

Il est à peine besoin d'ajouter que l'isolement des malades n'est pas moins nécessaire que dans la variole et les autres maladies infectieuses.

## CHAPITRE V.

## ÉRYSIPELE.

## GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

L'érysipèle (1) est une maladie exanthématique fébrile, contagieuse et épidémique, dont l'exanthème, à marche extensive, est caractérisé par l'aspect lisse et luisant des téguments, et par les quatre symptômes traditionnels de l'inflammation : rougeur, chaleur, douleur, tumeur.

L'érysipèle possède une transmissibilité bien moins puissante que celle des fièvres éruptives, mais suffisante pourtant pour donner lieu, dans mainte circonstance, à la diffusion épidémique. Par là, l'érysipèle se rapproche incontestablement des maladies zymotiques; il s'en rapproche, en outre, par la marche régulière et le cycle défini qu'il présente, lorsqu'il

(1) SENNERT, SYDENHAM, HOFFMANN, BORSIERI, VOGEL, J. P. FRANK.

*Traité de chirurgie, Dictionnaires de médecine, Traité des maladies de la peau.* SCHENK, *Diss. de febre erysipelatode.* Iena, 1666. — RICHTER, *De erysipelate.* Götting., 1774. — SCHRÖDER, *De febribus erysipelatosi.* Götting., 1771. — HOFINGER, *De volatica seu erysipelate vago.* Wien, 1789. — THIERENS, *De erysipelate.* Leiden, 1790. — GERGENS, *De erysipelatis, febrisque erysipelatosæ causa materiali.* Mainz, 1792. — FOWLE, *De febre erysipelatosæ.* Edinburghi, 1791. — WINKEL, *Aphorismi de cognoscendo et curando erysipelate.* Erlangen, 1794. — FERNE, *De diversa erysipelatis natura.* Frankfurt a. d. Oder, 1795.

RENAUDIN, *Diss. sur l'érysipèle.* Paris, 1802. — UNGEWITTER, *De pseudo-erysipelate.* Berlin, 1824. — KISTENMACHER, *De erysipelate.* Halle, 1827. — HUTCHINSON, *Pract. Obs. on Surgery.* London, 1826. — LAWRENCE, *Med.-chir. Transact.*, XIX. — GIBSON, DOBSON, COPLAND, *Med.-chir. Review*, 1828. — LEPELLETIER, *Des différentes espèces d'érysipèle et de leur traitement.* Paris, 1836. — NAUMANN, *Handb. der med. Klinik.* Berlin, 1832. — GRAVES, LEBERT, WUNDERLICH, *loc. cit.* — TROUSSEAU, *loc. cit.* — PIORRY, *Gaz. méd. Paris*, 1833. — MALLE, *Eodem loco*, 1833. — LORAIN, *De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né.* Thèse de Paris, 1855. — LABBÉ, *De l'érysipèle.* Thèse de Paris, 1858. — AUBRÉE, *Thèse de Paris*, 1859. — HEBRA, *loc. cit.* — A. DESPRÉS, *Traité de l'érysipèle.* Paris, 1862. — CORNIL, *Obs. pour servir à l'histoire de l'érysipèle du pharynx.* Paris, 1862. — OPPOLZER, *Ueber Erysipelas (Allg. Wiener med. Zeit., 1862).* — BOURGOGNE, *De l'érysipèle considéré comme une fièvre exanthématique essentielle (Journ. de méd. de Bruxelles, 1862-1863).* — VIDAL, *Gaz. méd. Paris*, 1862. — THOMAS, *Archiv der Heilk.*, 1864. — J. SIMON, *Union méd.*, 1864. — ROSE, *The Lancet*, 1864. — MAGNE, *Du délire dans l'érysipèle de la face (Montpellier méd., 1864).* — LARCHER, *Des ulcérations intestinales dans*

est primitif, et par suite, dégagé de toute influence propre à en voiler ou à en dévier les allures naturelles; dans ces mêmes conditions, l'exanthème est précédé de symptômes généraux qui rappellent la période d'invasion des fièvres éruptives, c'est là une analogie de plus.

Je m'éloigne donc complètement de l'opinion qui voit dans l'érysipèle

*l'érysipèle (Arch. gén. de méd., 1864).* — CIURE, *De l'érysipèle du pharynx.* Thèse de Paris, 1864.

J. SIMON, *Erysipèle du pharynx, du larynx et des bronches (Arch. gén. de méd., 1865).* — MARTIN, *De la contagion dans l'érysipèle.* Thèse de Paris, 1865. — EULENBURG, *Ueber præmortale und postmortale Steigerungen der Eigenwärme bei Erysipelas (Centrabl. f. d. med. Wissens., 1866).* — LARREY, *Bullet. Acad. méd.*, 1866. — PONFICK, *Ueber die path. anat. Veränderungen der innern Organe bei tödtlich verlaufenden Erysipelen (Deutsche Klinik, 1867).* — DAUDÉ, *Traité de l'érysipèle épidémique.* Paris, 1867. — METTENHEIMER, *Zur Naturgeschichte des Erysipelas (Arch. f. klin. Med., 1868).* — WEBER, *Ueber das epidemische Vorkommen der Rose, (Verhandl. des naturhist. med. Vereins zu Heidelberg, 1868).* — VOLKMAN und, STEUDNER, *Zur path. Anat. des Erysipelas (Centrablatt f. die med. Wissenschaften, 1868).* — DION, *Thèse de Paris*, 1869. — SCHUTZENBERGER, *Du traitement abortif de l'érysipèle (Gaz. méd. Strasbourg, 1869).*

BOUVILLOIS, *De la nature et de l'étiologie de l'érysipèle.* Thèse de Strasbourg, 1869. — LOYSEL, *De l'érysipèle épidém.* Paris, 1869. — PERROUD, *Du sulfate de quinine, etc. (Ann. de dermat. et de syphilogr., 1870).* — FOX, *The nature of erysipelas (Philad. med. and surg. Rep., 1870).* — PIAZZA, *Cura abortiva della erysipela ol silicato di potassa (Gazz. clin. di Palermo, 1870).* — HEYFELDER, *Beitrag sur Lehre von Erysipelas (Berlin. klin. Wochen., 1870).*

BROADBENT, *Herpes frontalis giving rise to contagious erysipelas (Brit. med. Journ., 1871).* — RITCHIE, *Même sujet (Eodem loco, 1871).* — RITZMANN, *Eitrige Gelenkentzündungen im Verlauf von Erysipel (Berlin. klin. Wochen., 1871).* — ROHDE, *Eodem loco, 1871.*

JACCOUD, *Clinique de l'hôp. Lariboisière.* Paris, 1872. — FOLET, *Bullet. méd. du nord de la France, 1872.*

VON KACZOROWSKI, *Ueber Behandlung des Erysipelas (Berlin. klin. Wochen., 1872).* — SEGUIN, *Two cases of erysipelas obs. with the fever and surface thermometers (New York med. Record, 1872).* — PFLEGER, *Beob. über Erysipelas migrans (Med. Centralblatt, 1872).* — NICOLUCCI, *Il Raccogliatore medico, 1873.* — MONTEFOSCHI, *Eodem loco.* — DAVIL, *Erysipelas attended with albuminuria (Philad. med. and surg. Rep., 1873).* — RAYNAUD, *De la nature de l'érysipèle et de ses relations avec les maladies infectieuses (Union méd. — Gaz. hebdom., 1873).* — FÉRÉOL, *Note sur la nat. et le trait. de l'érysipèle (Union méd., 1873).* — PAJOS, *De l'épidémicité et de la contagion de l'érysipèle (Bordeaux méd., 1873).* — JACCOUD, *Sur les phlegmasies cardiaques liées à l'érysipèle de la face (Gaz. hebdom., 1873).* — ANGERHAUSEN, *Ueber eitrige Gelenkentzündungen in Folge von Erysipelas. Halle, 1873.* — SAVORY, *Clin. lect. on erysipelas (Brit. med. Journ., 1873).* — LORDEREAU, *Sur certains cas d'angioleucite suppurée coïncidant avec l'érysipèle (Journ. de l'anat. et de la phys., 1873).*

JACCOUD. — Path. int., 7<sup>e</sup> édit.

une simple inflammation spéciale de la peau; c'est pour moi une maladie infectieuse au même titre que celles qui nous ont occupé jusqu'ici; il suffit pour le prouver sans réplique de la contagion, de l'épidémicité, à quoi l'on peut ajouter cet autre fait: l'impossibilité de produire à volonté l'érysipèle par des irritations communes de la peau. Le poison générateur, micrococcus ou autre, nous est mal connu, c'est vrai;

SEVESTRE, *Des manifestations cardiaques dans l'érysipèle de la face*. Thèse de Paris, 1874. — LUKOMSKY, *Virchow's Archiv*, LX, 1874. — HILLER, *Der erysipelatöse Entzündungsprocess* (Berlin. klin. Wochen., 1874). — CADAT, *Sur l'érysipèle phlegmoneux* (Journ. de l'anat. et de la physiol., 1874). — LUTZ, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1874. — LUEHE, *Zur Aetiologie der Rose (Eodem loco)*. — ERICHSEN, *Lect. on hospitalism* (Brit. med. Journ., 1874). — HUTCHINSON, *Eodem loco*. — TIBBITS, *The Lancet*, 1874. — ALLAN, *Med. Times and Gaz.*, 1874. — GLEASON, *Boston med. and surg. Journ.*, 1874. — MAPOTHER, *The Nature of erysipelas* (Med. Press and Circular, 1874). — GREENE, *Eodem loco*. — STEWART, *Erysipelas during the puerperal condition* (Brit. med. Journ., 1874). — REID, *Même sujet (Eodem loco)*. — AUFRECHT *Zur Therapie des Erysipelas vermitteltst subcutaner Injectionen von Carbolsäure* (Centralbl. f. d. med. Wissensch., 1874).

BOURGEOIS, *Terminaison de l'érysipèle par des éruptions cutanées*. Thèse de Paris, 1874. — WOJLANSKI, *Consid. sur l'étiologie, le traitement et la prophylaxie de l'érysipèle*. Thèse de Paris, 1874. — JACOBS, *Érysipèle de la face suivi d'érysipèle du pharynx. Endocardite* (Presse méd. belge, 1875). — MORBIEU, *Des érysipèles à récidives* (Union méd., 1875). — MINNICH, *Erysipelas migrans von besonderer Intensität* (Wien. med. Presse, 1875). — SQUIRE, *Erysipelas and puerperal fever* (Brit. med. Journ., 1875). — DAVIES, *Case of puerperal fever caused by exposure to the contagion of erysipelas (Eodem loco)*. — VON ROTHMUND, *Ueber das Erysipelas* (Aerztl. Intellig. Blatt München, 1876). — SCHUELE, *Zur Mykose des Gehirns*. (Virchow's Archiv, 1876). — DOUSSIN, *Consid. sur l'œdème de la glotte consécutif à l'érysipèle de la face*. Thèse de Paris, 1876. — ZIMMERMANN, *Des abcès multiples du tissu cellulaire à la suite de l'érysipèle*. Thèse de Paris, 1876. — HELLER, *Wirkungsweise der Carbolsäure beim Erysipel* (Allg. Wien. med. Zeit., 1876). — FONTENAY, *Abortiv Behandlung af erysipelas ambulans* (Hospitaltidende, 1876). — BARBANNEAU, *De l'érysipèle à distance*. Thèse de Paris, 1876.

BAADER, *Zur Aetiologie des Erysipels* (Corresp. Blatt d. Schweizer Aerzte, 1877).

DA COSTA, *The internal complications of acute erysipelas* (Americ. Journ. of med. Sc., 1877). — BARCLAY, *Facial erysipelas, recurrent high temperature, etc.* (The Lancet, 1877). — TUBENTHAL, *Zur Lehre vom Erysipel*. Berlin, 1878. — HARDY, *De l'érysipèle* (Union méd., 1878). — SCHENKL, *Netzhauf- und Sehnervenatrophie nach Erysipelas faciei* (Prag. med. Wochen., 1878). — RÉAL, *Identité de nature de l'érysipèle spontané et de l'érysipèle traumatique* (Compt. rend. Acad. Sc., 1878). — ALIX, *Même sujet* (Lyon méd., 1878). — NEUDOERFER, *Zur Path. und Therapie des Erysipels* (Wien. med. Presse, 1878). — TILLMANN'S, *Experimentelle und anatomische Untersuchungen über Erysipelas* (Verhandl. der deut. Gesells. für Chirurgie, 1878).

WOODBURY, *Idiopathic erysipelas and some of its clinical concomitants* (Philad. med. and surg. Rep., 1879). — NASSE, *Érysipèle de la face compliqué d'endo-péricardite* (Gaz. hóp., 1879). — DAVEZAC, *Contrib. à l'étude de l'érysipèle de la face*

mais il n'y a rien là qui diffère des autres maladies infectieuses; l'identité est encore prouvée par cette circonstance que les causes morbides communes ne produisent l'érysipèle que dans certaines conditions particulières de milieu, ce qui démontre que leur action efficace est subordonnée à une autre influence; cette influence c'est la présence et l'absorption du poison érysipélateux. En résumé, par son indépendance des causes communes, par ses propriétés contagieuses et épidémiques, par ses symptômes, par sa marche, par ses complications, par ses suites, l'érysipèle appartient aux maladies infectieuses, et il se rapproche plus spécialement des fièvres éruptives.

De même que la variole, l'érysipèle possède les DEUX MODES DE TRANSMISSION. La *transmissibilité fixe* ou par *inoculation* est établie par les expériences de Ponfick, Bellien, Zülzer, Lukomsky, et surtout par les inoculations plus précises de Tillmann's. — La *transmissibilité diffuse* ou *miasmatique* est établie par des faits innombrables, qui concernent non seulement les variétés graves de l'érysipèle auxquelles on accorde plus facilement cette propriété, l'érysipèle puerpéral et le chirurgical par exemple, mais aussi les variétés plus légères, ordinairement du moins, qui appartiennent à l'érysipèle médical proprement dit. La connaissance de ces faits qui se sont étrangement multipliés dans les vingt dernières années, nous permet de préciser quels sont les principaux (je ne dis pas tous) agents de cette transmission diffuse: ce sont les malades, les médecins, les infirmiers, plus généralement les individus qui, sans avoir eux-mêmes subi l'infection, ont été en rapport avec des érysipélateux, les femmes en couches qui sont sous le coup d'accidents puerpéraux autres que l'érysipèle; fait bien important qui implique une certaine analogie entre les deux poisons morbides, puisque le contact érysipélateux peut à son tour provoquer l'explosion de l'infection connue sous le nom d'infection puerpérale; — enfin sans sortir des faits positivement acquis, on peut considérer les linges provenant de malades atteints d'érysipèle, comme des agents efficaces de transmission.

Voilà pour la contagion dans le sens large; les deux modes, comme on le voit, en sont parfaitement établis. Quant à l'épidémicité elle résulte fatalement de la transmissibilité de la maladie, et elle est prouvée par ce fait que l'érysipèle, comme la variole, comme la scarlatine, domine souvent pendant des mois toute la constitution médicale; c'est durant ces périodes que les traumatismes les plus divers, depuis le délabrement de l'amputation jusqu'à la piqure de sangsue, sont presque

(Journ. de méd. de Bordeaux, 1879). — LARMOYER, *Contrib. à l'étude de l'érysipèle gangreneux*. Thèse de Paris, 1879. — PARINAUD, *Atrophie des nerfs optiques dans l'érysipèle de la face* (Arch. gén. de méd., 1879). — DREISING, *Zur Pathologie der erysipelatösen Infection*. Berlin, 1879. — SMART, *On Erysipelas of epidemic type* (Brit. med. Journ., 1880). — CAVARÉ, *De l'érysipèle chez les varioleux*. Paris 1880.

invariablement suivis d'érysipèle, dont le poison infecte le milieu, tandis qu'en dehors de ces phases, ces mêmes circonstances sont impuissantes à produire une maladie, dont le générateur est absent. A cela se réduit l'étiologie vraie de l'érysipèle, toutes les autres conditions dites étiologiques n'ont que la valeur de causes occasionnelles ou de causes auxiliaires; elles peuvent accroître la réceptivité organique pour le poison et par là elles peuvent grandement favoriser l'extension du mal, mais à cela est bornée leur influence, ces prétendues causes sont impuissantes à faire naître la maladie.

Les principales de ces causes auxiliaires sont : *les états pathologiques antérieurs*, notamment les maladies du cœur, le mal de Bright, le diabète, les typhus, la pyémie; dans un autre ordre de faits, ce sont les influences déprimantes, la misère, les privations, les chagrins, la *malpropreté* surtout la malpropreté des plaies et de toutes les solutions de continuité quelconques; mais avant tout et au-dessus de tout, il faut signaler cette influence à la fois cosmique et individuelle qui résulte de l'*encombrement* et du *défaut d'aération*. L'influence des *saisons* est peu marquée, cependant le printemps et l'automne sont particulièrement favorables à l'érysipèle. Quant aux *conditions individuelles*, âge, sexe, constitution, tempérament, leur action est absolument nulle; elles peuvent influencer la forme clinique de la maladie, mais elles ne peuvent ni en provoquer ni en empêcher le développement.

Quant à l'érysipèle primitif dit spontané, qui prend naissance en dehors de toute condition pathologique antécédente, et de tout traumatisme grossier, la genèse n'en est pas toujours la même; dans le plus grand nombre des cas il existe une lésion préalable du tégument externe ou interne, il suffit de la chercher avec un soin suffisant : une légère dénudation du derme, un bouton d'herpès, une vésicule d'eczéma, une pustule d'acné, des excoriations de la muqueuse nasale, ou de l'arrière-gorge avec propagation de l'irritation au grand angle de l'œil par les points lacrymaux, une cicatrice récemment formée (Mettenheimer), voilà tout autant de traumatismes en miniature qui suffisent amplement pour rapprocher cet érysipèle dit médical de celui qu'on désigne, par opposition, sous le nom d'érysipèle chirurgical.

Quelque soin pourtant qu'on apporte dans la recherche de ces petites solutions de continuité qui servent de porte d'entrée au poison, il y a des cas, en petit nombre, dans lesquels cet examen reste infructueux, c'est pour ceux-là qu'on a réservé la qualification d'érysipèle spontané; cette qualification est tout aussi vicieuse que le serait celle de variole ou de scarlatine spontanée; ici comme dans tous les autres cas, l'érysipèle est la conséquence de la pénétration du poison spécifique dans l'organisme, seulement l'agent morbide a pénétré par les voies respiratoires, ou par quelque dénudation microscopique insaisissable du derme, au lieu

d'entrer par la voie béante d'un traumatisme appréciable. La variole est-elle toujours le résultat d'une inoculation? qui voudrait le soutenir! La situation est exactement la même pour l'érysipèle, et toutes les différences qu'on a voulu établir entre l'érysipèle par traumatisme et l'érysipèle sans traumatisme, n'ont pas plus de fondement que n'en auraient celles qu'on tenterait d'établir entre la variole par inoculation et la variole par absorption diffuse. De même que la variole, l'érysipèle possède la transmissibilité fixe ou inoculabilité, et la transmissibilité diffuse ou miasmatique (absorption respiratoire), voilà toute la solution du problème.

Comme la malaria, l'érysipèle ne confère aucune immunité par une première attaque; au contraire les récurrences sont faciles et fréquentes.

L'INCUBATION a été de sept jours dans les faits de transmission que j'ai observés; mais dans nombre d'autres cas, cette période a été plus courte, elle a pu être limitée à trois jours.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Au point de vue anatomique, l'érysipèle n'est ni une lymphangite, ni une phlébite, ni un érythème; c'est une DERMATITE EXSUDATIVE caractérisée par une fluxion et une rougeur intenses, et par un exsudat qui occupe l'épaisseur du derme, le tissu sous-cutané, et souvent aussi les couches sous-épidermiques; ce qui explique la formation possible de vésicules, de bulles ou de pustules (Hebra). Cet EXSUDAT n'est pas simplement *séro-fibrineux*, comme on l'a cru jusqu'en ces derniers temps; les recherches récentes de Volkmann et Steudner ont appris qu'il renferme une quantité considérable d'*éléments cellulaires* tout à fait semblables aux globules blancs du sang ou du pus; ces globules, que les observateurs cités rapportent (selon la théorie de Cohnheim) à une émigration extra-vasculaire, s'épanchent avec rapidité, et dès le début de la dermatite, dans toutes les couches de la peau, notamment dans les profondes, et dans le tissu sous-cutané. L'involution de ces éléments est très prompte; lorsque la rougeur de la peau commence à pâlir vers le troisième jour, ils sont déjà transformés en débris fins et granuleux, et à partir du quatrième jour on peut n'en retrouver aucune trace. Il est vraisemblable que ces produits sont en partie repris par les lymphatiques, et ces phénomènes peuvent éclairer la pathogénie des abcès et des adénites (suppurées ou non) qui sont fréquemment observés dans le cours ou à la suite de l'érysipèle.

Dans ces dernières années, un bon nombre d'observations, en particulier celles de Lukomsky, ont établi que dans les parties où l'érysipèle est encore en progression, les lymphatiques et les canalicules nourriciers ont remplis de *micrococcus*. Là où le processus était stationnaire

ou en régression, Lukomsky n'a pas trouvé de bactéries, il a seulement constaté que les interstices des faisceaux conjonctifs étaient infiltrés de cellules. Dans un cas d'érysipèle traumatique, le même observateur a vu que les microbes remplissaient les lymphatiques au voisinage du bord de la plaie, mais au delà il ne les a trouvés que dans les capillaires sanguins.

La dermatite est souvent précédée d'une lymphangite, et l'inflammation peut être suivie, dans son extension, des vaisseaux lymphatiques aux autres éléments du derme; dans les cas de ce genre, l'engorgement des ganglions correspondants précède toute rougeur appréciable des téguments. Lorsque la phlegmasie cutanée est d'emblée totale, les *lymphatiques* sont intéressés comme les autres éléments, et l'engorgement ganglionnaire ne précède plus la rougeur, il la suit de près; il résulte de là que l'adénite est un caractère constant de l'érysipèle. Les *petites veines* comprises dans la région enflammée participent également à la phlogose, au moins dans leur couche externe (exophlébite); ce phénomène passe ordinairement inaperçu, parce qu'il ne produit aucun accident qui lui soit spécial, mais dans quelques circonstances il s'accuse par une série d'effets qu'il importe de connaître : des THROMBOSES ont lieu dans les veines de la région malade, et ces caillots peuvent être le point de départ d'*embolies pulmonaires*, ou bien, par extension de la coagulation, la thrombose peut gagner des veines volumineuses et donner lieu, suivant le siège, à des *gangrènes* ou à des *nécrobioses*; de là, par exemple, l'obturation des sinus et le ramollissement cérébral, dans certains érysipèles de la face et du cuir chevelu. Dans un cas que je crois unique jusqu'ici, Schuele a constaté la présence de *microbes* dans les foyers des lésions cérébrales. La débilité et le marasme favorisent puissamment les coagulations veineuses (voy. t. I); aussi les malades qui présentent ces mauvaises conditions organiques sont-ils particulièrement exposés aux thromboses secondaires de l'érysipèle. Dans les mêmes circonstances, la phlegmasie cutanée peut aboutir à la gangrène, en raison de la faible vitalité des téguments, dont la circulation et la nutrition sont parfois depuis longtemps compromises; cette terminaison, rare dans l'érysipèle primitif, est extrêmement fréquente chez les individus affectés de lésion cardio-vasculaire, de mal de Bright ou de diabète.

Le rapprochement que j'ai établi entre l'érysipèle et les maladies zymotiques est justifié par les LÉSIONS VISCÉRALES que l'on observe dans le cours ou à la suite des érysipèles graves. En tête de ces lésions il faut noter l'*endocardite*, qui est le plus souvent mitrale, et la *péricardite* sèche partielle qui est plus rare. J'ai, le premier, fait connaître ces manifestations cardiaques, et depuis lors elles ont été constatées par un certain nombre d'observateurs, tant en France qu'à l'étranger, comme on pourra

le voir en consultant la bibliographie de ce chapitre. Entre beaucoup de cas que j'ai vus moi-même depuis ma première publication sur ce sujet, je signalerai deux faits de 1880 et 1881, dans lesquels l'endocardite a été constatée à l'autopsie avec les caractères indubitables d'une endocardite récente; dans le cas de 1881, il y avait en outre quelques plaques également récentes de péricardite sèche. Les deux malades avaient présenté cette forme redoutable de l'érysipèle facial qui s'accompagne à la fois d'endocardite et de *néphrite aiguë*. Cette dernière, d'après mes observations, est plus rare que l'inflammation de l'endocarde; néanmoins elle n'a pas le caractère d'un fait absolument exceptionnel, et elle doit être considérée comme une des lésions viscérales possibles de l'érysipèle grave.

Les autres altérations ont été signalées par Ponfick; ce sont des *altérations parenchymateuses* consistant essentiellement dans la dégénérescence (*tuméfaction trouble*) du foie, des reins, de la rate, et des muscles du cœur et du tronc; dans bon nombre de cas, il y a des lésions analogues dans l'*épithélium des vaisseaux* viscéraux ou autres, tant artériels que veineux. Comme lésions inconstantes, le même auteur signale la *pneumonie*, la *pleurésie*, la *parotidite*, et surtout l'*entérite avec infiltration ou ulcération des glandes solitaires et des plaques de Peyer*. Les recherches anatomiques faites par Ponfick sous la direction de Weber n'ont porté que sur des érysipèles chirurgicaux (épidémie de Heidelberg en 1866); mais la similitude de ces lésions et de celles qui caractérisent les maladies typhiques autorise l'application de ces données à l'érysipèle dit spontané.

L'érysipèle de la face est parfois précédé ou accompagné de FLUXIONS INTERNES qui occupent soit les muqueuses voisines (*bouche, pharynx*), soit des muqueuses plus éloignées (*bronches*), soit même les *séreuses cardiaques*, ainsi que je l'ai établi. Tantôt ces fluxions s'effacent lorsque l'exanthème est pleinement développé, c'est le cas le plus ordinaire; tantôt elles persistent et ne s'éteignent qu'avec l'érysipèle lui-même. Ces fluxions, que Frank qualifiait déjà d'érysipélateuses, constituent l'érysipèle interne de quelques auteurs (Reil, Gubler, Gull.)

En tant que phlegmasie cutanée, l'érysipèle se termine dans la grande majorité des cas par *résolution* avec desquamation lamelleuse; plus rarement il présente la disparition brusque appelée *délitescence*; enfin il peut exceptionnellement aboutir à la *gangrène* ou à la *suppuration*. Dans ce dernier cas, il semble, comme l'a dit Walschmann, que l'érysipèle ait créé une véritable diathèse purulente; on voit des abcès apparaître coup sur coup, même sur les points qui n'ont pas été atteints par l'exanthème, et dans un fait rapporté par Landouzy, il y eut ainsi soixante-neuf collections purulentes de volume variable.

Toutes les régions peuvent être affectées d'érysipèle; pour celui qui est de cause traumatique, le siège est naturellement déterminé par le