

dit, très réservé sur le pronostic; suivant lui les individus qui guérissent présenteraient une déchéance prématurée et ne survivraient pas longtemps. Dans un cas, il a pu constater à l'autopsie d'un ancien pyohémique des cicatrices superficielles du foie qu'il attribue à des abcès métastatiques guéris.

Diagnostic. — Annoncer à un chirurgien qu'un de ses blessés ou de ses opérés a eu un frisson violent, c'est éveiller immédiatement dans son esprit l'idée de l'infection purulente. Ce symptôme est en effet caractéristique; il ne donne pas une certitude absolue mais une forte présomption, et l'incertitude ne saurait durer plus de vingt-quatre heures. Il n'y a guère que l'érysipèle, un accès palustre ou une complication locale, comme un phlegmon diffus, une phlébite, une pneumonie qui pourraient faire hésiter. Dans l'érysipèle, la plaie n'est pas blafarde et, au bout de douze heures, l'apparition de l'éruption lève les doutes; avant l'éruption il existe déjà une zone rouge-violacée au pourtour de la plaie. L'examen du malade, de sa plaie et du membre où elle siège permet d'écartier les complications locales aiguës.

C'est surtout avec la septicémie que le diagnostic différentiel est difficile, d'autant que les deux maladies coexistent fréquemment; on arrive à les distinguer l'une de l'autre, grâce aux considérations suivantes. La septicémie apparaît avant la suppuration, tandis que la pyohémie ne se montre pas souvent avant le dixième jour; la première a une marche aiguë et la fièvre est continue avec des rémissions matinales régulières; la seconde, plus lente dans son évolution, présente une courbe thermique très irrégulière avec des exacerbations brusques et des rémissions franches; enfin les frissons violents, successifs, la teinte jaune plombée des pyohémiques font défaut dans la septicémie.

Traitement. — 1° *Traitement prophylactique.* — Étant admise la nature microbique de la pyohémie, on comprend combien il est important de préserver les plaies et les blessés des causes qui peuvent favoriser la pénétration de l'agent morbide dans l'organisme. A l'époque où la théorie de la phlébite était en faveur on avait eu l'idée de pratiquer des cautérisations au fer rouge sur le trajet des veines (SÉDILLOT) ou au fond des plaies (BONNET). Ces moyens ont fait place aux antiseptiques. La première précaution consiste à rendre les plaies aussi aseptiques que possible. Nous n'insisterons pas ici sur les moyens divers qui réalisent ces indications (voy. *Pansements des plaies*). Qu'il suffise de constater que, grâce à leur emploi, la pyohémie est devenue rare dans les grands hôpitaux où elle faisait naguère encore beaucoup de victimes; les étudiants aujourd'hui ont rarement l'occasion de voir les lésions viscérales, si fréquentes il y a quinze ans! Il est évident que toutes les mesures prophylactiques signalées à propos de la septicémie sont applicables à la pyohémie. On le conçoit d'autant mieux que les deux affections se superposent souvent et naissent dans les mêmes conditions. Éviter l'encombrement, ventiler et nettoyer les salles, isoler les pyohémiques, entretenir autour des blessés une hygiène scrupuleuse, telles sont les précautions indispensables.

Traitement curatif. — Lorsque la maladie est déclarée, peut-on enrayer ses progrès? Les remèdes qui ont été préconisés dans ce but, le sulfate de quinine, lui-même, n'ont pas tenu leurs promesses. On a administré la digitale, l'aconit, les sudorifiques, les alcalins, l'acétate et le carbonate d'ammoniaque,

les purgatifs salins, les antiseptiques, sans qu'on puisse affirmer qu'un seul malade ait guéri par l'emploi de ces médicaments. Le traitement doit donc être symptomatique; il faut nourrir les blessés, calmer le flux diarrhéique, prescrire le vin, l'alcool, les toniques, frictionner le corps avec des liquides excitants, ouvrir les collections purulentes, combattre les abcès internes par des révulsifs. L'opium rend surtout service, il procure aux pyohémiques un repos dont il sont privés.

§ 5. — Piqûre anatomique

Bibliographie. — J. SHAW, in *Arch. gén. de méd.*, 1^{re} série, t. IX, p. 575, 1825. — J. PAGET, *Leçons de clin. chir.*, trad. L.-H. PETIT, p. 407. Thèses de Paris. — 1837, REQUIN (Concours). — 1845, BRIERRE. — 1865, CHOUVET. Thèses de Montpellier. — 1868, PERNOT.

La piqûre anatomique qui résulte de l'inoculation accidentelle des liquides des cadavres rentre dans le groupe des septicémies chirurgicales.

Les opinions les plus diverses ont été émises sur l'étiologie de cette affection; lorsqu'il s'agit d'une piqûre produite par un scalpel en disséquant, le doute n'est pas possible et les personnes qui se livrent aux travaux anatomiques ont toutes vu les phénomènes qui en résultent. Les cadavres récents, surtout pendant les autopsies, y exposent plus que d'autres; ceux qui proviennent de maladies infectieuses sont également très dangereux (fièvre puerpérale). Le pouvoir septique diminue au bout de quelques jours et il est très faible ou même nul, d'après notre expérience personnelle, pour les cadavres qui ont été injectés avec des liquides conservateurs.

Une piqûre n'est pas nécessaire pour que des accidents se produisent; une simple écorchure suffit; mais peut-on admettre avec J. PAGET que le virus cadavérique franchisse la barrière que lui oppose l'épiderme? Bien que le chirurgien anglais cite son propre exemple, de semblables faits sont exceptionnels.

Au reste, le cadavre humain n'a pas seul la propriété de produire ces accidents par l'inoculation; ceux de tous les animaux y exposent également, car ce genre de septicémie n'est pas rare chez les bouchers, les marchands de poisson et d'une façon générale dans tous les métiers où l'on manipule des matières animales.

PAGET prétend que l'habitude donne à ceux qui fréquentent constamment les amphithéâtres une sorte d'immunité; c'est là un fait généralement admis sans preuves à l'appui, et nous avons vu des garçons d'amphithéâtre, vieillissés dans leur métier, présenter des piqûres dangereuses. PAGET pense, il est vrai, que pour agir, le poison doit trouver dans l'économie un terrain convenablement préparé par la fatigue, les excès.

Les phénomènes consécutifs à ces inoculations d'origine animale peuvent être rangés dans trois groupes: 1° les accidents locaux aigus et chroniques; 2° les accidents inflammatoires; 3° la septicémie aiguë. Il y a là une question de diffusion du poison qui tantôt détermine une violente réaction à une plus ou moins grande distance, tantôt arrive dans le sang et l'infecte.

Accidents locaux. — Ils consistent ordinairement en une inflammation des plaies qui sont rouges, douloureuses et souvent s'accompagnent d'une aréole purulente sous-épidermique qui continue parfois à s'étendre à mesure que le centre de la plaie marche vers la réparation. Cette variété de plaies se rencontre surtout à la face dorsale des doigts; nous la considérons comme une sorte de lymphangite épidermique. Elle cède facilement à un traitement approprié.

D'autres fois les piqûres anatomiques se terminent par la formation d'un tubercule anatomique (*Verruca necrogenica*, BRYANT). Ces petites tumeurs aplaties, larges comme une pièce de un ou de deux francs, sont constituées par une hypertrophie des papilles du derme. La surface écaillée, légèrement saillante, dure, mamelonnée, violacée, sécrète quelquefois du pus. Le moindre contact irritant la fait saigner et provoque de la douleur. Il est rationnel de considérer le tubercule comme un foyer de pullulation d'un agent parasite inconnu. Son siège de préférence est à la face dorsale des articulations métacarpo-phalangiennes.

2° Accidents inflammatoires. — Les accidents inflammatoires sont très fréquents. Citons d'abord la tourniole qui résulte de la pénétration au pourtour de l'ongle du poison septique. Ces tournioles sont assez rebelles parce qu'elles se compliquent souvent d'onxyxis et deviennent fongueuses. Les autres accidents inflammatoires sont : le panaris sous ses trois variétés qui laissent souvent à leur suite de graves difformités; la lymphangite, accident des plus communs; quand elle se produit il n'est pas rare de voir apparaître au niveau du point inoculé une ou plusieurs vésicules et un peu plus tard les traînées caractéristiques de l'angioleucite des troncs avec engorgement ganglionnaire.

Presque toujours en pareil cas les accidents généraux, le malaise, le frisson ouvrent la scène brusquement. Après un temps qui varie de six à vingt-quatre heures la partie enflammée prend une teinte livide et le gonflement envahit le bras, l'épaule et même le thorax. Les traînées d'angioleucite deviennent confluentes, les ganglions axillaires très douloureux. Dans d'autres circonstances la rougeur se rapproche plus franchement de celle de l'érysipèle ou de l'érythème; quelquefois le gonflement œdémateux pourrait faire croire à une phlébite profonde.

3° Septicémie et accidents généraux. — L'inoculation des principes cadavériques septiques amène parfois la mort par le fait de phénomènes généraux et d'un véritable empoisonnement du sang. Tantôt cette terminaison arrive en quelques jours, sans accidents locaux ou à distance, comme dans la septicémie foudroyante, par une véritable décomposition du sang: tantôt elle survient plus tard après l'apparition d'accidents plus ou moins diffus. Dans le premier cas, le germe septique transporté rapidement dans le sang, provoque des accidents graves, un malaise indéfinissable, de l'anxiété précordiale, des symptômes d'excitation nerveuse et une fièvre intense. Au bout de quarante-huit heures ou de plusieurs jours ces symptômes font place à l'adynamie et à la prostration; le pouls devient irrégulier, la respiration s'embarrasse et le malade succombe.

Dans le second cas, les symptômes du début sont un peu moins intenses;

il y a cependant de la fièvre, des frissons, les ganglions axillaires se tuméfient rapidement et le tissu cellulaire périganglionnaire devient le siège d'un gonflement phlegmoneux qui, en peu de temps, acquiert un développement insolite. Ce gonflement diffus s'étend à tout le creux axillaire, quelquefois aux régions du cou, mais plus ordinairement le long du thorax jusqu'au bassin. Tant que le pus n'est pas collecté, les symptômes généraux conservent leur intensité, ce sont ceux du phlegmon diffus, parfois même ils prennent un caractère typhique, la langue est sèche, brune, les gencives se recouvrent de fuliginosités. J. PAGET insiste sur le soulagement que procure au malade l'évacuation du pus. Souvent plusieurs collections se forment successivement et il faut un temps assez long avant que tous ces accidents disparaissent. La mort n'est pas très rare dans ce second cas et peut survenir à toutes les périodes.

Traitement. — Nous avons déjà dit que l'injection des cadavres rendait les piqûres anatomiques presque inoffensives; il y a, d'autre part, dans la pratique des autopsies, des règles qui permettent de se garantir des écorchures que font les côtes coupées. L'étudiant évitera de toucher aux cadavres avec des mains écorchées ou au moins préservera les petites solutions de continuité par un pansement occlusif, diachylon, collodion, etc. Après la piqûre où la coupure il faut de suite laver la plaie, la faire saigner en la pressant, et au besoin la sucer avant de la panser; s'il survient un peu d'inflammation, on doit lever le pansement, le remplacer par un cataplasme et par le bain antiseptique prolongé. A l'ancienne faculté de Strasbourg, dès qu'un peu de lymphite apparaissait on appliquait sur tout le membre une nuée de pointes de feu superficielles. A Lyon on conseille la cautérisation de la plaie avec un bouton de feu directement ou après incision. Les émollients, la pommade belladonnée, le collodion, les sangsues réussissent dans les cas de lymphangite.

Dans les formes graves avec ou sans accidents à distance, la thérapeutique devient plus difficile et plus incertaine. Lorsque le bras est le siège d'un phlegmon diffus septique, le membre sera incisé en divers points et plongé dans un bain antiseptique. Si le phlegmon se forme dans l'aisselle il est indiqué de recourir aux cataplasmes et d'évacuer le pus de bonne heure, sans craindre d'aller jusqu'au centre de l'aisselle, en se guidant d'après les préceptes classiques. Nous sommes presque impuissants pour arrêter la marche des accidents suraigus. On suivra la même conduite que pour la septicémie aiguë. Les moyens généraux, les purgatifs, les antiphlogistiques, les sudorifiques, les toniques, l'alcool à haute dose trouvent leur indication dans le cours de cette affection quand elle n'est pas foudroyante.

§ 6. — Érysipèle

Bibliographie. — DESAULT, *Journ. de chirurgie*, 1791, t. XI. — LAWRENCE, *Medico-Chirurgical Transact.*, London, 1838, t. XIV. — LARREY, *Clinique chirurgicale*, 1829. — RICORD, *Onctions mercurielles*, in *Lancette française*, 1831. — DUPUYTREN, *Clinique chirurgicale*, 1839. — TROUSSEAU, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 3^e édition,

Paris, 1868, t. 1^{er}. — BRIQUET, *Emploi du collodion*, in *Bull. de therap.*, 1850, t. XXXVIII, p. 322. — LABORDE, *Gaz. des Hôp.*, 1861. — DESPRES, *Traité de l'érysipèle*, 1862. — DAUDÉ (de Marvejols), *Traité de l'érysipèle épidémique*, Paris, 1867. — GOSSELIN, *Prophylaxie dans l'érysipèle*, Paris, 1868. — SCHWALBE, *Deutsche Klinik*, Berlin, 1869. — M. RAYNAUD, *Érysipèle médical*, in *Dict. de méd. et chir. prat.*, 1871. — GOSSELIN, *Érysipèle traumatique*, eod. loco. — VERNEUIL, LE FORT, DESPRES, TRÉLAT, *Société de chirurgie*, 1872. — ORTH, *Experim. Path. und Pharmac.*, Leipzig, 1873. — TROISIER, *État du sang dans l'érysipèle*, in *Société anat.*, 1873. — SPORER, *Emploi des antiseptiques*, *Petersburg. med. Zeitsch.*, 1876, p. 273. — A. BAADER, *Étiologie de l'érysipèle*, in *Corr. Blatt. f. Schweiz. Ärzte*, n° 3, 4, 5, 1877. — ALIX, *Lyon médical*, 1878. — HERMANN, HUETER, *Injections sous-cut. d'acide phénique*, Berlin, *klin. Wochens.*, n° 24 et 25, 1878. — HUETER, MAX WOLF, LANGE, STRHALER, *Congrès de la Société allemande de chirurgie*, avril 1878, et *Berlin. klin. Wochen.*, 1878. — E. BRACKETT, (Même sujet), *Thérap. Gaz.*, 1879. — *Emploi du perchlorure de fer*. CH. BELL, *Edimb. Med. Journ.*, août 1876. — LENCHAM, *The Lancet*, 1880, *Erys. infect.* — GOSSELIN, *Gaz. des Hôp.*, 1882, n° 55. — KOCH, *Vaccination charbonneuse*, *Revue scientifique*, 1883, p. 66. — FEHLEISEN, *Deutsche Zeitschrift. f. Chirurgie*, Bd. XVI, fasc. 5 et 6, p. 391, et *Revue des sciences méd.*, 1883, p. 59. — NORTHON WHITNEY (de Tokio) *Philad. Med. Times*, 1883. — CORNIL et BABÈS, *Soc. méd. des Hôpitaux*, 1883. — CORNIL, *Journal des conn. médic. chir.*, n° 1, 1884.

Thèses de Paris. — 1802, RENAULDIN. — 1821, DUGÈS. — 1836, LEPELLETIER (Agrég.). — 1844, MOREAU (Alex.). — 1849, MASSON. — 1856, LAMARCHE. — 1857, AUBRÈE. — 1858, LABBÉ. — 1859, THOMET. — 1861, FENESTRE. — 1863, OBÉ-KOYSIEWICZ. — 1865, MARTIN-BLOCKBERGER, PUJOS. — 1869, DION. — 1872, COURBON, SERRAUD, BÉNIÈRE, ANSALLONI. — 1873, BORIANE, LORDEREAU, PITOIS. — 1874, RENAUT. — 1875, RITH. — 1876, REVOUY, SIGAUD, ZIMMERMANN. — 1879, LARMOYER. — 1880, DARTON. — 1881, VALLETEAU, DE MOUILLAC, DUPEYRAT.

Thèses de Strasbourg. — LÉONARD (an XII). — 1813, LAROCLETTE, JACOBS. — 1817, MORET. — 1835, SCHWÈBEL. — 1833, KIEFFER. — 1840, BACHELET. — 1852, JACQUEMART. — 1869, LE ROUVILLOIS.

L'érysipèle (*ερυσίπηλος*, se porter au loin) est une affection connue dès la plus haute antiquité. HIPPOCRATE le sépara de l'érythème, GALIEN du phlegmon; dans la suite, tous les auteurs s'en sont occupés, signalons particulièrement SYDENHAM au XVII^e siècle et BORSIERI au XVIII^e. Dans ces dernières années, les travaux de VULPIAN, RENAULT, CADIAT, FEHLEISEN, CORNIL ont mis en lumière l'anatomie pathologique de cette maladie. Nous aurons surtout pour but dans ce chapitre d'étudier cette variété d'érysipèle, si fréquente naguère encore dans les services de chirurgie, et qui apparaît autour des plaies. Une solution de continuité est-elle toujours nécessaire à la production de l'érysipèle? C'est là une question des plus graves, sur laquelle les avis sont partagés. Nous ne saurions avoir la prétention de la résoudre.

Définition. — L'érysipèle *chirurgical* est une affection générale caractérisée localement par une rougeur et un gonflement de la peau, qui apparaissent d'abord autour des solutions de continuité et ont une tendance marquée à envahir les parties voisines.

Étiologie. — Étant admis que l'érysipèle *chirurgical* soit toujours consécutif à une lésion extérieure, d'après la nature même de la plaie, il peut se rencon-

trer: 1^o à la suite d'une intervention chirurgicale, érysipèle opératoire; 2^o après un traumatisme autour d'une plaie ulcéreuse (ouverture spontanée d'abcès, d'anthrax, ulcérations diverses). De toutes ces variétés, la plus grave, sans contredit, paraît être celle qui succède aux plaies opératoires. Dans ces dernières années VERNEUIL a particulièrement attiré l'attention sur la fréquence des poussées érysipélateuses chez les sujets atteints d'affections rénales. Une opération simple, le cathétérisme de l'urètre, suffit pour provoquer l'apparition du mal. L'érysipèle envahit rarement les plaies ulcéreuses et les solutions de continuité qui succèdent à la chute des escarres dans la gangrène et la brûlure.

La maladie se développe de préférence chez les adolescents et les adultes, ceci n'a rien de surprenant vu le nombre des plaies à cet âge. Pour cette même cause, il se montrerait plus souvent chez l'homme que chez la femme (GOSSELIN); ce serait le contraire pour l'érysipèle médical. Cette affection a été observée dans tous les pays, sous tous les climats; dans nos contrées elle atteindrait son maximum de fréquence du mois d'août au mois de février.

Anatomie pathologique. — Grâce aux études faites depuis 1868 par VULPIAN, CADIAT, RENAULT, CORNIL, en France, VOLKMAN, STEUDNER et FEHLEISEN en Allemagne, nous possédons des notions précises sur l'anatomie pathologique de la maladie.

SANSON et ses élèves, au commencement de ce siècle, admettaient l'existence de deux variétés d'érysipèle, l'un veineux, l'autre lymphatique; ces deux opinions furent successivement adoptées. BLANDIN, en effet, repoussant l'érysipèle d'origine veineuse, voit dans cette maladie une véritable lymphangite; parmi les contemporains DESPRES défend encore cette théorie. Contrairement à cette hypothèse RIBES, COPLAND, CRUVEILHIER attribuent à l'inflammation des veines un rôle prépondérant. Plus tard GOSSELIN et PIROGOFF considèrent cette lésion comme une manifestation de la septicémie. Ainsi que le fait remarquer CORNIL, ces diverses affirmations sont fausses, car l'érysipèle est une inflammation tout à fait spéciale. Dans un mémoire publié en 1868 (*Archives de physiologie*), VULPIAN annonce que les lésions de la peau lui paraissent de nature inflammatoire et qu'il a rencontré dans les mailles du derme un grand nombre de leucocytes ayant probablement émigré des vaisseaux par diapédèse. VOLKMAN et STEUDNER, COYNE et LIOUVILLE confirmèrent peu après cette opinion. Pour CADIAT « la lésion caractéristique de l'érysipèle consiste dans la congestion du corps papillaire. Les vaisseaux des papilles dans cette affection sont fortement dilatés. Celles-ci sont le siège d'une sorte de turgescence, et le trouble circulatoire qui se manifeste alors, est de même ordre que tous ceux qui atteignent la couche superficielle du derme, comme l'urticaire, l'érythème, la rougeur de la scarlatine, etc. Le derme est atteint dans l'érysipèle comme dans une fièvre éruptive, mais la lésion qui s'y manifeste peut, dans certaines circonstances, en déterminer d'autres dans les parties environnantes. Celles-ci sont secondaires, accessoires et ne peuvent servir à définir la maladie. » (CADIAT, *Journal de l'anat. et de la physiol.*, p. 410, 1874). Ces lésions secondaires sont précisément ces infiltrations de leucocytes sous le derme, et la suppuration des vaisseaux lymphatiques superficiels et profonds. RENAULT reprend ces études dans sa thèse

inaugurale (1874). Pour le professeur de Lyon, les lésions sont identiques dans l'érysipèle médical et chirurgical. Les altérations produites sont celles d'une inflammation simple; on est en présence d'une dermite caractérisée par l'infiltration des globules blancs, infiltration à laquelle on doit attribuer l'œdème. Plus tard les cellules fixes prolifèrent, ce phénomène moins passager détermine la formation de ces indurations spéciales, consécutives à l'érysipèle.

Les globules blancs apportés par les vaisseaux sanguins sont repris ensuite en majeure partie par les lymphatiques. Si le transport est très actif ces derniers s'enflamment consécutivement, d'où parfois production de lymphangites interstitielles de péri et d'endo-lymphangites.

Il n'y a rien de caractéristique, d'après cet auteur, dans les lésions de l'érysipèle. Ce n'est ni une lymphangite ni une phlébite mais bien plutôt une dermite analogue à celle que l'on produirait en injectant dans le derme des liquides irritants.

L'érysipèle est-il une affection microbienne? — HUETER paraît s'être occupé le premier de cette question. En 1868, en effet, il signalait la présence d'un agent infectieux dans le sang des érysipélateux.

NEPVEU, à son tour (*Soc. de biologie*, 1870), affirme avoir trouvé le même organisme. D'après ces auteurs il existerait dans le sang des bactéries en assez grand nombre. Elles appartiendraient à la variété dite : *Bacterium punctum d'Erhenberg*. ORTH, en 1873, cultive ce parasite et décrit le *bacterium punctum*, qu'il a rencontré isolé ou réuni en chapelet, mais toujours immobile. En 1876, enfin, BOUCHARD trouve des bactériidies punctiformes, libres ou associées deux par deux, ou réunies en chapelet dans la sérosité des phlyctènes de l'érysipèle. Cette bactériidie cultivée et inoculée par ORTH (voy. DUPEYRAT, Th. de Paris, 1881, p. 8.) aurait reproduit l'érysipèle. Ce n'était donc pas dans le sang mais bien dans les lymphatiques cutanés qu'étaient les microbes, toutefois il n'était nullement démontré que ces micrococci fussent la cause de l'érysipèle. « Or, voilà que récemment FEHLEISEN a réussi à cultiver ces micrococci avec des lamelles de peau enlevées sur des malades atteints d'érysipèle, en se mettant en garde contre toute adultération possible des matières ensemencées par les bactéries qui se rencontrent accidentellement à la surface du tégument externe. En inoculant à l'homme ces produits de culture, il a pu développer un érysipèle tout à fait typique. Dès lors, il n'y a plus de doute que ces micrococci sont bien la cause de l'érysipèle et que cette maladie est d'origine parasitaire » (KOCH, *Vaccinations charbonneuses*, in *Revue scientifique*, 1883, p. 66). Le cas pris par FEHLEISEN était un érysipèle pur sans complication inflammatoire.

Voici les lésions qu'il a pu constater dans le champ du microscope. On doit considérer à la partie de la peau atteinte trois zones. Dans la première, qui comprend la partie voisine du bourrelet, et intacte macroscopiquement, les espaces lymphatiques sont remplis de micrococci en voie de multiplication. Dans la seconde, qui répondrait au bourrelet, apparaissent les signes d'une inflammation des tissus : entre les végétations de microbes existe une masse de cellules migratrices qui enveloppent les micrococci, et les absorbent même. Dans la troisième zone, qui correspond à la plaque, les mi-

crococci ont disparu et l'on ne trouve plus qu'une infiltration de petites cellules. Il est remarquable de voir qu'il n'existe dans les capillaires sanguins aucune trace de microbes.

D'après CORNIL, les bactériidies de l'érysipèle sont d'un volume très petit comparées à celles du charbon; par rapport à ces dernières, elles ont un diamètre de 0,0003. « Sur une préparation de peau érysipélateuse, on voit que ces bactéries sont réunies en groupes, qui sont situés dans les espaces inter-fasciculaires, dans les vaisseaux lymphatiques et dans le tissu adipeux sous-cutané. Dans les lobules adipeux on peut reconnaître que les bactéries occupent les cellules adipeuses elles-mêmes et sont logées dans le protoplasma qui entoure la gouttelette grasseuse... Il est encore un autre signe d'élection pour les bactéries de l'érysipèle : la périphérie des poils. Il en existe aussi très vraisemblablement dans la gaine des poils, mais le fait n'est pas encore nettement établi. » (CORNIL, *Journ. des connaissances méd.*, 1884.)

Altérations du sang. — Divers auteurs ont étudié le sang des érysipélateux. Contrairement aux assertions de HUETER et NEPVEU, FEHLEISEN n'y a jamais trouvé de bactériidies, sauf lorsque le sang examiné avait été recueilli sur une partie des téguments atteints. Si l'on en croit NORTHON WHITNEY « les dimensions des globules rouges, chez les érysipélateux, sont inférieures de un dixième comparées à celles des globules normaux. L'élasticité de ces disques semble perdue, ils sont comme ramollis, la moindre pression les aplatit en filaments allongés ou fusiformes, parfois même ils forment un courant jaunâtre qui traverse la préparation. La décoloration apparaît rapidement ainsi que l'état crénelé; de même que dans le typhus et la pyohémie, la proportion des globules blancs augmente, jusqu'à atteindre le rapport d'un blanc pour trente, même pour quinze rouges. Ces globules blancs sont de volume bien moindre qu'à l'état sain, parfois ils dépassent à peine les dimensions du globule rouge. Dans presque tous les cas, on observe des globules petits, arrondis, fortement réfringents, analogues aux hémato blasts de HAYEM et aux corpuscules élémentaires de ZIMMERMAN » (*Philadelphia Med. Times*, t. XIII, p. 394, 1883).

Nature de la maladie. — Les recherches modernes, en particulier les expériences rigoureusement irréprochables de FEHLEISEN, nous semblent avoir définitivement établi l'essence même de cette affection, et, résumant les opinions des auteurs précités nous dirons : *L'érysipèle est une maladie bactérienne, produite par un micrococcus spécifique, qui se développe dans les lymphatiques de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.*

Symptômes. — L'évolution de la maladie comporte trois périodes bien distinctes :

a. *Période d'invasion. Prodromes.* — L'érysipèle débute d'ordinaire par un ensemble de symptômes vagues, puis, phénomène caractéristique, survient un frisson, suivi immédiatement après d'une élévation de température. Le frisson se prolonge pendant un temps qui varie de un quart d'heure à une heure. Le malade est ensuite affaibli comme sous l'influence d'une courbature générale; la soif est ardente; il existe des nausées, des vomissements. Parmi les phénomènes précurseurs, l'engorgement des ganglions lymphatiques correspondant