

de céphalée atroce, de vomissements, le sujet présente de l'hyperthermie (40° à 41°), du trismus, du strabisme, et ne tarde pas à être saisi de spasmes généralisés, avant de tomber dans le coma terminal.

Dans les *formes abortives*, la température ne passe pas 38°,5; le mal de tête, surtout frontal, et la rachialgie s'accompagnent d'un léger opisthotonos et d'hyperesthésie cutanée; il y a de la constipation et des vomissements bilieux. En deux jours, la fièvre tombe avec les autres accidents.

La *forme pétéchiiale* est très grave; tout le corps est semé de pétéchies, tantôt petites, tantôt larges comme une pièce de 0 fr. 50 ou de 1 franc; la fièvre est intense (42°), la respiration haletante, le pouls misérable; le malade, cyanosé, présente des syncopes répétées et succombe en 24 heures.

Il est aussi des *formes lentes*, coupées de rémissions de un à deux mois ou plus, simulant tantôt la méningite tuberculeuse, tantôt le tubercule méningé. Netter cite un cas ayant débuté par une raideur passagère de la nuque, des vomissements, de la lassitude dans les jambes, sans fièvre, puis abouti, après huit jours, à de l'aphasie et à une paralysie qui envahit successivement le bras droit, la jambe puis la face du même côté.

Les *formes convulsives*, propres aux jeunes enfants, se traduisent par de la *somnolence* entrecoupée de *convulsions généralisées*; l'enfant, couché en chien de fusil, a des vomissements en fusée.

**Évolution.** — Les formes foudroyantes durent 2 à 3 jours; les formes moyennes 6, 8 à 15 jours; les *rechutes* sont fréquentes. La forme lente traîne 1 à 2 mois, avec les rémissions.

**Diagnostic.** — Souvent difficile, le diagnostic repose surtout sur : la notion épidémique, le *signe de Kernig* et l'*enquête cyto-bactériologique*. Quoique commun à tous les cas d'irritation méningée, le signe de Kernig présente une réelle valeur, grâce à sa presque constance (90 pour 100).

La *ponction lombaire* (voy. ce chapitre) fournit de précieux renseignements. Un liquide céphalo-rachidien abondant et louche permet d'affirmer la méningite. Contient-il de nombreux polynucléaires, de l'albumine en abondance, et, son point de congélation (0°,60 ou 0°,75) est-il supérieur à celui du sérum sanguin (0°,56)? l'hypothèse de méningite tuberculeuse peut être presque sûrement écartée. Celle-ci, par contre, est probable si les lymphocytes prédominent, et si la congélation se produit entre 0°,48 et 0°,55 (Netter). L'*examen direct, sur lamelle*, des produits de centrifugation (après *inoscopie*); la *culture du liquide*, surtout sur sérum de jeune lapin, ou sur sang gélosé, permettent de préciser le ou les agents pathogènes en cause. On rencontre, dans les cas typiques : le *méningocoque* de *Weichselbaum*, sous forme d'un *diplocoque* en grain de café, décoloré par le Gram et généralement inclus dans les polynucléaires; il cultive sur sérum de lapin (y est encapsulé) sur sang gélosé ou sur gélose-ascite (colonies en gouttes de rosée); son inoculation à la souris blanche reste négative. L'ensemencement sur sang gélosé donne, en 4 semaines, des cultures de bacilles de Koch, quand le liquide en renferme. Le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque, le bacille d'Eberth sont décelés par les méthodes usuelles.

Tels sont, avec le syndrome clinique, les caractères distinctifs propres à éviter les confusions les plus communes avec : la *grippe*; la *fièvre typhoïde ataxo-dynamique* (séro-réaction); le *début* d'une *scarlatine*, d'une *variole*; le *typhus exanthématique*, et surtout avec les autres *méningites aiguës*, et certaines *hémorragies méningées* (pas de fièvre, pas d'herpès, hématies dans le liquide céphalo-rachidien) (1).

## XX. — OREILLONS

**Signes étiologiques.** — Les oreillons sont une affection contagieuse épidémique, se localisant particulièrement sur les glandes salivaires, et surtout sur les parotides. Elle frappe de préférence les enfants de 5 à 15 ans; moins souvent les adultes, très rarement les sujets ayant passé la cinquantaine. La cause unique en est la *contagion* par contact direct. Possible pendant toute la maladie, elle atteint son apogée à la fin de la *phase d'incubation* qui dure 18 à 20 jours. Le froid n'est qu'une cause prédisposante. Le contagement pénètre sans doute par l'orifice du canal de Sténon, mais n'est pas encore connu.

**Signes cliniques. — Forme commune. — Invasion.** — Les *prodromes* manquent souvent ou passent inaperçus, consistant en fièvre légère, anorexie, courbature, quelquefois nausées et vomissements. Les douleurs rhumatoïdes, les douleurs d'oreille sont plus rares. La fièvre, quand elle existe, dépasse rarement 38° et n'atteint qu'exceptionnellement 40° et 41°. Cette période qui dure 12 à 36 heures prend fin avec l'apparition du gonflement parotidien.

**Phase d'état.** — Le premier signe consiste en gêne, raideur ou *douleur* gravative au-devant du conduit auditif externe; celle-ci est réveillée : par pression sur l'apophyse mastoïde et l'articulation temporo-maxillaire, par l'écartement des mâchoires; elle entrave la mastication, la parole, l'acte de tirer la langue déterminant parfois un vrai *trismus*. La douleur spontanée peut manquer complètement; ailleurs elle revêt la forme névralgique, irradiant vers le cou et l'omoplate et empêchant le sommeil.

En même temps, la parotide et sa gangue celluleuse subissent une tuméfaction d'abord unilatérale, comme la douleur. Le *gonflement* siège entre le tragus et la branche montante du maxillaire qu'il déborde en avant; la *peau* qui le recouvre est tendue et luisante, incolore ou rosée, rarement teinte d'une rougeur érysipélateuse ou phlegmoneuse. La région présente, au palper, un *empatement élastique*, sans œdème. La parotide du côté opposé se prend plus ou moins vite (de quelques heures à 1 ou 8 jours), l'oreillon unilatéral étant aussi exceptionnel que l'oreillon bilatéral d'emblée. La *tuméfaction* est tantôt assez *légère* pour passer inaperçue; tantôt *moyenne*, réfulant en dehors le pavillon de l'oreille; tantôt *considérable*, envahissant : en bas, le cou, jusqu'à la clavicule; en haut, les régions temporale et zygomatique,

(1) Voy. CHAUFFARD et FROIN, *Soc. méd. des hôpit.*, 28 octobre 1905.

ainsi que les paupières; de façon à donner à l'ensemble du visage un aspect *piriforme*. La fluxion de chaque glande dure 2 à 6 jours, puis diminue rapidement pour disparaître du 7<sup>e</sup> au 8<sup>e</sup> jour. Chez l'enfant, certaines formes légères durent en tout 3 à 4 jours; les formes lentes, à poussées successives, se prolongent 5 à 4 semaines.

Dans la moitié des cas, à la tuméfaction des parotides, succède celle des glandes sous-maxillaires, qui, plus rarement, apparaît isolément (*oreillons uniquement sous-maxillaires*). L'*oreillon* uniquement *sub-lingual* est exceptionnel.

Les oreillons peuvent n'altérer ni la muqueuse bucco-pharyngée, ni la sécrétion salivaire. Souvent pourtant, la bouche est sèche et la salive est acide. Guéneau de Mussy décrivait un *éanthème buccal*, sorte de gonflement congestif de la muqueuse entourant l'orifice du canal de Sténon, au niveau des dernières molaires et de la partie antérieure de la voûte palatine. Ce signe, retrouvé par Catrin dans les 2/5 des cas, paraît plus rare. On peut encore observer: la tuméfaction des amygdales; celle de l'orifice du canal de Sténon; l'induration hypertrophique de ce canal et du canal de Warthon.

Assez souvent les oreillons évoluent sans fièvre ni réaction générale; cependant la température dépasserait toujours la normale (*Gerhardt*). Les oreillons simples comportent souvent, à vrai dire, de l'anorexie, de la courbature, des vomissements; plus rarement des épistaxis. La température atteint 38°, pendant 2, 4 ou 5 jours, puis tombe brusquement, quelquefois avec des *phénomènes critiques*: sueurs, polyurie, salivation. La fièvre, si elle reparait, indique soit une nouvelle poussée ourlienne, soit une *orchite*.

**Formes.** — Les oreillons simples peuvent revêtir tous les degrés de gravité: formes abortives, moyennes et graves, toutes susceptibles de comporter l'orchite.

Certaines épidémies ont présenté des *cas hyperthermiques* (40° à 41°) compliqués de *délire* hallucinatoire, de *convulsions*; quelques-uns même (exceptionnels) ayant abouti au *coma* mortel. On a enfin décrit, chez l'adulte surtout, une *forme typhoïde* (Karth) des oreillons, quelquefois mortelle, caractérisée par la stupeur, l'ataxo-adynergie et la gravité de l'état général.

**Évolution et terminaison.** — Dans la forme simple, après 12 à 14 jours de prodromes, l'une des parotides se prend; puis, l'autre, quelques heures ou quelques jours plus tard; puis, la résolution ne tarde pas à se produire. Le tout évolue en 8 jours chez l'enfant; 10 à 12 chez l'adulte, à moins de poussées successives ou de rechutes (15 jours à 5 semaines). La résolution est la règle, plus souvent brusque que trainante. Pendant la convalescence, parfois lente, on peut constater: de l'hypothermie, le ralentissement du pouls et de l'amaigrissement. La terminaison par *induration* de la glande est exceptionnelle. La récurrence des oreillons est rare.

**Orchite ourlienne.** — L'orchite est une véritable localisation de l'infection ourlienne, habituellement secondaire, mais parfois aussi, primitive. Rare avant la puberté, l'orchite est relativement fréquente chez l'adulte, en parti-

culier chez les jeunes soldats. Elle éclate d'habitude du 6<sup>e</sup> au 8<sup>e</sup> jour des oreillons, parfois plus tard (12<sup>e</sup> au 16<sup>e</sup>, 21<sup>e</sup>). Son apparition peut coïncider avec le dégonflement brusque des glandes salivaires, ce qui suscita jadis, la théorie de la *métastase*, maintenant oubliée, peu compatible du reste avec l'existence, réelle pourtant, d'une *orchite initiale*, devant de 1 à 5 jours le gonflement parotidien, et même, d'une orchite simple ou double isolée (*oreillons frustes*).

D'abord unilatérale, le plus souvent, l'orchite ourlienne ne devient double que dans 1/8 des cas, mais l'est rarement d'emblée. L'orchite ne complique pas nécessairement des oreillons intenses. Son début peut n'être marqué que par des phénomènes purement locaux; plus souvent, il est annoncé par une brusque ascension thermique (40° à 41°) et par des frissons; quelquefois par des *accidents généraux graves*: collapsus, anxiété, fréquence et petitesse du pouls, ou bien état typhoïde, carphologie, délire, diarrhée; l'hyperthermie est alors constante (40° à 41°).

La *douleur testiculaire*, tantôt se réduit à une simple tension; à de la pesanteur dans la station debout; tantôt est violente et continue, présentant des irradiations inguinales, hypogastriques, et lombaires. Elle constitue le premier signe local. Bientôt le testicule se tuméfie; le scrotum est épaissi et rougeâtre; l'épididyme est habituellement respecté, mais peut être le siège primitif du gonflement (Antony-Catrin). Dans les cas intenses, on observe de la tension, parfois œdémateuse, du scrotum et un léger épanchement dans la vaginale.

L'évolution est rapide; les accidents généraux s'apaisent dès que l'orchite est déclarée, sauf la fièvre qui dure 5 à 5 jours, pour tomber rapidement ou graduellement; la douleur et l'œdème diminuent vers le 4<sup>e</sup> jour, mais la glande reste grosse et ne reprend sa taille normale que du 8<sup>e</sup> au 10<sup>e</sup> jour. L'orchite double est bien plus longue, surtout si le second testicule se prend tardivement (parfois 16 jours après le 1<sup>er</sup>).

À l'orchite ourlienne succède, dans la moitié ou les deux tiers des cas, une *atrophie testiculaire*, appréciable seulement après un ou deux mois, mais souvent annoncée plus tôt, par une flaccidité spéciale de la glande; puis, assez brusquement, en quelques jours parfois, le testicule se réduit d'un tiers ou de moitié. L'atrophie est, selon les cas, partielle ou totale, quelquefois indiquée par la perte du réflexe crémasterien ou compliquée de douleurs rebelles. L'*atrophie unilatérale* ne compromet pas la virilité; mais l'*atrophie double* entraîne généralement l'agénésie et l'impuissance.

**Localisations rares.** — L'*ovarite* chez la femme est bien plus rare que l'orchite chez l'homme; elle se traduirait par une douleur spontanée, ou à la pression, dans une fosse iliaque, et quelquefois, par une tumeur perceptible au niveau de l'ovaire. On a également signalé, au cours des oreillons, la *tuméfaction des grandes lèvres* et des *glandes vulvo-vaginales*. Chez l'homme, on a vu, exceptionnellement, l'orchite associée à une *urétrite* et à une *prostatite*. La *fluxion des mamelles*, de la *glande lacrymale*, constituent d'autres localisations rares.

**Complications.** — Un certain nombre d'accidents, exceptionnels chez l'enfant, un peu moins rares chez l'adulte, peuvent venir compliquer les oreillons, la plupart à titre d'*infections secondaires*. La *suppuration de la parotide* a été signalée, dans quelques cas discutables; elle aboutirait à un abcès superficiel, dont l'incision est suivie d'une guérison rapide. La *suppuration du testicule et de l'épididyme* est exceptionnelle. La *gangrène* de la parotide a été observée dans deux cas mortels. Les *adénopathies* sous-maxillaires sont rares au cours des oreillons; mais des *polyadénites consécutives*, dures, indolentes, rebelles, le sont moins, chez les enfants lymphatiques.

L'*embarras gastrique* est une complication assez commune; la *diarrhée* associée à l'*adynamie*, à la sécheresse de la langue, est propre aux formes typhoïdes.

Exceptionnellement, les oreillons peuvent déterminer un *œdème glottique*, susceptible d'exiger la trachéotomie d'urgence ou d'aboutir à la mort par asphyxie.

Le *péricardite sèche*, l'*endocardite* s'observent très rarement.

Des *arthropathies* peuvent se déclarer au cours, ou plutôt, à la suite des oreillons. Le plus souvent plusieurs jointures, le genou surtout, sont douloureuses (*forme arthralgique*), durant quelques jours, sans gonflement, ni troubles généraux; plus rarement existe de la tuméfaction, ou même de l'épanchement articulaire (*hydarthrose*); de l'empatement des gaines synoviales, des muscles. Ces accidents sont habituellement peu fébriles ou apyrétiques; Catrin signale pourtant des cas hyperthermiques. La résolution s'opère en quelques jours; la *pyarthrose* est exceptionnelle.

Très comparable à la néphrite scarlatineuse, la *néphrite ourlienne* est bien plus rare. Elle se manifeste, tantôt par une albuminurie passagère, contemporaine de l'hyperthermie, quand elle existe, et s'éteignant avec elle; tantôt par une albuminurie survenant plutôt lors de la convalescence, susceptible de se compliquer d'anasarque et même d'urémie, mais habituellement curable. La néphrite ourlienne complique de préférence les formes graves et s'observe presque exclusivement chez l'adulte.

Les *complications nerveuses*, plus communes à l'âge adulte, éclatent soit au début, soit plutôt au cours des oreillons. Les malades émotifs sont exposés à présenter du *subdélire*, des secousses convulsives, de la carphologie. Ailleurs, un *délire violent*, hallucinatoire ou maniaque, peut aboutir au *coma*, mais guérit le plus souvent. Plus rarement, l'excitation cérébrale se complique de troubles propres aux lésions en foyer: *hémiplégie* avec hémianesthésie, *monoplégie* brachiale; *agraphie*, *aphasie*; paralysies susceptibles de guérir au bout de plusieurs mois (6 à 15 mois).

On a observé également des *paralysies tardives* à type polynévritique: paraplégie incomplète, paralysie des quatre membres, accompagnées d'anesthésie cutanée légère, d'abolition des réflexes tendineux, de troubles des réactions électro-musculaires. Les faits de *vésanie* consécutive aux oreillons concernent presque tous des sujets déjà prédisposés.

Les *complications oculaires*: blépharite, kérato-conjonctivite, œdème de la rétine, sont bénignes et rares.

Rares aussi, les *complications auditives* sont plus sévères. Si l'otite externe et l'otite moyenne purulente sont exceptionnelles, on peut observer à tout âge une *surdité* uni- ou bilatérale définitive, survenant en quelques jours, probablement d'*origine labyrinthique*.

**Diagnostic.** — Les oreillons ne sont reconnus qu'à l'apparition de la tuméfaction parotidienne.

L'*adénite aiguë ou chronique* de la région parotidienne se distingue du gonflement parotidien, par son unilatéralité, par la forme plus acuminée de la tuméfaction ganglionnaire. L'empatement de la *péri-adénite phlegmoneuse* est plus dur et plus douloureux. Les *adénopathies* symptomatiques de la *diphthérie* ou de la *scarlatine maligne* s'accompagnent de signes généraux et locaux qui laissent rarement place à l'erreur.

La *parotidite aiguë* se déclare d'habitude au déclin d'une infection grave (fièvre typhoïde, pneumonie, scarlatine, etc.); elle est unilatérale et aboutit rapidement à la suppuration ou au sphacèle.

L'*érysipèle de la face à début pré-auriculaire* se distingue par la rougeur cutanée limitée par un bourrelet, par la vive sensibilité à la pression.

Le *plomb*, le *mercure*, l'*iode*, l'*urémie* peuvent provoquer une tuméfaction parotidienne plutôt chronique qu'aiguë, et dont les commémoratifs établiront facilement la cause.

Comme l'ont montré les recherches de J.-A. Sicard et Ch. Dopter<sup>(1)</sup>, les oreillons semblent devoir aussi tirer profit du *cytodiagnostic* basé sur l'examen microscopique du liquide recueilli à l'orifice du canal de Sténon. A l'état normal, la salive ainsi recueillie ne contient aucun élément cellulaire; au contraire, on y trouve, dès le début des oreillons,

des cellules déjà nombreuses, surtout: *poly-nucléaires*, *lymphocytes* et *gros mono-nucléaires*; à ces éléments s'ajoutent plus tard (*période d'état*), de nombreuses *cellules glandulaires* isolées ou accolées (cylindriques, en cupule, en urnes et surtout fusiformes) qui se raréfient ensuite, à la période de déclin. Pour cette recherche, il importe de cathétériser les deux glandes avec de fines sondes de caoutchouc

(1) Voy. J.-A. SICARD et CH. DOPTER, Cytologie parotidienne des oreillons. *Presse méd.*, 12 avril 1905.



FIG. 220. — Premier stade. — Nombreux polynucléaires. Cellules fusiformes en petite quantité. Trois cellules épithéliales pavimenteuses de la muqueuse buccale. — (Vérick, obj. n° 4, oc. 2.)

coupées (n° 2 de la filière) en tronçons de 15 centimètres et taillées en biseau : cette pratique sans inconvénient est aisée, et on parvient facilement à trouver

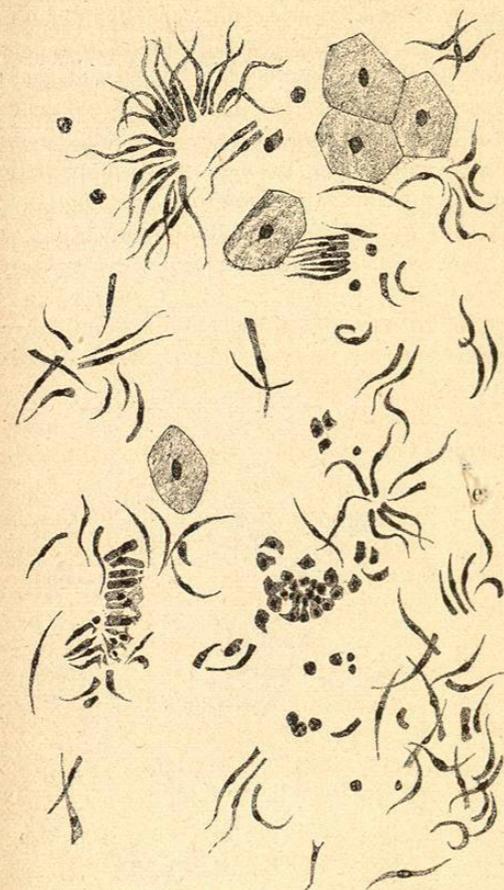


FIG. 221. — *Second stade.* — Bares éléments polynucléaires et lymphocytiques. Cellules fusiformes en grande abondance, isolées ou par groupes. Un peu au-dessous du centre de la préparation, un autre groupe de cellules glandulaires propres (cellules en urne ou en cupule). Cinq cellules épithéliales pavimenteuses de la muqueuse buccale. — (Vérick, obj. n° 4, oc. 5.)

l'orifice du canal de Sténon, au sommet d'une papille très apparente, près des grosses molaires supérieures. Après avoir dilaté l'entrée du pertuis avec une bougie, on lui substitue une sonde creuse. En cas d'oreillons, cette opération ne provoque qu'un écoulement très lent, ou même nul; mais du cathéter retiré on peut extraire, par aspiration, avec une seringue de Pravaz, quelques gouttes qui, réparties ensuite sur des lamelles de verre, suffisent pour l'examen (après coloration à l'hématéine éosine). On conçoit tout le parti qu'on peut tirer de ce procédé, dans les cas où la nature ourlienne d'une parotidite ou d'une orchite (avant tuméfaction de la parotide) laisse perplexe : aussi bien que dans ceux où les signes objectifs font songer à un phlegmon. On se gardera de confondre les oreillons sous-maxillaires avec l'adénite sous-maxillaire aiguë ou le phlegmon sublingual avec la grenouillette. Les erreurs de diagnostic ne portent guère du reste que sur les formes frustes. La nature ourlienne de l'orchite peut rester douteuse, quand celle-ci est primitive. Les orchites traumatique, variolique, typhoïdique éclatent dans des conditions bien déterminées et tendent vers la suppuration. L'orchite syphilitique secondaire, l'orchite-épididymite tuberculeuse aiguë, l'orchite gouteuse, l'orchite gripale sont rares et ressemblent peu à l'orchite ourlienne. L'orchite blennorragique est plutôt une épididymite, et surtout s'accompagne d'un écoulement blennorragique.

l'orifice du canal de Sténon, au sommet d'une papille très apparente, près des grosses molaires supérieures. Après avoir dilaté l'entrée du pertuis avec une bougie, on lui substitue une sonde creuse. En cas d'oreillons, cette opération ne provoque qu'un écoulement très lent, ou même nul; mais du cathéter retiré on peut extraire, par aspiration, avec une seringue de Pravaz, quelques gouttes qui, réparties ensuite sur des lamelles de verre, suffisent pour l'examen (après coloration à l'hématéine éosine). On conçoit tout le parti qu'on peut tirer de ce procédé, dans les cas où la nature ourlienne d'une parotidite ou d'une orchite (avant tuméfaction de la parotide) laisse perplexe : aussi bien que dans ceux où les signes objectifs font songer à un phlegmon.

On se gardera de confondre les oreillons sous-maxillaires avec l'adénite sous-maxillaire aiguë ou le phlegmon sublingual avec la grenouillette. Les erreurs de diagnostic ne portent guère du reste que sur les formes frustes.

La nature ourlienne de l'orchite

## XXI. — ÉRYSIPELE

**Signes étiologiques.** — L'érysipèle est une dermite spécifique déterminée par le streptocoque. Il est tantôt *spontané*, c'est-à-dire sous la dépendance des streptocoques, hôtes habituels de la bouche ou des fosses nasales; tantôt *provoqué* par la contagion, au contact direct ou indirect d'un érysipèle ou d'une autre forme de streptococcie. L'agent pathogène pénètre à la faveur de toute solution de continuité du revêtement cutané ou muqueux (bouche, nez, oreille). La menstruation, le diabète, les cachexies rénale, hépatique, cardiaque ou autres, le froid, le surmenage créent des terrains favorables à l'éclosion de l'érysipèle.

**Signes cliniques.** — *Forme moyenne.* — Comparable à une fièvre éruptive, l'érysipèle de la face présente quatre périodes : *incubation, invasion, éruption, desquamation.*

L'incubation dure, en moyenne, 5 à 7 jours.

**Invasion.** — L'invasion est marquée par du malaise, de la courbature, du mal de tête avec état gastrique et quelquefois vomissements; mais surtout, par un frisson ou des frissonnements contemporains de l'ascension thermique (39°, 5-40°) et l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et cervicaux, précédant souvent de quelques heures ou même de 2 ou 3 jours, la plaque cutanée.

**Éruption.** — La plaque prend naissance 24 ou 36 heures après le frisson, en une région variable (angle de l'œil, narine, oreille externe, front, pommette), sous forme d'une petite voussure lenticulaire dont l'extension rapide ne laisse plus de doute sur la nature. Comme teinte, la plaque varie du rose à l'écarlate, sauf sur le cuir chevelu qui reste d'un blanc bleuâtre, à moins de calvitie. Sa température locale dépasse de 1 à 5 degrés, celle de la peau normale. Dans les régions à tissu cellulaire dense, la plaque d'érysipèle fait corps avec l'hypoderme et ne peut être plissée. Elle est limitée nettement par un bourrelet, zone d'accroissement où la rougeur est au maximum.

Le soulèvement de l'épiderme par de la sérosité engendre tantôt l'aspect chagriné de la peau (*érysipèle scirrhoïde*), tantôt la formation de *phlyctènes* qui se dessèchent après rupture; d'abord claire et citrine, la sérosité devient par la suite sanguinolante ou purulente. Les parties atteintes sont, même avant le gonflement, le siège d'une tension douloureuse et d'une brûlure exaspérées par la pression. La douleur à la pression permet seule d'apprécier les limites de la plaque au cuir chevelu. L'éruption gagne : le front; les paupières qu'elle tuméfie, au point de cacher les yeux; le nez, les joues et les lèvres, gonflés également et méconnaissables; les oreilles qu'elle rejette en dehors, puis le cou; le menton est très souvent épargné. Très caractéristique, le *facies* qui en résulte rappelle assez bien celui de certains magots chinois.

L'érysipèle entre en *décroissance*, après 5 à 7 jours; le gonflement s'affaïsse plus ou moins vite (24 heures à 6 ou 8 jours), et la *desquamation* s'établit par écailles, d'abord furfuracées, puis larges. La chute des cheveux, des