

**Thèses présentées et publiquement soutenues à la Faculté de médecine de Montpellier, le 23 avril 1838 / par François Tardy.**

**Contributors**

Tardy, François.  
Royal College of Surgeons of England

**Publication/Creation**

Montpellier : Jean Martel aîné, imprimeur de la Faculté de médecine, 1838.

**Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/qt66n5xb>

**Provider**

Royal College of Surgeons

**License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

**Quels sont les caractères des calculs d'acide urique  
et d'urate d'ammoniaque?**

N° 54.

**Quelles sont les lois que suit le sternum  
dans son développement?**

**Quel est le traitement à employer contre la carie des os  
du crâne et du sternum?**

**Exposer les diverses variétés de l'érysipèle;  
faire connaître leurs caractères.**

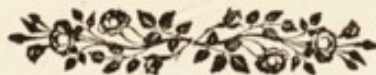
# **THÈSES**

PRÉSENTÉES ET PUBLIQUEMENT SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE MONTPELLIER, LE 23 AVRIL 1838,

par

**FRANÇOIS TARDY,**

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.**



MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL aîné, Imprimeur de la Faculté de Médecine,

rue de la Préfecture, 10.

**1838**

Quel est le traitement à employer contre la rage des chiens ?

Quel est le traitement à employer contre la rage des chiens ?

Quel est le traitement à employer contre la rage des chiens ?

Quel est le traitement à employer contre la rage des chiens ?

# TRAVAUX

TRAVAUX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 25 AVRIL 1888

TRAVAUX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

TRAVAUX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



TRAVAUX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

TRAVAUX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

TRAVAUX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

1888

**A MON PÈRE,**

**MON MEILLEUR AMI.**

**A MA BONNE MÈRE.**

*Tribut de reconnaissance.*

**FRANÇOIS TARDY.**





Digitized by the Internet Archive  
in 2016

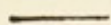
<https://archive.org/details/b22361352>



## SCIENCES ACCESSOIRES.



*Quels sont les caractères des calculs d'acide urique et d'urate  
d'ammoniaque.*



### I. CALCULS D'ACIDE URIQUE.

L'acide urique, découvert par Sehéele, et nommé d'abord acide lithique (1), est d'un jaune clair, inodore, insipide, plus pesant que l'eau, exigeant, pour se dissoudre, 1720 parties d'eau selon le docteur Henry, ayant une très-faible capacité de saturation, et pouvant être séparé de ses bases par les acides les plus faibles, même par l'acide carbonique.

Les calculs composés de cette substance constituent une des espèces les plus fréquentes, nous pouvons même dire l'espèce la plus commune. Ils offrent ordinairement une forme sphéroïdale ou ovoïde; leur surface est lisse, polie, quelquefois légèrement mamelonnée; leur couleur est, en général, rouge-brune ou fauve, et ressemble à celle de l'acajou; leur texture est dense, rayonnée, quelquefois lamelleuse; leur pesanteur spécifique est de 1,5 à 1,786. Soumis à l'action du chalumeau, ces calculs noircissent et exhalent une fumée dont l'odeur a quelque chose de spécial; ils se consomment lentement, en laissant pour résidu une quantité de cendres blanches, ordinairement alcalines. Traités par une lessive de potasse ou de soude caustique, ils

---

(1) Péarson est le premier qui lui ait donné le nom d'*acide urique*.



sont dissous en entier et précipités de cette dissolution par tous les acides, sous la forme d'une poudre blanche, granulée. Enfin, si l'on jette sur un fragment de ces calculs quelques gouttes d'acide nitrique et qu'on expose le mélange à l'action du calorique, l'acide urique est dissous; et cette solution, évaporée jusqu'à siccité, fournit un résidu qui prend une belle couleur de rose ou de carmin.

## II. CALCULS D'URATE D'AMMONIAQUE.

Ces calculs, dont Fourcroy et Vauquelin nous ont les premiers fait connaître la nature, sont assez rares et, pour l'ordinaire, peu volumineux; ils présentent, en général, une couleur grise, un peu rougeâtre qui se rapproche du café au lait; leur surface est tantôt lisse, tantôt tuberculeuse; ils sont formés de couches concentriques; leur cassure est terreuse, très-fine et semblable à celle du carbonate de chaux compact; leur pesanteur spécifique est de 1,225, à 1,720.

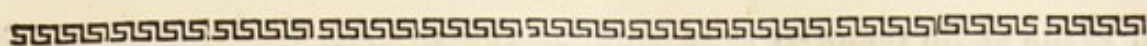
Lorsque l'urate d'ammoniaque se trouve mêlé, comme on l'observe assez souvent, avec l'acide urique, il résulte de ce mélange une espèce de calcul mixte.

Les calculs composés uniquement d'urate d'ammoniaque ont des propriétés chimiques qui les rapprochent des concrétions précédentes. Cependant ils sont plus solubles dans l'eau, et exhalent une forte odeur d'ammoniaque lorsqu'on les chauffe avec la potasse; ils se distinguent encore des calculs d'acide urique par la facilité qu'on a de les dissoudre dans les sous-carbonates alcalins; opération dans laquelle, suivant Proust (1), il paraît que l'alcali fixe du sous-carbonate prend la place de l'ammoniaque, tandis que ce dernier corps se combine avec l'acide carbonique qui est devenu libre par cette double décomposition. Traités par l'acide hydrochlorique, les calculs d'urate d'ammoniaque sont décomposés; l'acide leur enlève l'ammoniaque et laisse à nu l'acide urique qui se précipite, et auquel on peut reconnaître toutes ses propriétés.

---

(1) Traité de la gravelle, pag. 118.





## ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.



*Quelles sont les lois que suit le sternum dans son développement ?*



On disait à Camper, dans une société composée de ses anciens élèves, que les sujets propres à être traités dans des dissertations de médecine étaient maintenant épuisés. Camper prétendait, au contraire, que ce fond était encore très-riche ; et que d'ailleurs le sujet le moins important, le plus ingrat même en apparence, fût-ce, ajouta-t-il, la forme d'un soulier, pouvait dans des mains habiles devenir intéressant. On soutint qu'il lui serait impossible de remplir une pareille tâche ; il accepte le défi, et publie peu de temps après un mémoire plein d'intérêt sur la chaussure (Vicq-d'Azyr). De même, un génie de la trempe de celui de Camper pourrait, peut-être, tirer un bon parti de l'examen des lois que le sternum suit dans son développement ; mais, pour moi, dont la vue ne s'étend pas à un vaste horizon, j'avoue qu'une question pareille me paraît peu féconde en déductions et applications utiles. Cependant, quelle qu'en soit la valeur, chose, dans le fait, dont je n'ai pas à m'occuper, nous allons essayer de la résoudre.

L'ordre suivant lequel les os commencent à paraître et à s'endurcir est loin d'être soumis à toutes les règles auxquelles les anatomistes ont cru pouvoir le réduire ; s'il était vrai, en effet, que les os les premiers formés soient ceux qui avoisinent les centres sanguins et nerveux, la plupart des os des membres devraient-ils apparaître plutôt que les os



du crâne et du tronc? Le développement du sternum devrait-il être aussi tardif? Est-on bien fondé à prétendre que les grands os s'ossifient les premiers et les autres successivement, quand la clavicule, les os maxillaires, les vertèbres, les os palatins, les phalanges, les os nasaux se montrent avant les os innominés, les omoplates, et plusieurs même avant le fémur et l'humérus? Les seules règles ostéogéniques que l'on puisse regarder comme certaines, sont : 1° que les os, avant de se durcir, passent successivement de l'état gélatineux à l'état fibreux, et de ce dernier à l'état cartilagineux; 2° que dans les os longs l'ossification commence par trois points, et dans les os larges du crâne par un seul; 3° que la précocité dans le développement des os est en rapport, soit avec l'abri protecteur qu'ils doivent fournir à quelques-uns des organes les plus essentiels, soit avec l'importance fonctionnelle des appareils dont ils font partie. Ainsi, ceux qui doivent protéger les parties du cerveau les plus importantes, c'est-à-dire celles qui sont à la base du crâne, ont déjà, vers la fin de la vie intra-utérine, toute la solidité convenable pour garantir ces parties de toute compression fâcheuse; au lieu que les os de la voûte ont une ossification bien moins avancée, afin que la boîte crânienne puisse, en se rapetissant, franchir avec plus de facilité les détroits pelviens. On conçoit également pourquoi les vertèbres sont plutôt ossifiées dans les portions qui servent à former le canal vertébral, que dans celles qui devront plus tard être des points d'appui ou d'insertion musculaire; pourquoi les os de la cavité buccale se préparent si à bonne heure à sa formation, etc.

Le sternum est, de toutes les pièces du squelette, celle qui varie le plus dans son mode de développement: « De tous les os, dit Meckel, le sternum est celui qui présente les variations les plus nombreuses et les plus considérables sous le rapport du nombre, de la grandeur, de la forme et de la situation des noyaux osseux qui le produisent peu à peu, et même sous celui du moment de son apparition. » On doit sentir aisément, d'après cela, que les lois suivies par le sternum dans son développement ne sont pas très-rigoureuses, et que dès-lors c'est tout au plus si elles méritent le nom de *lois*. Le plus ordinairement,



néanmoins, son ossification procède suivant l'ordre que nous allons exposer.

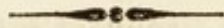
Il est entièrement cartilagineux jusqu'au cinquième ou sixième mois de la grossesse. A cette époque seulement, un ou deux noyaux osseux se montrent dans la première pièce, appelée *poignée* par quelques anatomistes, et *primi-sternale* ou *clavi-sternale* par Béclard. Après le septième mois, on commence à apercevoir dans le corps du sternum des noyaux osseux superposés, dont le nombre n'a rien de bien fixe. Ces noyaux sont toujours disposés de manière à tomber entre deux des surfaces destinées à recevoir les cartilages costaux, d'où il résulte qu'il se développe toujours une pièce sternale entre deux côtes. Ordinairement, d'après Meckel, les noyaux supérieurs se développent avant les inférieurs, ce qui fait qu'ils les surpassent en volume, quoiqu'à une époque subséquente le corps du sternum acquière une plus grande largeur dans sa partie inférieure. Dans la plupart des cas, s'il faut en croire Béclard, le corps du sternum est composé, chez le fœtus à terme, de quatre noyaux osseux distincts, savoir : le *duo-sternal*, le *tri-sternal*, le *quarti-sternal* et le *quinti-sternal*. M. Serres en a trouvé maintes fois cinq. L'appendice xyphoïde ne se développe, pour l'ordinaire, que par un seul point d'ossification. On le rencontre quelquefois dans le dernier temps de la grossesse ; mais, en général, il n'apparaît qu'après la naissance, souvent même fort tard, et seulement vers l'âge de douze ans, au rapport de Meckel.

Les quatre ou cinq portions osseuses dont se compose la partie moyenne du sternum, dans les commencements de l'enfance, se réduisent à trois depuis la seconde jusqu'à la sixième année, à deux depuis la sixième jusqu'à la douzième, et à une seule vers la puberté. Ainsi, à cette dernière époque, le sternum ne se trouve plus formé que de trois pièces : la poignée ou partie supérieure, le corps ou partie moyenne, et l'appendice xyphoïde, qui ne se confondent ordinairement ensemble qu'à un âge fort avancé. Chez les adultes, la face antérieure de cet os est traversée par quatre lignes plus ou moins saillantes, qui sont la trace de l'union des différentes pièces dont cet os est com-



posé dans les jeunes sujets. De ces quatre lignes, la première est située entre la poignée et le corps; la seconde et la troisième sont pratiquées sur le corps lui-même; la quatrième se rencontre à l'union de l'extrémité inférieure du corps avec l'appendice xyphoïde. Les deux dernières sont à peine marquées chez un grand nombre d'individus; elles ne le sont même pas du tout chez les vieillards.

Meckel trouve la plus grande analogie entre le développement des diverses pièces sternales et celles du sacrum et du coccyx. Le sternum, considéré dans son entier, serait même l'analogue de la colonne vertébrale, et l'on pourrait y démontrer trois portions: une cervicale, une dorsale et une lombaire. Quant à nous, si nous pouvions reconnaître de telles analogies et une foule d'autres de la même force créées par l'imagination des anatomistes, nous craindrions qu'on nous regardât comme visionnaire.





---

---

## SCIENCES CHIRURGICALES.

---

---

*Quel est le traitement à employer contre la carie des os du crâne et du sternum?*

Le traitement de la carie des os du crâne et du sternum est, comme celui de la carie située en tout autre lieu, général ou local.

### I. TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Le traitement général a pour objet de détruire la cause essentielle ou affective de la carie, afin de réduire celle-ci à une maladie purement locale. Ce traitement étant tout médical, je m'en occuperai d'une manière fort succincte, attendu que la question dont il s'agit ici se trouve rangée dans les sciences chirurgicales.

1° La carie des os du crâne et du sternum est-elle scrophuleuse, on doit se proposer : 1° de remédier à la débilité dont les organes de la digestion et de la sanguification sont si souvent atteints chez les scrophuleux ; 2° de produire des modifications spécifiques dans la constitution chimique du sang, de la lymphe, et dans l'innervation ; 3° de diminuer ou de perturber à l'aide des dérivatifs ces mouvements fluxionnaires qui se portent vers les os malades.

Pour remplir la première indication, il convient de prescrire du vin, le quinquina, les préparations ferrugineuses, la gentiane, les crucifères. La mauvaise qualité de l'air étant reconnue comme l'une des causes les plus puissantes du développement des scrophules et de la mauvaise sanguification, il convient de recommander l'habitation des lieux dont l'exposition soit très-salubre, et où ce fluide puisse circuler librement. Un exercice modéré n'est pas moins utile



pour faciliter les fonctions en général, et en particulier pour donner plus d'énergie aux organes chargés de l'hématose. La chaleur solaire est aussi au nombre des moyens dont on peut retirer les plus grands avantages, quand il s'agit de réveiller une vie languissante.

La seconde indication pourra être remplie à l'aide de certains remèdes dont le mode d'agir est inconnu, mais dont l'expérience a constaté les avantages dans un grand nombre de cas; tels sont: l'iode, les préparations aurifères, les bains sulfureux, les bains de mer, l'hydro-chlorate de baryte, etc.....

La troisième indication exige l'emploi des cautères ou des sétons au début des symptômes qui peuvent faire craindre la formation de la carie; mais, une fois celle-ci déclarée, ces dérivatifs seraient sans effet pour en arrêter les progrès. Cependant, on ferait toujours bien de les employer, afin de combattre la disposition des os à être altérés dans d'autres points.

2° La carie est-elle due à une affection syphilitique, il convient d'attaquer celle-ci de prime-abord par les anti-vénériens, à moins qu'elle ne se trouvât combinée avec l'inflammation d'un organe important, un état de faiblesse extrême, le scorbut, ou toute autre maladie dont les symptômes auraient dans le moment plus de gravité que les siens propres. En pareil cas, on ne devrait songer au traitement anti-syphilitique qu'après avoir détruit les complications.

Si les mercuriaux ou l'or avaient été administrés d'une manière incomplète, il faudrait encore les mettre en usage, et choisir les préparations qui peuvent être le plus appropriées au tempérament du malade, ainsi qu'à la gravité ou à la durée de la syphilis.

L'abus des mercuriaux a-t-il porté une atteinte profonde à l'économie, sans détruire l'affection syphilitique, il convient de recourir aux préparations d'or, aux sudorifiques, tout en s'occupant de remédier, en premier lieu, à l'excitation hydrargirienne, par les aliments adoucissants, des boissons mucilagineuses, le lait, les bains émollients; en second lieu, à la cacochymie, par le quinquina, les amers, les sucres des plantes dites apéritives, des analeptiques, etc.....



3° Le scorbut est-il la cause de la carie, les principales indications qui se présentent, sont : d'éloigner toutes les causes capables de s'opposer à une bonne sanguification ; de remédier aux désordres généraux ou locaux qu'entraîne la distribution d'un mauvais sang dans toute l'économie ; de relever les forces abattues, et de corriger la mauvaise constitution chimique du sang par les moyens dits anti-scorbutiques, tels que le suc de cresson, les acides végétaux, la teinture de raifort sauvage, etc.....

4° La carie paraît-elle dépendre d'une affection rhumatismale, ou du moins s'associe-t-elle avec cette affection, on doit attaquer celle-ci d'après une méthode analytique, s'il existe des états morbides assez importants pour constituer des indications ; ou bien d'après les règles de la méthode empirique, si la cause spéciale du rhumatisme est celle qui joue le rôle principal.

Quelle que soit l'espèce de carie que l'on ait à traiter, il faut, quand elle s'accompagne de douleurs excessives, mercurielles, nerveuses ou syphilitiques, employer des calmants, tels que les opiacés, la jusquiame, le cyanure de potassium, etc..... Si les douleurs étaient inflammatoires et s'accompagnaient d'une réaction générale, on aurait recours aux anti-phlogistiques.

## II. TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Lorsque la carie du crâne et du sternum est très-superficielle, elle peut disparaître sous l'influence seule des divers traitements dont il vient d'être question. Néanmoins, quand les petits abcès, vulgairement connus sous le nom de tumeurs gommeuses, la précèdent ou l'accompagnent, il faut tâcher de favoriser la résorption de la matière qu'ils contiennent, à l'aide de certains stimulants, tels que les emplâtres contenant de l'extrait de *daphne mezereum*, de l'iode, ou à l'aide des vésicatoires. S'ils ne diminuent pas, on doit les ouvrir par une simple ponction avec la lancette ou le bistouri. Dès que la portion cariée est à découvert, on doit abandonner à la nature le soin de la transformer en nécrose, et se contenter d'injections détersives et d'applications émol-



lientes ; mais si cette transformation devenait trop tardive , on devrait la hâter au moyen de caustiques incapables de porter leur action au-delà de la partie malade , comme l'alun , le nitrate acide de mercure , une couche fort légère de la pâte de Vienne , etc. . . . . Que la nécrose qui succède à la carie soit opérée par l'art ou par la nature , l'indication , quand elle existe , doit être de favoriser l'exfoliation des parties mortes , au moyen de douches avec de l'eau simple ou légèrement alcaline , et de légères secousses imprimées avec des pinces. Dans le cas où la carie attaque toute l'épaisseur soit du crâne , soit du sternum , ou quand elle a commencé par la table interne , le traitement local est bien plus épineux. La maladie , en effet , est beaucoup trop étendue alors , pour pouvoir espérer quelque utilité d'aucun genre de topique. La cautérisation potentielle n'a pas assez d'activité pour pouvoir étendre son action à toute l'épaisseur des os malades , quand la disposition de la carie ne permet de les employer qu'à l'extérieur ; et son action est trop difficile à borner , pour qu'on puisse se permettre de la porter sur le siège du mal , à la faveur d'une perforation du crâne , lorsque cette circonstance existe. Quant à la cautérisation actuelle , ou par le fer ( moxa , cautères chauffés à blanc ) , elle ne saurait jamais convenir , ni dans la carie du crâne , ni dans celle du sternum , attendu que dans la première espèce le calorique peut se transmettre aux méninges et au cerveau , et dans la seconde au médiastin , au péricarde , aux deux plèvres qui forment le médiastin et aux poumons eux-mêmes. La carie de l'apophyse mastoïdienne , dit Boyer , paraît presque seule faire une exception , en ce qui concerne d'appliquer le feu au crâne ; la grande distance qui sépare quelquefois les deux tables de cette apophyse , pourrait permettre d'y appliquer le cautère actuel ; encore faudrait-il que ce fût avec une grande circonspection , et sans jamais laisser séjourner le cautère long-temps de suite. Or , le calorique ne pénétrant ainsi jamais à une grande profondeur , il ne pourrait agir que sur les lames superficielles , et n'étendrait presque pas son action sur la table interne , qui , dans le cas dont il s'agit en ce moment , serait le siège principal de la maladie. Relativement à l'application immédiate



du feu sur le sternum, nous ne connaissons aucune condition exceptionnelle qui puisse préserver les parties subjacentes de l'action du calorique si périlleuse pour elles. On doit donc renoncer à la cautérisation actuelle dans la carie qui attaque toute l'épaisseur du crâne et du sternum, ou la table interne seulement, pour recourir à l'ablation de la partie malade au moyen de la trépanation ou de tout autre procédé chirurgical, pourvu que la lésion n'ait pas trop d'étendue et qu'elle soit simple.

On procède à cette opération, dans la carie du crâne, en cernant la partie malade par plusieurs couronnes de trépan, pratiquées de manière qu'elles anticipent les unes sur les autres, et en emportant les intervalles au moyen du couteau lenticulaire ou de la scie-ronde. Le jeu de ces deux instruments devient d'autant plus facile, que la dure-mère est ordinairement séparée de la table interne, et que l'os est pour ainsi dire isolé. On lit dans les mémoires de l'Académie de chirurgie une observation fort intéressante de Lapeyronie relativement à ce procédé. Si, en opérant, on s'apercevait que le contour de la carie fût irrégulier, et qu'il fût possible de conserver des portions d'os sain, qui s'avanceraient comme des espèces de jetées dans l'espace libre qui doit résulter du délabrement qu'on est obligé de faire, il faudrait bien, comme le recommande Boyer, prendre garde de les comprendre dans l'ablation, attendu que pouvant servir de point d'appui à la cicatrice, ils la rendront plus prompte et beaucoup moins difforme. Lorsque, après l'ablation de la partie cariée, des fongosités s'élèvent de la dure-mère, on y remédie par une légère compression exercée au moyen d'une plaque de liège ou de métal, des compresses, ou tout autre bandage.

Les procédés chirurgicaux dans la carie de la table interne ou de toute l'épaisseur du sternum, sont à peu près les mêmes que ceux dont il vient d'être question. La maladie est-elle bornée à une portion de la longueur de l'os, on peut l'enlever en grande partie au moyen d'une ou deux applications de la couronne de trépan, et en emportant les languettes intermédiaires avec le couteau lenticulaire. Si l'altération s'étendait jusqu'aux cartilages des côtes, on devrait les enlever avec



l'os , en les coupant au-delà de la partie affectée. Dans ce dernier cas, on pénètre quelquefois dans l'une des cavités pleurales, et même dans toutes les deux, si l'on est obligé d'enlever à droite et à gauche des portions assez considérables de quelques cartilages costaux. Cependant, lorsque les plèvres sont décollées vis-à-vis les points affectés, l'ablation peut être faite sans ouvrir le thorax. On ne risque pas non plus de produire ce résultat par la trépanation au milieu et un peu à gauche du sternum, puisque c'est là que correspond le médiastin. Lorsque la maladie aura été complètement détruite, on travaillera à favoriser la formation de la cicatrice, elle sera d'autant plus facile que l'on aura eu soin de ménager une quantité suffisante de peau. Parmi les observations les plus remarquables d'ablation de carie sternale que les fastes de l'art ont recueillies, nous citerons celles de Galien, d'Ambroise Paré, de Cheselden et de Boyer.



SCIENCE MEDICALE.

Exposer les diverses variétés de l'érysipèle ; faire connaître leurs caractères.

I. EXPOSÉ DES VARIÉTÉS.

L'érysipèle offre des différences trop frappantes, relativement à sa nature et à son siège, pour que l'on puisse se dispenser d'en faire un certain nombre d'espèces et de variétés.

1° Eu égard à sa nature, l'érysipèle se distingue en simple, compliqué, symptomatique, critique, périodique, fixe, ambulant, etc.

L'érysipèle simple n'est subordonné qu'à la seule cause affective ou disposition spéciale dont il émane.

L'érysipèle compliqué se divise lui-même en œdémateux, phlegmoneux, gangréneux, hypéréémique, bilieux, adynamique, ataxique, etc.

L'érysipèle précède rarement l'œdème ; mais on voit assez fréquemment une phlegmasie cutanée compliquer l'anasarque, l'hydrocèle par infiltration, etc. Lorsque cette phlegmasie provient de l'extrême distension de la peau ou de toute autre cause locale, ce qui est assez ordinaire, on doit plutôt la considérer comme un érythème que comme une inflammation érysipélateuse.

L'érysipèle phlegmoneux (phlegmon diffus de Dupuytren, phlébite sous-cutanée de quelques modernes) ne doit pas être confondu avec



l'érysipèle gangréneux, attendu, comme nous le verrons dans un instant, qu'ils ont des caractères distinctifs.

L'érysipèle gangréneux (érysipèle malin d'un grand nombre d'auteurs) est ainsi nommé à cause de sa tendance prononcée et plus ou moins rapide à la gangrène.

L'érysipèle est ordinairement précédé d'une sorte de fièvre exanthématique, ou d'un mouvement fluxionnaire plus ou moins intense vers quelque point de la peau. Or, cette fièvre se présentant sous la même forme que les fièvres bilieuse, inflammatoire, adynamique, ataxique, etc., l'érysipèle peut être désigné sous des épithètes qui soient relatives à la nature de la fièvre précurusive ou concomitante, et qui indiquent conséquemment l'état morbide avec lequel l'affection érysipélateuse se trouve combinée. C'est dans ce sens que l'on doit entendre les dénominations d'érysipèle bilieux, hypéréémique, adynamique, etc.

L'érysipèle peut aussi être compliqué avec l'irritation de diverses parties, notamment avec celle des méninges, quand il attaque le cuir chevelu; il peut l'être encore par un éréthisme nerveux, des phlegmasies viscérales, des lésions traumatiques, etc.

2° Relativement au siège de l'érysipèle, on peut dire qu'il n'est aucun point de l'enveloppe tégumentaire où l'on n'ait observé cette affection. Les régions qu'elle envahit le plus communément sont : la face, la tête, le tronc et les extrémités inférieures. Nous ne connaissons aucun fait authentique de son développement à la paume des mains et à la plante des pieds.

3° On regarde l'érysipèle comme symptomatique, lorsqu'il est subordonné à une autre maladie et ne donne lieu à aucune indication par lui-même. C'est ce que l'on observe par rapport aux phlegmasies érysipélateuses qui surviennent au début de l'éléphantiasis, dans quelques cas de phlébite, de dysménorrhée, de certaines maladies fluxionnaires que l'on observe quelquefois à l'âge de retour chez les femmes.



4° L'érysipèle critique est celui dont l'apparition amène la solution de certaines maladies.

5° L'érysipèle périodique est celui qui revient à des époques déterminées et plus ou moins régulières.

6° La mobilité constituant l'un des caractères les plus propres à faire distinguer l'érysipèle de l'érythème, il semble peu convenable d'admettre un érysipèle *fixe*; néanmoins on réserve cette qualification pour celui qui ne s'étend pas brusquement bien au-delà de la partie où il s'est primitivement montré. On l'appelle *ambulant* ou *erratique*, lorsqu'il se porte avec rapidité d'un endroit à un autre; dans celui-ci, le transport à l'intérieur de l'irritation érysipélateuse est plus à craindre que dans aucune autre espèce.

## II. CARACTÈRES DISTINCTIFS.

*Erysipèle simple.* L'érysipèle simple débute rarement d'une manière soudaine; presque toujours, quelque léger qu'il soit, son invasion est signalée par un frisson suivi de chaleur et d'un peu d'agitation. Dans la plupart des cas, les symptômes avant-coureurs ou d'incubation sont: un état de malaise, d'inquiétude, des douleurs vagues dans les membres, des lassitudes spontanées, une fièvre parfois à peine appréciable et d'autres fois assez intense, de la céphalalgie sus-orbitaire; souvent le malade éprouve des nausées, du dégoût; il a la langue chargée, la bouche amère; il ne dort point la nuit; la chaleur de la peau est âcre, mordicante. Quelquefois on compte parmi les avant-coureurs des symptômes nerveux; mais il est rare de rencontrer ceux de la fièvre angéioténique, du moins dans toute leur intensité. En un mot, dans la première période, il n'existe, à proprement parler, aucun trait constant ou caractéristique; les symptômes varient suivant le lieu vers lequel se dirigent les mouvements fluxionnaires, l'intensité des mouvements et certaines dispositions idiosyncrasiques.



Pour l'ordinaire, l'invasion est signalée par un ou deux paroxysmes complets, ou bien par des alternatives de froid ou de chaud, et dans le point affecté, par un sentiment de pesanteur, une chaleur extérieure, la démangeaison, une douleur brûlante. Bientôt ce point se tuméfie légèrement, et prend une couleur d'un rouge vif et clair, quelquefois jaunâtre, toujours luisant; cette rougeur disparaît sous la pression du doigt, pour reparaitre immédiatement après. Une chose digne de remarque, et qui prouve que, dans l'affection érysipélateuse, la fièvre est indépendante de l'état local, c'est qu'elle diminue ou même cesse complètement dès que l'érysipèle est établi. La cessation complète a lieu lorsque la phlegmasie doit être peu intense; dans le cas contraire, les mouvements fébriles baissent ou se ralentissent seulement, pour augmenter de nouveau dans la suite, et chaque nouvel accroissement de leur part précède ou accompagne quelque nouveau progrès de l'inflammation cutanée. La tuméfaction et la rougeur de la partie enflammée acquièrent plus ou moins d'étendue, mais presque toujours d'une manière inégale. En prenant cette extension, l'érysipèle abandonne communément les points qu'il a occupés d'abord, laissant après lui des squames, pour attester en quelque manière son passage. Quand il a une certaine intensité, on voit quelquefois, du quatrième au cinquième jour, s'élever de la surface enflammée des vésicules ou phlyctènes plus ou moins grandes, pleines de sérosité limpide et jaunâtre, parfois si visqueuse qu'elle ne peut s'évacuer, lors même que la vésicule a été rompue.

La douleur dont s'accompagne l'érysipèle est pongitive et fort analogue à celle que causerait une brûlure, surtout au moment de l'éruption; elle ne se fait ressentir, quand la phlegmasie est pleinement développée, que lorsqu'on la comprime, ou que la partie enflammée est mise en mouvement.

*Erysipèle œdémateux.* Il réunit, comme son nom l'indique, les symptômes de l'érysipèle et de l'œdème. La rougeur de la partie malade est altérée par la transparence de la matière séreuse infiltrée



dans le tissu subjacent, et la tumeur conserve l'impression du doigt jusqu'à ce qu'elle ait acquis un certain degré d'endurcissement.

*Erysipèle phlegmoneux.* Son invasion est annoncée par des frissons, des lassitudes, des anxiétés suivies de picotement et de rougeur à l'endroit de la peau qui va être le siège de la phlegmasie. Bientôt il se forme une tumeur sensible, dure, profonde, brillante sans être circonscrite, beaucoup plus volumineuse que dans l'érysipèle simple, accompagnée de douleurs gravatives. L'érysipèle phlegmoneux diffère du gangréneux par une couleur d'un rouge moins foncé, par un peu plus de cohésion ou de résistance dans les parties malades, plus de rapidité dans l'extension de la tumeur érysipélato-phlegmoneuse aux parties voisines, et une tendance à former un grand nombre de petits foyers purulents ordinairement isolés les uns des autres. Bien qu'il ne faille pas confondre ces deux espèces d'érysipèles, nous devons faire remarquer pourtant qu'il existe entre eux une grande affinité, puisqu'il n'est pas rare d'observer dans l'érysipèle phlegmoneux des symptômes de mortification coïncidant avec les siens propres.

*Erysipèle gangréneux.* Les symptômes généraux qui l'accompagnent toujours, prennent un degré d'intensité plus ou moins fort ou alarmant, selon les dispositions actuelles de la constitution, l'étendue de la maladie locale et les rapports sympathiques de la partie affectée; celle-ci se colore d'un rouge foncé, plus clair sur les bords, et offre une mollesse œdémateuse qui lui fait conserver long-temps la dépression qu'on lui imprime. Du sixième au neuvième jour, si la maladie fait des progrès, la peau prend une couleur plombée et se recouvre de phlyctènes remplies d'une sérosité roussâtre. Bientôt des escarres gangréneuses, proportionnées à l'étendue du mal, se forment, et tandis qu'elles sont encore unies par leur milieu avec les parties subjacentes, elles s'en séparent par leur circonférence, d'où s'écoule une grande quantité de pus jaunâtre et de mauvaise odeur, mêlé à des lambeaux de tissu cellulaire mortifié. Enfin, l'escarre se détache et entraîne avec



elle le tissu cellulaire frappé de mort ; de là , une solution de continuité plus ou moins grande , dont la guérison est toujours fort longue. Des symptômes d'adynamie et d'ataxie peuvent se montrer à toutes les époques de cet érysipèle , mais surtout au moment de l'apparition de la gangrène , et après qu'elle a éclaté.

*Erysipèle avec affection gastrique.* La coexistence de l'érysipèle avec les diverses formes de l'affection gastrique est tellement commune , que plusieurs auteurs , notamment Desault , ont regardé cette phlegmasie comme presque toujours symptomatique d'un embarras stomacal. On reconnaît aisément cette variété à la réunion des symptômes propres aux deux maladies combinées.

*Erysipèle hyperémique.* Les caractères de cette espèce sont : la coïncidence de la phlegmasie cutanée avec une pléthore générale ou locale ; la suppression d'une hémorrhagie habituelle ; une chaleur ardente et universelle ; la face rouge , animée ; le pouls plein , fréquent , dur et élevé ; la bouche et la langue sèches ; la soif très-intense , etc.

*Erysipèle compliqué d'adynamie et d'ataxie.* Cet érysipèle , que Sauvages appelle typhoïde , est d'abord d'une couleur vermeille ; il devient ensuite livide et noirâtre ; souvent il s'accompagne d'une chaleur mordicante , et même d'une douleur très-forte. Il ne tend point directement à la gangrène , comme celui qu'on nomme gangréneux ; mais cette terminaison a lieu quelquefois par l'extrême débilité des forces. Il est aussi l'un de ceux dont la métastase se fait avec le plus de facilité.

*Erysipèle de la face.* Il diffère de celui des autres parties , soit à cause de la délicatesse et de la texture éminemment vasculo-nerveuse de la peau affectée , soit à cause des liaisons de cette peau avec presque tous les appareils sensitifs externes. Il commence ordinairement par une joue , et se propage ensuite aux paupières , au nez , aux lèvres , aux



oreilles, quelquefois même au cuir chevelu ; toutes ces parties, les paupières surtout, se tuméfient considérablement. Comme la respiration ne peut avoir lieu que la bouche béante, la langue devient extrêmement sèche et presque noire ; parfois l'inflammation se propage à la membrane muqueuse de la bouche et du pharynx ; de là, un peu de gêne dans la déglutition et une otalgie plus ou moins forte. A ne s'en tenir, dans cette circonstance, qu'à la rougeur, aux gerçures, à la sécheresse de la langue, on pourrait présumer qu'il existe une gastrite ; mais l'absence des douleurs à l'épigastre, des vomissements et de plusieurs autres symptômes propres à cette dernière, ne saurait permettre une telle supposition. Maintes fois, l'érysipèle suivant une marche descendante se porte au cou et à la partie antérieure de la poitrine.

Le deuxième ou troisième jour de l'éruption, dans cette espèce d'érysipèle, la tête est pour l'ordinaire très-volumineuse ; la partie enflammée a une couleur d'un rouge foncé ; le malade éprouve une sorte de picotement général, il ne peut se coucher sur le dos, lorsque, ce qui est assez fréquent, la peau de l'occiput est tuméfiée, tendue ; la douleur, la rougeur et le gonflement du pavillon de l'oreille empêchent aussi le décubitus sur le côté correspondant.

*Erysipèle du cuir chevelu.* Il se distingue des phlegmasies érysipélateuses qui apparaissent ailleurs : 1° par la gêne que la texture serrée du cuir chevelu apporte au libre développement de l'inflammation ; 2° par l'espèce d'empâtement ou d'œdématie dont il s'accompagne ; 3° par sa fréquente coïncidence avec une irritation cérébrale ou avec une méningite.

*Erysipèle du tronc ou zoster.* Il se déclare ordinairement sur un des côtés de la poitrine ou du bas-ventre, et décrit ensuite, par son extension vers la colonne vertébrale, le sternum et l'ombilic, une demi-ceinture, et plus rarement un cercle entier.

*Erysipèle de l'ombilic chez les nouveau-nés.* Les frottements, les



manœuvres exercées sur le cordon ombilical, les lotions froides, l'influence d'un air vicié, comme, par exemple, celui qui règne quelquefois dans les hôpitaux destinés aux enfants-trouvés, agissent fréquemment de concert avec des dispositions spéciales inappréciables, pour faire développer chez les nouveau-nés un érysipèle qui débute presque toujours primitivement par la région ombilicale. Il peut se borner à cette région, mais le plus souvent il envahit l'hypogastre, puis les cuisses et les parties génitales, enfin les jambes et les pieds; il s'étend même quelquefois aux bras, au cou, à la tête. Cette espèce de phlegmasie est très-douloureuse; elle s'associe souvent avec l'œdème ou le phlegmon, et dégénère dans plusieurs cas en gangrène mortelle.

*Erysipèle universel.* Quoique extrêmement rare, il a été reconnu par plusieurs observateurs, entre autres par Fabrice de Hilden, Lamotte, Van-Swieten et Frank. L'auteur de l'article *érysipèle* du Dictionnaire des sciences médicales assure l'avoir vu une fois: « La peau du tronc  
« et des membres, dit-il, était légèrement tuméfiée, et présentait  
« une rougeur érysipélateuse très-intense; le malade ne pouvait garder  
« aucune position, ni jouir un instant du sommeil; il se sentait comme  
« dévoré par des flammes ardentes. »

*Autres variétés.* Quant aux érysipèles symptomatique, fixe, ambulante, etc....., le seul énoncé de ces dénominations doit nous dispenser d'entrer dans des détails qui seraient superflus, puisque ces dénominations expriment les vrais caractères qui les distinguent; mais nous ne pouvons nous dispenser de dire un mot sur l'érysipèle externe ou purement local admis par quelques auteurs.

Ce prétendu érysipèle diffère trop, par sa nature et ses caractères, de l'érysipèle proprement dit, pour devoir être rangé parmi les phlegmasies érysipélateuses. Le vrai nom qu'il mérite est celui d'*érythème*, que lui donnent le plus grand nombre des médecins. Effet d'une réaction purement locale, il peut être produit à volonté dans tous les instants, quelles que soient les dispositions individuelles, par l'applica-



tion d'un sinapisme ou de toute autre substance capable de donner lieu à une rubéfaction, par des frictions irritantes, l'urtication, l'insolation, etc. . . . .

L'érysipèle, au contraire, dépend toujours d'une cause interne, et il ne serait pas en notre pouvoir de faire naître cette cause. Le premier n'est jamais précédé de mouvements fébriles comme le second. L'érythème ne s'étend pas au-delà de l'irritation qui lui a donné naissance, et sa rougeur est foncée; l'érysipèle est, au contraire, fort mobile, et d'un rouge clair, luisant, non circonscrit. Le traitement de l'un n'a pour objet qu'un simple éréthisme ou une simple phlogose; celui de l'autre n'a rien de local, à moins qu'il ne soit compliqué d'une disposition gangréneuse ou d'un œdème, qu'il n'occupe le cuir chevelu, ou que l'on ne soit obligé de le rappeler à son siège naturel et de l'y fixer (1).

Ainsi, pour avoir une idée exacte de l'érysipèle, il ne faut pas seulement tenir compte de ce qu'il a de phlegmasique, mais il faut encore plus considérer : 1° les modes affectifs constituant les véritables causes de l'inflammation cutanée; 2° les mouvements fébriles ou fluxionnaires qui précèdent cette phlegmasie; 3° la diminution ou la cessation de ces mouvements aussitôt que l'éruption a paru; 4° la possibilité du transport de la fluxion érysipélateuse ailleurs que sur la peau, etc.

Quant à l'érysipèle que les auteurs nomment *périodique*, on ne doit pas le prendre pour une affection réellement intermittente. Sans doute, une phlegmasie érysipélateuse peut se montrer dans le cours d'une fièvre de cette nature, mais il n'y aurait aucune liaison entre elles: nous n'en connaissons pour notre part aucun exemple, et l'érysipèle

---

(1) Probablement dans les observations que l'on a publiées sur l'emploi des frictions mercurielles, du coton cardé ou de tout autre remède local, on a perdu de vue que le traitement de l'érysipèle consiste plutôt à combattre les causes essentielles de cette phlegmasie, hors les cas où la cause serait le besoin d'une crise, plutôt que la phlegmasie elle-même qui n'est qu'un effet, et qui disparaît avec ou sans topiques, et malgré les topiques, pourvu que la cause interne ait disparu.



a une trop longue durée pour que nous puissions admettre un érysipèle intermittent. Ce que l'on nomme érysipèle périodique n'est autre chose qu'un érysipèle sujet à des retours plus ou moins réguliers, à raison de quelque prédisposition spéciale et profondément établie.

Relativement à l'*érysipèle critique*, on peut en contester l'existence, si l'on considère qu'il n'est aucune maladie dont l'érysipèle devienne réellement l'une des terminaisons naturelles. Mais si l'on a égard au bien que le système peut retirer de l'apparition de cette sorte d'exanthème cutané dans certaines dispositions morbides jusque-là inappréciables, si l'on peut regarder la phlegmasie érysipélateuse comme une espèce de dépuration, il serait permis, à la rigueur, de voir là une espèce de crise. Toutefois, nous ne voyons pas plus de motifs de donner à l'affection érysipélateuse l'épithète de critique, que nous n'en verrions de l'appliquer à la variole, à la rougeole et autres affections exanthématiques.

FIN.



# Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

---

## PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	<i>Clinique médicale.</i>
BROUSSONNET, Examineur.	<i>Clinique médicale.</i>
LORDAT.	<i>Physiologie.</i>
DELILE, Président.	<i>Botanique.</i>
LALLEMAND.	<i>Clinique chirurgicale.</i>
DUPORTAL.	<i>Chimie médicale.</i>
DUBRUEIL, Suppléant.	<i>Anatomie.</i>
DUGES.	<i>Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.</i>
DELMAS.	<i>Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.</i>
GOLFIN.	<i>Thérapeutique et matière médicale.</i>
RIBES.	<i>Hygiène.</i>
RECH.	<i>Pathologie médicale.</i>
SERRE.	<i>Clinique chirurgicale.</i>
BERARD.	<i>Chimie générale et Toxicologie.</i>
RENE.	<i>Médecine légale.</i>
RISUENO D'AMADOR.	<i>Pathologie et Thérapeutique générales.</i>

*Professeur honoraire : M. AUG.-PYR. DE CANDOLLE.*

## AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.	MM. FAGES.
KÜNHOLTZ, Suppléant.	BATIGNE.
BERTIN.	POURCHE, Examineur.
BROUSSONNET.	BERTRAND.
TOUCHY.	POUZIN.
DELMAS.	SAISSET.
VAILHE, Examineur.	ESTOR.
BOURQUENOD.	

---

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



# Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER

Le 15 Mars 1888

MM. LES MEMBRES DU JURY

MM. CALVIGNAC, Doyen

BROSSONNET, Examinateur

LORDAT

DELLÉ, Titulaire

LALMANS

DUPORT

DURIEU, Suppléant

DGERS

BELMAS

COLIN

RIBES

RECH

SERRÉ

BRARD

RENE

RISUENO D'AMADOR

Le Président du Jury : M. A. DE CAMPILLE

AGREGÉS EN EXERCICE

MM. FAGES

BATHIS

POURDIEU, Examinateur

BISTRAILLÉ

BOZIN

SAISSET

ESTOR

MM. VIGIER

LEPRONTS, Suppléant

BERTIN

BROSSONNET

TOURY

BELMAS

VAHLE, Examinateur

BOURGEOIS

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.