctif, qui met à l'abri de l'erreur et empêche de confondre l'épidémie avec la périodicité, l'hérédité, dépendant de causes occasionnelles se reproduisant périodiquement sur des individus prédisposés. L'hérédité a été prise pour l'influence hygiénique commune. Cette erreur a été commise par M. Pelletier, en citant l'exemple suivant comme fait prouvant l'hérédité :

« Nous connaissons une famille nombreuse, habitant une localité saine, et dont la plupart des membres sont pris de cette maladie, soit vers l'automne, soit au retour du printemps. »

Le type épidémique est caractérisé à son début par la gravité de ses symptômes qui va ensuite en déclinant. *In epidemicis vix primis*, Sydenham. Il a donc deux points d'invasion et de déclin.

Quelle que soit l'intensité de la cause, le type n'en n'est pas pour cela altéré. Ce type ou cette forme d'érysipèle porte sur les symptômes locaux ou géné-

raux pendant l'apparition, le développement, la terminaison de la maladie.

Le type local se décèle par la détermination constante du lieu où la maladie se développe de prédilection, soit spontanément, soit à l'occasion d'une cause externe : ainsi l'on rencontre des épidémies d'érysipèle de la tête, du scrotum (Brocklesby) des jambes (Frank). De même on observe que, dans l'état épidémique, la moindre lésion traumatique cause l'érysipèle et que le plus souvent le point de départ est la plaie ou le lieu irrité (par sinapisme, vésicatoire, sangsues).

Ce type épidémique fait que la maladie suit une marche fatale dans ses périodes, nécessaire dans ses complications, tantôt affectant les lymphatiques, tantôt les veines (épid. Neucourt), comme dans les métrites épidémiques; pouvant déterminer la résorption purulente par les deux voies; ou bien, dès le début, l'inflammation revêt un caractère tel que la gangrène en est la terminaison.

Enfin il est des terminaisons toutes locales qui font que l'encéphalite sera une complication constante de l'érysipèle.

Le type épidémique repose aussi sur les symptômes généraux. Ordinairement ils sont très-intenses au début, et en revanche très-courts, ce qui met quelquefois de la confusion entre les périodes d'incubation, l'apparition et l'augmentation; les symptômes qui ont dominé dès le début céphalalgique, l'embarras quelquefois gastrite persistent pendant toutes les

périodes. L'érysipèle le ramène par l'état de récédive, comme la persistance de cet état général constitutionnel peut ramener l'érysipèle (s'il a disparu sous l'influence d'une crise périodique, les règles accidentelles, les hémorroïdes) ; c'est ce qui a fait admettre des érysipèles épidémiques, bilieux gastrites, nerveux. Ce n'est qu'une complication qui par sa persistance peut en imposer, qui peut servir de guide dans le traitement des complications, mais voilà tout.

Mais pour les autres épidémies typhoïdes, ataxiques, adynamiques, putrides, malignes, pestilentiellles, l'érysipèle change de rôle ; il devient une complication de la maladie, car il ne la détermine pas.

Nous avons étudié l'action de l'érysipèle dans l'espace, comme s'appliquant à un ou plusieurs individus ; il nous reste à étudier son évolution dans le temps. Il affecte ordinairement une forme continue, il peut même être rémittent, comme nous venons de le voir ; à l'état épidémique, peut-il être intermittent ? c'est ce que l'on ne peut admettre si l'on entend par cela une maladie qui suspend son expression symptomatique pour la reprendre ensuite sans cause appréciable.

Je ne connais pas de faits semblables ; ceux que l'on a rapportés ne sont que des érysipèles compliquant des maladies de formes intermittentes. Il n'est donc pas des érysipèles intermittents pas plus que de périodiques. Seulement, le retour des mêmes

causes occasionnelles peuvent amener les mêmes effets.

Je puis donner, comme fait frappant de cette fâcheuse disposition, l'exemple suivant emprunté à la thèse de M. Pelletier. « Madame L^{***}, âgée de soixante ans, d'un tempérament sanguin lymphatique, d'une belle constitution, à laquelle nous avons donné des soins pendant quinze ans, offre ce genre de prédisposition d'une manière très-prononcée; depuis son enfance, on n'a jamais pu lui faire l'application d'un vésicatoire ni d'un cautère sans développer immédiatement un érysipèle tellement violent, qu'il a fallu renoncer à continuer l'entretien de ces dérivatifs même dans le traitement des maladies qui nécessitent leur emploi. »

Diagnostic. — Le diagnostic repose sur les diverses formes et symptômes de la maladie : rougeur extensive, gonflement, douleur et chaleur. A la rougeur, on peut confondre l'érysipèle avec l'érythème, mais celui-ci se présente sans douleur; avec la scarlatine, mais celle-ci est sans gonflement et ordinairement accompagnée de rougeur, douleur de la bouche et du pharynx.

Pour les affections présentant un gonflement comme urticaire, variole miliaire, herpes, les premiers sont répandus à toute l'habitude du corps; l'érysipèle est toujours circonscrit à un point. Pour les affections bornées à un point du corps, qui peuvent simuler l'érysipèle, comme les affections

bulleuses pemphigoïdes, nous dirons que l'inflammation de ces dernières est limitée à l'endroit où l'épiderme est soulevé. Dans l'érysipèle, au contraire, l'inflammation n'est pas limitée.

Pronostic. — La gravité du pronostic varie selon les causes, l'épidémique ou le sporadique, selon le lieu, la marche, les complications locales ou générales, enfin, selon l'âge. Si, dans le cours de notre existence, toute l'organisation dans toute sa perfection emploie l'exubérance de ses forces à lutter contre tous les agents extérieurs qui tendent à le détruire, dans l'enfance et la vieillesse l'organisme est doué d'une vie qui ne tient qu'à des fils, partagée en des efforts qui épuisent ses forces, dans la formation d'un être nouveau ou dans la lutte contre la destruction qui mine le vieillard. Cette proposition trouve l'application de son principe à toutes les maladies, surtout celles de nature essentielle (rougeole, variole, scarlatine), si souvent mortelles dans ces deux extrêmes de la vie, et fait comprendre pourquoi l'érysipèle, comme complication, est si grave au déclin des maladies rapides ou lentes qui ont altéré les liquides, épuisé les forces du malade.

Traitement. — Nous avons trouvé beaucoup de confusion dans les variétés de l'érysipèle. On conçoit, comme une conséquence logique, que la même obscurité a dû régner dans le traitement; il suffit, pour s'en convaincre, de jeter les yeux sur les ouvrages

les plus modernes qui résument la science, comme la thèse de M. Pelletier ou le *Compendium de médecine*, qui n'en est qu'un extrait, avec quelques additions.

Ainsi, M. Pelletier admet une *méthode expectante antiphlogistique* : sangsues, saignées, scarifications, piqûres, ventouses scarifiées, topiques émollients, bains généraux ; *méthode répulsive ou réfrigérante* ; *méthode dérivative* : liniment de Kentisch, fer incandescent, sinapismes, vésicatoires ; *méthode ectrotique* (d'avortement) : nitrate d'argent, nitrate acide de mercure ; *méthode évacuante, perturbatrice* ; *méthode mercurielle* ; *méthode tonique* ; *méthode compressive* ; *méthode divisante*.

Quels remèdes choisir au milieu de cet arsenal thérapeutique ? évidemment la médecine témoigne sa faiblesse et déclare qu'elle n'a pas trouvé le bon, celui qui convient, puisqu'elle ne se prononce pour aucun de ces moyens. Où est la cause de ce vague dans le traitement ? De ce que l'on s'est écarté de la nature de la maladie, nature spécifique, essentielle, disons-le, inconnue ; et le succès de tel ou tel remède n'a dû sa faveur qu'à ce qu'il s'est attaqué à des complications. Le traitement doit donc reposer sur cette idée, que la maladie est d'une nature spéciale, et qu'elle présente des complications.

Comme maladie spécifique essentielle, il faut trouver un spécifique pour la prévenir ou pour la combattre.

Le hasard seul peut nous conduire dans la trou-

vaille d'un tel remède préventif, comme il en a été pour la variole. C'est encore le hasard qu'il faut invoquer pour la combattre, si nous en jugeons d'après les maladies qui, inconnues dans leur nature, ont cependant leurs spécifiques, comme la syphilis, la fièvre intermittente.

La voie de l'empirisme peut donc être féconde, et l'on doit savoir gré aux auteurs qui, systématiquement, comme M. Velpeau, ont successivement passé en revue pratiquement les agents thérapeutiques. Chaque insuccès est un pas; car ce sont autant de broussailles élaguées dans cette voie qui conduira à la science du remède spécifique.

Applaudissons donc aux généreux efforts de M. Velpeau, essayant, sans conviction faite à l'avance, le précipité blanc, l'acide sulfurique, nitrique, hydrochlorique, tartarique, l'oxycrat, le muriate de soude, le camphre. Le topique ferrugineux, sulfate de protoxyde de fer, a-t-il été plus heureux pour ce dernier? Il suffit de citer textuellement ses paroles pour en apprécier le résultat. « Nos expériences ne sont ni assez nombreuses ni assez variées pour être absolument concluantes. »

A défaut de spécifique, l'on a eu recours à la méthode perturbatrice. Par cette méthode assez significative dans son but, on a cherché à agir sur tout l'organisme ou la partie affectée. Les moyens généraux mis en usage ont été successivement l'émétique, l'ipécacuanha. Les moyens locaux ont beaucoup plus varié : ce sont les vésicatoires monstres. Dupuy-

tren, qui, le premier, a proposé ce moyen, y a ajouté une importance toute secondaire : par la suite, la pommade de Kentisch, la pommade mercurielle, la méthode ectrotique de Bretonneau, le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, le fer, le feu.

Ces deux derniers moyens peuvent-ils être considérés autrement que comme méthode perturbatrice ? Comment a-t-on pu faire de l'un de ces moyens une *méthode divisante*, faute de meilleure explication ? Quel crédit accorder à ce remède, quoiqu'il se recommande par de grands noms, Copland, Hutchinson et Lawrence, en se demandant comment une blessure guérit l'érysipèle, quand il est reçu que toute espèce d'action traumatique le provoque ? Les vésicatoires, pourra-t-on dire, sont dans le même cas. Par leur étendue, au moins, peut-on admettre que, dépassant le siège de l'érysipèle, ils modifient dans une étendue considérable l'inflammation. Mais la raison épidémique ne domine-t-elle pas toujours ? dans l'endroit sain, n'est-elle pas cause occasionnelle d'érysipèle ? C'est un cercle dont on ne peut sortir.

Les tentatives de la méthode perturbatrice sont donc généralement infructueuses, comme tendant à détruire le mal dans son germe ; et cependant ne doit-on pas y renoncer, car c'est un remède qui peut borner, arrêter quelquefois les progrès, la marche de l'érysipèle ambulante.

Pour les complications, il n'en est plus de même.

Nous aurons à enregistrer des succès. Comme nous allons le montrer, ces complications sont locales ou générales.

Les complications locales peuvent être divisées en deux ordres : celles qui naissent dans la peau, celles qui se déclarent dans les parties environnantes.

Celles qui naissent dans la peau sont quelquefois déclarées dès le début de la maladie, même quelquefois à sa période d'incubation, surtout dans l'érysipèle traumatique, où la cause occasionnelle de la maladie a pu au début être une angioleucite dont l'inflammation ne peut avoir pour organe que le réseau capillaire. L'état individuel ou épidémique aura pu seul donner à cette inflammation une nature érysipélateuse. On a donc l'avantage, dans ces cas, de combattre à la fois la complication et la cause occasionnelle.

Nous avons donné leur séméiologie : peau tendue, luisante, engorgement des lymphatiques. La méthode antiphlogistique a été employée localement avec trop de succès par M. Blandin pour que la thérapeutique ne profite pas de ses savantes observations.

Au contraire, si la réaction a été vive, l'inflammation profonde, comme l'indique la difficulté avec laquelle la rougeur disparaît à la pression ; si vous trouvez de la sensibilité sur le trajet des veines, et si vous êtes dans la période de l'augment et au cinquième jour de l'apparition, hâtez-vous vous avez

affaire à une complication des plus terribles, la phlébite.

L'inflammation de l'érysipèle, dans sa marche régulière ou arrivée à son terme, laisse des produits. Au début, ils peuvent déterminer la gangrène, soit par étranglement en s'accumulant dans la peau adjacente à des parties résistantes (débridez les parties), soit en employant l'incision (utilité de la méthode divisante).

Mais si ces produits appartiennent au terme de l'inflammation, et que, déposés sur le derme en se desséchant, ils déterminent la suppuration, l'ulcération aux paupières, ils peuvent déterminer la gangrène. Ai-je besoin de dire que des cataplasmes, des lotions émollientes, doivent prévenir ces fâcheux accidents.

Les complications dans les parties hors de la peau sont des produits qui, par leur accumulation seule, peuvent brider la peau (scrotum, grandes lèvres, paupières). L'indication est claire; l'évacuation: le moyen facile; les mouchetures, le débridement, comme dernière ressource.

Ou bien ces produits déposés, passant par tous les degrés d'élaboration de l'inflammation, constituent un véritable abcès, ce qui constitue la variété d'érysipèle d'Hoffmann, érysipèle phlegmoneux qu'il distingue du phlegmon érysipélateux.

Enfin il est d'autres indications toutes locales de l'inflammation, qui entraînent des complications à combattre: à la tête, la méningite; aux glandes sa-

liviaires, mammaires, des engorgements ; aux membres, les inflammations des bourses muqueuses, hygroma, aux synoviales arthrites, etc.

Pour les complications générales, les unes appartiennent à l'érysipèle ; les autres, d'une nature toute secondaire, dépendent du siège de la maladie, de l'individu sur lequel elle s'est développée et des conditions particulières constitutionnelles.

Les complications générales et dépendantes de l'érysipèle le plus souvent rencontrées présentent un caractère particulier. Elles procèdent en quelque sorte d'un des symptômes généraux si marqués dans la période d'incubation, symptômes passagers dans la marche régulière de la maladie, mais stationnaires, fixes, dans l'état épidémique ou chez quelques individus à l'état sporadique.

Je veux parler des symptômes du côté des voies digestives et du système nerveux, si marqués au troisième jour de l'incubation, au moment qui précède l'apparition de l'érysipèle.

Si l'un ou l'autre symptôme persiste, il montre une complication qui domine toute la maladie, surtout à l'état épidémique ; complication par sa persistance, ramenant l'érysipèle et rappelée elle-même par la nouvelle apparition de l'affection cutanée.

Pour l'embarras digestif, on sait toutes les ressources que l'on a tirées des vomitifs, purgatifs, etc.

Pour l'autre état, cette céphalalgie persistante pouvant prendre un caractère plus grave, l'opium, le quinquina, paraissent les agents les plus efficaces.

Pour les autres complications générales, suite de l'érysipèle, ce sont l'angioleucite et la phlébite à l'état général. Pour les complications toutes de siège, je les noterai pour mémoire dans l'érysipèle de la tête, encéphalite, méningite; à la poitrine, pleurésie, pneumonie; à l'abdomen, péritonite. Pour les lésions concomitantes dépendant de l'âge, de la constitution de l'individu, ce n'est plus du domaine de l'érysipèle qui devient une maladie entée sur un organisme anormal, cachectique, malade; c'est un détail qui se perd dans l'étendue du fond: l'érysipèle n'est plus qu'une complication.

DE L'ÉRYSIPELE COMPLIQUÉ CHIRURGICAL.

Dénominations. — *Erysipelas phleggenodes* de Batemann, phlegmon érysipélateux d'Hoffmann, *erysipelas spurium*, *pseudo-erysipelas* de Rust, *syndesmitis* de Bonorden, distinction poussée à l'infini par Ludwig, Heim, Theurer, Leube, Hefeylder, Bosch, E. Schmeizter, etc., qu'ils ont appelés encore *subcutaneum*, *subtendinosum* *Erysipelas*, œdémateux, purulent, gangréneux, phlegmon diffus, érysipèle chirurgical, symptomatiques de plusieurs maladies qu'il peut compliquer, alors il prend leur nom: critique, métastatique; typhoïde, malin, pestilentiel.

Je ne fais une description d'un érysipèle compliqué que parce que la gravité des accidents lui confère une grande part de l'intérêt qu'il présente

comme affection cutanée : aussi les chirurgiens séparent complètement cette affection de l'érysipèle, comme Dupuytren, en lui donnant le nom de phlegmon diffus.

Cependant, considérant que la peau et le phlegmon ont un point de départ commun, l'érysipèle, qui conserve dans les prodromes, son apparition, sa marche, sa terminaison, toujours le même caractère, état qui entretient les accidents, qui les complique, ou même donner lieu à leur récurrence, je pense qu'on ne doit considérer le phlegmon diffus que comme complication de l'érysipèle.

Définition. — L'érysipèle phlegmoneux est celui qui a pour siège la peau et le tissu cellulaire profond, lamelleux et fasciculé, ce qui le distingue du phlegmon qui peut être la conséquence de l'érysipèle sans s'élever à l'importance d'une complication aussi grave. Le siège de ce dernier, comme l'a montré M. Velpeau, a lieu dans ce tissu feutré, partie constituante de la peau. Cette différence anatomique de siège, établie par cet illustre professeur, a été aussi caractérisée dans sa cause par Hoffmann, qui la distingue en phlegmon érysipélateux, dont le point de départ est à la fois la peau et le tissu cellulaire commun, différent en cela de l'érysipèle phlegmoneux, ayant pour point de départ la peau, et pour complication l'inflammation du tissu cellulaire feutré, caractérisé dans sa symptomatologie par les formes locales d'une phlegmasie envahissant à la

fois le tissu cellulaire et la peau, ayant plus de tendance à gagner les parties profondes qu'à s'ouvrir à la peau, comme l'érysipèle phlegmoneux d'Hoffmann, avec développement de réactions générales très-intenses, surgissant avant l'apparition de la maladie, et se continuant sans interruption jusqu'à la cessation complète de la maladie. C'est donc du premier seulement, érysipèle phlegmon diffus de Dupuytren, que je vais m'occuper spécialement.

Causes.—Les causes de l'érysipèle phlegmon diffus, causes occasionnelles ou prédisposantes, sont dépendantes de l'âge, du sexe, des tempéraments, de la profession, des blessures.

Je ne parle pas des causes générales : j'ai discuté leur valeur à l'étiologie, et je les ai exposées à propos de l'érysipèle simple ; je ne m'attache donc qu'à montrer les circonstances dans lesquelles l'érysipèle sera plutôt de nature à envahir tout le tissu cellulaire de la peau qu'à être un érysipèle simple borné au tégument.

Influence de l'âge. Les nouveau-nés sont très-prédisposés à cette forme ; les adultes ont plus souvent des érysipèles phlegmoneux que les enfants ou les vieillards.

Sexe. Si l'érysipèle simple est plus commun chez les femmes, cela paraît être l'inverse pour l'érysipèle phlegmoneux. Les circonstances de profession, sans parler des fatigues excessives de toute nature, les longues marches, expliquent assez ce

fait ; car à combien de causes traumatiques ne sont pas exposés les ouvriers. Dupuytren dit : « Le phlegmon diffus est la plus fréquente maladie déterminée par l'application d'un principe morbide sur la peau ou le tissu cellulaire. »

Après avoir signalé la piqure dans les dissections, il ajoute : « Les personnes atteintes d'une fracture comminutive, surtout si elle a été occasionnée par un coup de feu, sont très-sujettes à une inflammation consécutive qui a son siège dans les environs de l'os fracturé ; cette inflammation prend alors le caractère de phlegmon diffus. »

« On l'observe aussi après les opérations majeures, les plaies de diverses espèces, les brûlures ; on l'a vue survenir à la suite de l'application du liniment ammoniacal, sur des piqures de sangsues. Des observations nombreuses prouvent qu'elle peut se produire par des piqures fort légères, de petites blessures, sans inoculation de venin ni d'autres principes morbides. »

Du lieu. Cette maladie présente aussi des différences dans son siège. Si l'érysipèle simple spontané se déclare plus souvent à la tête, le point le plus souvent affecté dans le phlegmon diffus est, au contraire, les membres ; on a dit aussi que chez les femmes c'était le plus souvent les seins, comme chez les nouveau-nés on a avancé que c'était le plus communément l'ombilic ; mais il n'est pas réellement plus fréquent en cet endroit que partout ailleurs. Naumann et Billard l'ont observé au cou, à la nuque,

à la poitrine, aux extrémités, aux doigts, aux articulations.

Il n'est pas de région où l'on ne puisse les rencontrer; mais, en général, les régions les plus vasculaires, les plus riches en tissu cellulaire, sont le plus souvent prises.

Forme de l'érysipèle phlegmoneux. -- Le caractère général de cette variété d'érysipèle est de représenter la simultanéité du développement de l'inflammation de l'érysipèle et du phlegmon.

En prenant pour type les formes de l'érysipèle simple, rougeur, douleur, chaleur et gonflement, voici en quoi le phlegmon diffus se distingue de l'érysipèle simple.

Symptômes locaux. — Rougeur. La rougeur est moins vive; la peau est plutôt rose que rouge; développée en un point, elle envahit progressivement toute la longueur et toute la circonférence d'un membre; elle n'est plus nettement circonscrite. Il est difficile de lui assigner une limite; elle varie dans l'intensité de sa coloration, selon la période du mal. Au premier degré, elle est rose; au second, elle est violacée, ne disparaissant plus à la pression; et au dernier degré, elle peut devenir par place brunâtre; elle peut même devenir gris-noir, si la peau tombe en gangrène.

Douleur et chaleur. D'abord, c'est une douleur

contusive dans tout le membre, avec un prurit très-vif; puis elle devient limitée à un seul point, pongitive, très-sensible au toucher; enfin, ce sont des douleurs de tension, d'étranglement, de véritables angoisses.

Gonflement. Il est caractéristique. Dès le début, il n'est plus superficiel en forme de bourrelet sur les limites de l'inflammation; il est général, embrassant toute l'épaisseur de la peau, toute la circonférence du membre qu'il déforme.

Son apparition, précédée de prodromes très-intenses dans l'érysipèle spontané, ou suivie d'une réaction des plus vives dans l'érysipèle traumatique, annonce le développement de cette terrible maladie. La rougeur et le gonflement, unis ensemble, sont des signes caractéristiques de son siège: la peau et le tissu cellulaire. La peau, comme érysipèle, a sa rougeur, chaleur, douleur, à quelques modifications près, une entre autres qui lui est imprimée par le phlegmon; elle présente quelquefois une sueur visqueuse locale. Le tissu cellulaire est œdémateux et s'enfonce sous la pression du doigt, laissant un sillon qui subsiste jusqu'à ce que la circulation ait ramené les parties à l'état primitif.

A la deuxième période de l'inflammation, la scène a un peu changé. On trouve la peau très-tendue par le gonflement et luisante; à la pression, sa rougeur ne disparaît plus, de même que les doigts n'y laissent plus une empreinte profonde.

Le gonflement prend tous les caractères dus au produit développé par la persistance de l'inflammation à la surface de la peau. Ce sont des élevures sous forme de phlyctènes dans la profondeur du tissu cellulaire ; c'est une densité, une dureté plus grandes.

Enfin, à la troisième période du gonflement, les élevures, phlyctènes, se rompent, et laissent écouler une sérosité violacée ; la dureté qui a caractérisé la période cesse pour reproduire l'empatement de la première période, ou même une fluctuation manifeste ; la peau se gangrène en eschare s'étendant avec rapidité, de couleur blanche ou noirâtre. La suppuration s'écoule si abondante, que, lorsque l'opération provoque sa sortie, elle peut s'élever jusqu'à 3 livres, « fournie par des clapiers plus ou moins vastes qui peuvent comprendre la totalité du membre, dont toute la circonférence est transformée en une espèce de sac par décollement complet des téguments » (Velpeau, *Anat. chirurg.*, p. 22) ; encore bien heureux s'il ne survient pas une hémorrhagie par rupture des vaisseaux intérieurs de la peau, qui, en formant un caillot sur l'ouverture d'une des eschares, peut redonner au membre une partie du volume qu'il a perdu, ou bien le sang, sans se coaguler, s'écoule au dehors. Enfin, les voies de nutrition de la peau détruites, des lambeaux énormes se détachent, tombent en gangrène.

Symptômes généraux. — Au début, ce sont ceux

de l'érysipèle simple; ils embrassent deux périodes : les prodromes et l'apparition. Dans leur ensemble, ils comprennent un espace de temps beaucoup plus considérable que l'érysipèle simple, puisque cette maladie peut durer quelquefois rien moins que deux ou trois mois.

La première période, les prodromes d'incubation, est caractérisée par beaucoup plus d'intensité dans son développement, manifesté, soit dans les symptômes locaux et dès le début, par les complications qui se rencontrent du côté des vaisseaux lymphatiques ou veineux, soit dans les signes généraux de réaction du système circulatoire et nerveux digestif qui se décèle par des frissons plus intenses, plus persistants, une fièvre plus vive, une soif plus ardente, des soubresauts, du délire, ou l'embarras très-marqué des voies intestinales.

Pour la deuxième période, l'apparition, elle présente les mêmes phases d'augment, d'état stationnaire et de *decrementum*. Au premier temps, les symptômes des prodromes sont à leur comble; cet état persiste trois ou quatre jours; les sécrétions urinaires et autres sont suspendues, les selles supprimées.

Alors survient un calme insidieux; même au bout de trois ou quatre jours, l'état de la partie peut concourir à vous faire prendre le change sur la marche ultérieure de la maladie; car la résistance des tissus, qui était d'abord considérable, semble

se rapprocher de l'empâtement observé à la première période. Mais le guide le plus sûr est l'état général du malade; ses traits sont altérés, il y a de la prostration. Et s'il y a une rémission, on retrouve du paroxysme dans la fièvre le soir; il y a formation de pus.

Alors on arrive à la troisième période : sueurs pendant la nuit, mollesse et petitesse du pouls, fièvre hectique, dévoiement colliquatif, état adynamique, décomposition des traits, et mort du sujet. Cette période est sans limites; facile à apprécier, car il s'établit une lutte violente, d'abord longue, dans laquelle l'organisme cherche à se séparer des produits abondants de l'inflammation; les forces du malade y résisteront-elles, soit à cause des ressources que sa constitution présente, soit parce que des excès antécédents ou la violence et la durée de la maladie ont miné ses forces? Telles sont toutes les ressources problématiques où l'on peut puiser la connaissance du terme de la maladie.

Terminaison. — Les symptômes généraux, fièvre, délire, sueurs, colliquations, disparaissent à mesure que l'état local s'améliore; ou bien, au contraire, ils augmentent. Alors surviennent l'état adynamique, l'hébétude des sens, une espèce d'ivresse chez les vieillards (Dupuytren), les déjections involontaires, le météorisme, délire, carphologie et la mort.

Complications. — Elles sont générales ou locales;

celles qui sont générales peuvent être divisées en deux classes : 1° les complications survenant dans le cours de l'érysipèle ; 2° celles qui, par pure coïncidence, existaient avant l'apparition de la maladie, la fièvre hectique, la résorption purulente par la voie des veines ou des lymphatiques constituant toutes les variétés d'érysipèles rétrogradés, métastatiques des anciens.

Pour les complications par coïncidence, nous noterons l'âge, la vieillesse, l'enfance extrême; viennent ensuite les complications individuelles résultant de l'épuisement du tempérament, par régime ou maladies, qui apportent plus ou moins de gravité à la maladie.

Dupuytren considère ceux qui surviennent après de longues marches comme généralement mortels.

Pour les complications locales, elles ont un caractère tout spécial sur la marche et l'issue de l'érysipèle, phlegmon diffus.

Ces complications sont de deux ordres : anatomiques ou pathologiques. Les premières, dépendantes des éléments anatomiques de la peau, de ses rapports avec le tissu cellulaire général ou avec des organes prompts à partager l'inflammation phlegmoneuse.

De ce nombre, sont d'abord les complications provenant de la forme anatomique de la peau, le vaste réseau lymphatique et veineux qui peut être le

point de départ comme le terme de l'érysipèle phlegmoneux.

Ensuite viennent les rapports avec le tissu cellulaire, qui, selon l'âge, peut être plus ou moins vasculaire, et qui, par la disposition en plus, en fait une maladie très-grave chez les enfants par son étendue, par la facilité avec laquelle, selon Naumann, l'érysipèle peut affecter à la fois plusieurs parties de l'individu, et se terminer par la suppuration. La disposition en moins chez le vieillard fait que chez le vieillard l'inflammation a une tendance à se terminer par la gangrène du tissu de la peau ou cellulaire.

Enfin, vient le point le plus chirurgical de la question, la disposition anatomique locale, qui peut être une complication à la tête et au cuir chevelu. Dupuytren a dit : « Le phlegmon diffus est fréquent entre la peau et l'aponévrose occipito-frontale; les artères temporales, frontales, occipitales, tiennent tellement à la peau, que dans les dissections il est très-difficile de les en détacher. Si un phlegmon survient dans cette région, son siège constant est entre le péricrâne et cette aponévrose. Si la suppuration a lieu, et que, prompte et bornée au tissu cellulaire, elle n'ait pas endommagé le péricrâne, la maladie n'est pas mortelle. Elle l'est, au contraire, si le péricrâne est à nu ou détruit; mais la peau échappe à la destruction, parce que les artères continuent à lui porter une nourriture suffisante; lors même que la totalité du tissu cellulaire crânien

serait détruite, sa chute ne ferait pas même cesser les communications artérielles avec la peau. » Elle ne pourrait arriver que par gangrène, ce qui est rare : Dupuytren ne l'a vue qu'une fois. Il s'en est présenté un cas dernièrement dans le service de M. Velpeau (1847), qui a fait remarquer que, dans ces cas, à la chute de l'eschare, la peau, dépouillée de ses liens, s'affaisse sur elle-même et forme une espèce de bourrelet qui embrasse toute la circonférence de la tête, jusqu'à ce que le tissu cicatriciel inodulaire, par sa contractilité, ramène les choses en leur place.

A la face, par continuité du tissu, le phlegmon se développe dans les parties les plus reculées de la cavité orbitaire. L'on connaît les tentatives hardies de M. Piorry pour aller atteindre les foyers les plus éloignés ; nous reviendrons sur ce sujet au traitement.

Aux mamelles : on connaît toutes les distinctions ingénieuses établies par M. Velpeau entre les variétés anatomiques établies dans le phlegmon, au devant de la mamelle et celui post-mammaire, qui peuvent compliquer le phlegmon diffus.

Au scrotum des grandes lèvres : leur forme les mettant dans les conditions d'une bourse inextensible, remplie des produits de l'inflammation.

Enfin, aux membres : la disposition anatomique générale prédispose à la gangrène de la peau. Dupuytren a dit : « Les artères nutritrices des téguments, les tibiales antérieures et postérieures, les

péronières, logées profondément dans le tissu cellulaire, ne communiquent avec le derme que par des anastomoses très-déliées, et où la destruction du tissu cellulaire entraîne celle de presque toutes ces petites ramifications vasculaires, et, par suite, la gangrène.» La raison anatomique donne aussi l'explication des complications plus ou moins graves que l'on rencontrera, si tous les progrès de l'érysipèle phlegmoneux sont bornés à l'extension ou à la flexion du membre; dans le premier cas, la position sous-cutanée des os des bourses muqueuses exposera les uns à l'exfoliation, les autres aux diverses phases des phlegmasies séreuses.

Enfin, dans la flexion, par les communications du tissu cellulaire superficiel et profond, s'expliquent les fusées purulentes; la compression, dans leurs anneaux fibreux, des gros vaisseaux entraîne la gangrène des parties inférieures où l'inflammation érysipélateuse ne s'est pas développée, enfin la complication de l'arthrite synoviale.

Pour les complications pathologiques, elles se rattachent principalement à l'état traumatique, les blessures par armes à feu, les grandes opérations chirurgicales, les fractures compliquées, etc.

Jusqu'à présent, je ne me suis occupé de l'érysipèle phlegmoneux qu'au point de vue de son envahissement dans un lieu déterminé, il nous reste à examiner la maladie dans sa marche générale. Le point de départ de cette affection spontanée ou par cause occasionnelle procède d'un germe inconnu,

s'étend à une ou plusieurs parties de l'individu. Ici s'élève une question des plus importantes pour la solution de l'étiologie de la maladie. Si nous avons vu, pour l'érysipèle simple, être de sa nature ambulante, la mobilité être un caractère essentiel de l'érysipèle; ici, la question me semble présenter une solution inverse, et l'on peut se demander : l'érysipèle phlegmoneux diffus est-il ambulante? la complication a-t-elle fait perdre au type de la maladie une de ses formes?

En se rapportant aux meilleures descriptions du phlegmon diffus, celles de Dupuytren, on voit que l'inflammation, développée d'abord, peut envahir successivement le pied, la jambe, le bas de la cuisse (observation 3, *Leçons orales*); mais l'on a invoqué la raison anatomique, la disposition en lamelles du tissu cellulaire, qui facilitent la propagation de l'érysipèle en tous sens. L'on peut y répondre en disant que le phlegmon proprement dit, sous-cutané comme celui qui ne l'est pas, emprunte tout son caractère distinctif du phlegmon, de la facilité avec laquelle le tissu où il se développe devient le siège d'une plasticité qui lui permet de se constituer des parois qui le circonscrivent. Je sais que l'on m'objectera la difficulté avec laquelle les phlegmons profonds des membres viennent à se limiter. Cette raison n'est pas sans valeur. Il faut donc chercher dans la nature de l'inflammation de meilleures raisons qui séparent plus nettement les complications de ce qui appartient à la nature essentielle de l'érysipèle phlegmoneux.

Nous trouvons, je pense, cette preuve dans l'identité des formes du phlegmon diffus avec celles de l'érysipèle.

1° Dans les circonstances les plus favorables au développement, comme dans l'extrême enfance, l'érysipèle phlegmoneux est ambulant. Naumann (page 232) a observé l'érysipèle phlegmoneux se développant simultanément dans plusieurs points.

2° Enfin, pour continuer l'étude de la marche du phlegmon diffus, nous voyons qu'une fois développé dans l'endroit même où il siège, il présente tous les caractères d'un érysipèle simple, mais fixe, se développant dans un cercle étroit, en ce sens qu'une fois la suppuration établie en un point, il arrive qu'à un premier abcès abondant en succède un autre dans un autre lieu, souvent précédé d'un érysipèle dans un des points déjà précédemment enflammés, et qu'ainsi survient une foule d'abcès successifs; car, le plus souvent, ce n'est pas l'étendue du foyer qui tue le malade, mais la prolongation de l'état phlegmasique local maintenant une réaction générale et continue, ce qui fait que la durée de la marche est si difficile à déterminer.

3° Et encore le malade est-il guéri que la cicatrice même de ses foyers et des eschares à la peau n'est pas une garantie pour lui que le germe de l'érysipèle est éteint, car Dupuytren dit: « Dans les phlegmons diffus, les cicatrices larges et étendues sont sujettes à se déchirer et se déchirent d'une manière assez singulière: une phlyctène s'ouvre sur un point, se perce et laisse sous elle une ulcération

à fond grisâtre ressemblant à un ulcère syphilitique. *Cette ulcération s'étend rapidement* et fait des progrès tels qu'en vingt-quatre heures, plus ou moins, toute la cicatrice est détruite. Il est vrai qu'elle se renouvelle facilement et que cet accident n'est pas toujours au désavantage des malades, car la cicatrice est ordinairement très-faible et facile à déchirer; mais cette faiblesse et cette facilité diminuent chaque fois qu'elles se reproduisent, et ne laissent prendre une solidité suffisante qu'après s'être reproduites trois ou quatre fois.»

Nous ne nous dissimulons pas que ces considérations n'ont pas la rigueur d'une preuve pour montrer que l'érysipèle phlegmoneux est ambulant de sa nature. Cela dépend, comme je l'ai dit au commencement, de ce que le phlegmon n'est qu'une complication qui modifie un peu le type de l'érysipèle en ce qu'il perd de sa mobilité, mais le phlegmon diffus n'est pas un érysipèle à part; seulement, comme complication, l'érysipèle phlegmoneux méritait une attention toute particulière de la part du chirurgien.

La marche de l'érysipèle n'est-elle pas aussi modifiée? car, s'il est compliqué de phlegmon dans sa période d'augment, d'état stationnaire, il suit à peu près l'érysipèle simple; huit jours suffisent à son entier développement; mais à la troisième période il n'a plus les mêmes limites, puisqu'il peut durer des mois. Enfin sa terminaison est beaucoup plus grave.

Épidémie. — L'influence épidémique de l'érysi-

pèle simple se fait sentir sur l'érysipèle phlegmoneux. Il peut être de nature épidémique: pour le spontané, je ne sais si l'on doit lui rattacher quelques épidémies d'érysipèle malin, charbonneux, pestilentiel, d'Hippocrate. Mais la forme épidémique est bien démontrée par le travail de M. Neucourt, qui montre sous l'influence épidémique l'érysipèle phlegmoneux succédant à des blessures, fait, du reste, avancé aussi par Dupuytren indiquant les causes occasionnelles les plus légères pouvant le déterminer.

Sa marche locale et générale peut révéler sa nature épidémique par l'identité dans la marche, terminée par de gangréneux abcès, ou la ressemblance dans les symptômes généraux: complication du côté des voies digestives (Neucourt), ou les formes ataxiques, adynamiques.

Diagnostic.— Le diagnostic repose sur l'appréciation des formes de cette maladie. On peut confondre cette affection avec l'érysipèle simple, le *phlegmon* proprement dit, l'angioleucite et la phlébite.

Ce qui distingue l'érysipèle simple de celui compliqué de phlegmon, c'est l'augmentation considérable de la partie qui en est le siège, jointe à une réaction considérable, locale ou générale. Ces derniers signes généraux le séparent de l'érysipèle œdémateux. Pour la distinction à établir entre l'érysipèle compliqué d'abcès et celui compliqué de phlegmon étendu, j'ai indiqué au commencement toutes leurs différences.

Pour le phlegmon, M. Boyer dit : « C'est une inflammation circonscrite accompagnée de rougeur, chaleur, douleur, et d'un sentiment de pulsation. » La tumeur circonscrite de sa nature, la rougeur qui ne survient pas simultanément avec le gonflement, la douleur accompagnée de battements, sont les caractères qui serviront à le distinguer de l'érysipèle phlegmon.

L'angioleucite, pouvant donner lieu à l'érysipèle ou le compliquer dans son cours, est plus difficile à distinguer. Ses formes le séparent de l'érysipèle. Sans avoir été précédé de réactions générales, on trouve des rubans rouges disséminés constituant des marbrures à la peau, forme de la rougeur qui le distingue de l'érysipèle, ou elle est uniforme dans son étendue sinon dans son intensité; pour le gonflement, il est limité aux points rouges qui n'envahissent pas toute la circonférence du membre.

Sa marche ambulante est différente de celle de l'érysipèle. Si elle peut s'étendre quelquefois en bas du membre; le plus souvent elle gagne le tronc et suit le trajet des vaisseaux lymphatiques formant des cordons noueux en dedans des membres. L'érysipèle, au contraire, envahit tout le membre, peut s'étendre en haut comme en bas, et n'a pas de limites précises.

La phlébite externe, *erythema nodosum*, s'annonce ordinairement par une tumeur circonscrite avec rougeur ne disparaissant pas à la pression, suivant dans sa mobilité le trajet des vaisseaux sanguins, ayant les formes des cordes noueuses, sur les

quels la rougeur se déclare. Ainsi, le siège dans une partie du membre, le gonflement précédant la rougeur, distinguent suffisamment cette maladie du phlegmon.

Pronostic. — L'érysipèle phlegmon diffus est d'un pronostic grave selon les causes, le lieu, l'âge, le tempérament, la constitution. Nous avons développé les raisons de la gravité dans les différents chapitres. L'épidémique et plus grave que le sporadique; le spontané est aussi grave que le traumatique de cause légère; mais l'étendue, la nature de la blessure, ajoutent beaucoup à la gravité de la maladie; il est presque toujours mortel chez les enfants et les vieillards; la faiblesse de la constitution laisse peu d'espérance.

Traitement. — L'affection cutanée et la complication sont le but du traitement.

Pour l'affection cutanée, nous dirons que sa nature spécifique a bien perdu de son importance, et le chirurgien a l'esprit entièrement captivé par la complication attachée soit à la violence de l'inflammation attaquant toute l'épaisseur du derme, soit envahissant tout le tissu cellulaire profond.

Cependant, on a employé avec quelque succès la méthode perturbatrice locale s'attaquant à la fois à l'inflammation et à son germe. C'est ainsi que l'on a employé l'onguent mercuriel, les vésicatoires, les réfrigérants et la compression.

Ces moyens comptent-ils des succès? Incontestable-

blement ; l'expérience a même démontré l'innocuité des deux premiers ; ils peuvent donc être de quelque ressource. Pour les seconds , la réaction qu'ils peuvent déterminer, soit en étant discontinués ou en étant mal appliqués, demandent au moins la direction d'une main habile. A ce sujet, je laisserai parler M. le professeur Velpeau, qui a proposé cette méthode le premier : « C'est un agent mécanique dont l'action, bonne ou mauvaise, dépend de la main qui le dirige ; qui dans les circonstances indiquées, s'il semble ne pas réussir, c'est presque toujours de la faute du chirurgien, et rarement au remède qu'il faut en attribuer l'insuccès ; que si la pression n'est pas régulière, est trop forte ou trop faible dans un point ou dans l'autre ; si les vides, les excavations de la partie, ne sont pas exactement remplis ou protégés ; si les inégalités du membre ne sont pas convenablement effacées, il est à craindre qu'il n'augmente la douleur au lieu de la diminuer, qu'il fasse naître de nouveaux accidents tout en remédiant à l'inflammation principale ; enfin, que malgré une grande habitude et toute la patience nécessaire, si on néglige de faire toutes ces choses en l'appliquant (nous ajouterons, et si l'on ne le surveille pas quand il est appliqué), on sera porté à contester les avantages et à voir survenir des accidents. » (1829.)

C'est donc au chirurgien à faire son examen de conscience sur son adresse, et après cela de saisir l'à-propos de l'application de ce remède, car c'est au début, avant la suppuration, qu'il convient.

Pour le reste du traitement, il s'adresse à la com-

plication, soit à son état local ou à ses réactions.

Dans la première période, arrêter la force de l'inflammation est tout le but du chirurgien; la méthode consiste à chercher à ralentir la circulation soit par la position, soit par les antiphlogistiques.

La première méthode a été couronnée de succès par son emploi au début. M. Dupuy, dans un intéressant mémoire sur l'influence de la pesanteur dans le traitement des maladies chirurgicales, a rapporté les expériences de M. Gerdy. Le résultat de la position est une diminution sensible du volume du membre, apportant un calme dans la douleur, et un ralentissement dans l'afflux du sang dans la partie malade, une atténuation de la chaleur; la position enraye donc l'inflammation.

Pour la méthode antiphlogistique, elle varie dans son mode d'application; on peut mettre des sangsues sur le siège de l'inflammation, et dans le cas d'engorgement des lymphatiques, surtout dans le phlegmon traumatique. L'expérience de M. Blandin a montré toutes les ressources que l'on pouvait tirer de l'apposition des sangsues sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, afférents, centripètes, ou même sur leur aboutissant sur les ganglions.

Dans les circonstances où le phlegmon est de cause traumatique, il existe un étranglement des parties; un débridement fait à propos peut aussi, en détruisant une des causes de l'inflammation, en modérer les effets.

Enfin, la suppuration établie, la fluctuation indi-

que l'endroit où il faut pénétrer avec le bistouri, pour lui donner un libre cours. Nous dirons que ce n'est quelquefois pas sans difficulté que la fluctuation se fait sentir; mais l'empatement qui succède dans un endroit qui était quelques jours avant très-dur peut être souvent un guide très-sûr, surtout si les signes généraux indiquent la formation du pus. Quelquefois même on a pratiqué l'incision, sans indice manifeste de suppuration, quand la peau est très-tendue et présentant des eschares menaçant de tomber en gangrène. C'est alors un véritable débridement qui a le double but de modérer l'inflammation, et de donner une voie à la suppuration qui n'est pas rassemblée en foyers.

Une fois la suppuration établie, on doit lui donner un libre cours. La position est encore un des moyens dont M. Gerdy a tiré un très-grand parti, en favorisant à la fois, par la position déclive, l'écoulement par la plaie, et de plus en opérant le dégorgement des parties en voie de suppuration.

J'ai vu M. Blandin avoir les plus grands succès dans la compression méthodique. On peut recourir utilement à ce moyen sans avoir la prétention d'y apporter les formes ingénieuses avec lesquelles ce savant professeur ferme les voies nuisibles dans lesquelles le pus pourrait s'engager, pour lui ouvrir des couloirs aboutissants à la plaie.

Mais il faut se garder de sonder les profondeurs de la plaie, sous peine de détruire les vaisseaux qui portent la vie à la peau, qui, privée d'eux, tomberait en gangrène, ou bien leur rupture donnerait

lieu à des hémorrhagies difficiles à arrêter par le défaut de plasticité du sang après de longues supurations ; et dans ces cas , la ligature de l'artère principale du membre devient quelquefois la ressource unique et dangereuse contre cette grave complication.

Enfin , si les parties sont dans l'état atonique de mauvaise nature, soit par l'altération apportée à l'individu par une mauvaise constitution ou les lenteurs de la maladie, on tirera avantage des bains toniques au quinquina , aromatiques, alcalins, sulfureux.

Pour les complications locales, lymphite ou phlébite, ce n'est plus de l'érysipèle, et du reste elles réclament les mêmes soins.

Je n'ai encore vu que le phlegmon diffus en général ; il présente aussi quelques indications locales dépendantes de la richesse du tissu cellulaire. De la facilité avec laquelle l'inflammation se propage aux parties profondes, devra-t-on, par exemple, à l'exemple de M. Piorry, aller avec un stylet à la recherche des abcès profonds qui se forment dans l'orbite ? Si une telle tentative a été couronnée de succès, je pense qu'elle trouvera peu d'imitateurs. Pour les autres indications locales, elles reposent sur les données anatomiques signalées aux complications résultant du siège, exposées plus haut.

Traitement des complications générales. — Ces complications sont de deux sortes, développées dans le cours de l'érysipèle, ou l'ayant précédé.

Relativement à la nature de l'érysipèle, s'il est développé sous l'influence épidémique dans laquelle les symptômes gastriques nerveux prédominent, les vomitifs, les narcotiques sont indiqués; si dans la marche la réaction générale est intense sur un sujet pléthorique, employez les saignées générales. Enfin, si la lymphite ou la phlébite amène une résolution purulente, cette question n'est plus du domaine de l'érysipèle. Si les suppurations longues ou une fièvre hectique épuisent le malade, c'est le cas d'employer le régime fortifiant, les toniques.

Pour les complications qui ont précédé l'érysipèle, dépendant de l'âge, la constitution, le tempérament, complications générales pathologiques sur lesquelles on doit fixer son attention, je n'ai pas à traiter leurs indications comme tout à fait en dehors de l'érysipèle.

CONCLUSIONS.

I. Il n'y a qu'un érysipèle et des complications, origine de tous les érysipèles variés.

II. Il n'a qu'un siège, le système capillaire de la peau.

III. Il n'a qu'une cause de nature spécifique, se développant spontanément ou d'une manière occasionnelle.

IV. Le traitement doit reposer sur la nature de l'érysipèle et ses complications.

V. Comme sa nature est inconnue et que nous n'avons pas de spécifique, on traite seulement les complications.