

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

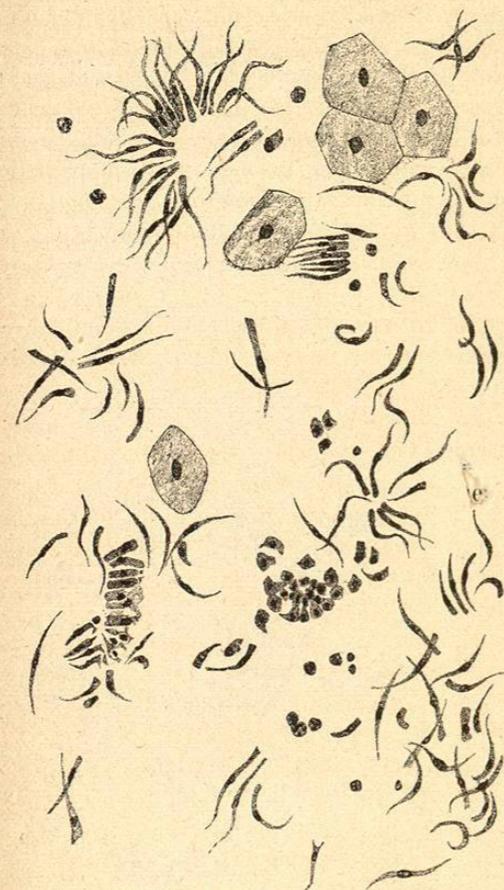


FIG. 221. — *Second stade.* — Bares éléments polynucléaires et lymphocytiques. Cellules fusiformes en grande abondance, isolées ou par groupes. Un peu au-dessous du centre de la préparation, un autre groupe de cellules glandulaires propres (cellules en urne ou en cupule). Cinq cellules épithéliales pavimenteuses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

sourcils est habituelle, la repousse aussi. La *fièvre*, parallèle à l'évolution de la plaque, dure 7 à 9 jours. Elle atteint 40° en quelques heures et continue à monter, pour présenter son apogée le soir du troisième jour environ (41°-41°,5) puis, redescendre ensuite suivant divers types. La rémission matinale, n'est, pendant la phase fébrile, que de quelques dixièmes de degré; la fièvre reste donc à peu près stationnaire deux à quatre jours et plus. La chute de la température à 37°, se fait souvent en une nuit, quelquefois en deux, par deux grandes oscillations; ou encore, en lysis prolongé. Sorel reconnaît trois types de fièvre: 1° la température atteint en trois jours son fastigium, puis commence à redescendre le lendemain ou le surlendemain, par échelons, pour retrouver la normale du 5° au 8° jour; 2° la température suit la courbe indiquée en premier lieu; 3° dès le 2° ou 3° jour, de grandes oscillations atteignent la normale chaque matin.

Le *délire*, tranquille ou actif, complique souvent l'érysipèle de la face, toujours celui du cuir chevelu, plus fréquent chez les nerveux et les alcooliques.

Les *urines*, rares et foncées, contiennent presque toujours un peu d'albumine (passagèrement), souvent des hématies et des cylindres hyalins ou épithéliaux, quelquefois des streptocoques. Le *sang* perd 500 000 à 1 000 000 de globules rouges par millimètre cube et offre les caractères du *sang phlegmasique* (voy. *Sémiologie du sang*); on y rencontre le streptocoque dans la plupart des cas graves (Achalme), et dans quelques cas moyens ou bénins.

Excepté sur certains terrains dépréciés, ou pour certaines formes très virulentes, la guérison de l'érysipèle de la face est la règle.

**Formes.** — Les variations de l'état général et des caractères de la plaque permettent de distinguer plusieurs formes:

**Formes selon l'état général.** — L'*érysipèle adynamique* comporte un véritable état typhoïde avec langue sèche, lèvres fuligineuses, albuminurie intense, alternatives de prostration et de délire. A la fin de la première semaine, le malade, assoupi et inconscient, présente de l'incontinence des urines et des fèces et meurt souvent dans le collapsus.

L'*érysipèle atténué primitif* (Juhel-Rénoy et Bolognesi) est caractérisé par la bénignité de l'état général, l'absence ou l'insignifiance de la fièvre (38° au plus), même à sa première invasion. On l'observerait une fois sur trois, à tout âge.

**Formes selon des anomalies locales.** — L'*érysipèle serpigineux* procède par plaques confluentes, à bords déchiquetés, dont les premières en date entrent souvent en résolution, tandis qu'apparaissent les suivantes.

L'*érysipèle ambulante*, en général superficiel, se propage de proche en proche, ce qui peut en accroître beaucoup la durée (plus de 50 jours).

L'*érysipèle erratique* procède par plaques isolées en différents points du corps, reliées, sans doute, par voie lymphatique, à la plaque primitive.

L'*érysipèle suppuré* est caractérisé par la suppuration de la plaque, accident survenant parfois au déclin de l'érysipèle. La cause peut en être purement locale, comme à la face antérieure de la cuisse ou de l'avant-bras, où le

derme, très mince, repose directement sur le pannicule adipeux, envahi alors par de *larges abcès*. D'autres fois, de *petits abcès disséminés* parsèment la plaque, déjà pâlisante, sous forme de nodules très douloureux, d'abord durs, puis fluctuants, évoluant ensuite très lentement, susceptibles même de résorption spontanée (Achalme). Ailleurs, la suppuration est imputable au terrain (diabète, mal de Bright, alcoolisme).

L'*érysipèle gangreneux* reconnaît, en certains cas, une *origine mécanique*, quand la plaque repose sur un tissu cellulaire très extensible dont l'exsudat comprime les vaisseaux nourriciers, comme sur les paupières, le pénis, le scrotum; l'escarre tombe alors du 3° au 4° jour et laisse toujours une cicatrice. Dans d'autres cas, la gangrène, d'*origine dyscrasique*, se déclare sur des terrains dépréciés par le diabète, l'alcoolisme ou le mal de Bright; elle est alors plus tardive (5° au 12° jour) et forme, sur les membres surtout, de vastes escarres inodores, dues à la confluence de taches noires, froides et humides, recouvertes de phlyctènes sanguinolentes (Verneuil).

**Érysipèle à répétition.** — L'érysipèle récidive très facilement, cela, suivant plusieurs modes. 1° L'*érysipèle récidivant* reparait 3 ou 4 fois, dans la vie d'un sujet, à intervalles longs et irréguliers, en des points parfois différents. 2° L'*érysipèle à répétition* renaît un nombre indéfini de fois, d'habitude périodiquement, offrant parfois une porte d'entrée (Verneuil) ou un point de départ constant: plaque d'eczéma, fistule, bouche, narine, œil. Les causes occasionnelles des récidives sont très variables: émotion, colère, embarras gastrique, époque menstruelle (*érysipèle cataménial*). En général, à chaque poussée, l'invasion de la surface habituellement atteinte demande quelques heures; l'évolution de la plaque est rapide; les troubles généraux sont atténués le plus souvent. Il arrive que l'érysipèle dure seulement quelques heures; mais sa bénignité n'est pas constante et une atteinte grave peut clore la série (Widal).

**Érysipèle chronique.** — Dans les régions visitées par des poussées répétées d'érysipèle, se développe un œdème chronique dur, qui constitue l'*érysipèle chronique*. Assez fréquent à la face, il siège bien plus souvent aux membres inférieurs.

**Érysipèle interne.** — Il résulte de la migration du streptocoque, du derme cutané à celui des muqueuses digestive ou respiratoire. L'existence d'un érysipèle interne isolé, sans érysipèle cutané, est probable.

**Érysipèle des voies digestives.** — Il est relativement rare. La *stomatite érysipélateuse*, exceptionnelle, succède toujours à un érysipèle de la face ou du pharynx. Les faces internes des joues, la langue, rouges, douloureuses et tuméfiées, peuvent présenter des phlyctènes laissant, après rupture, des ulcérations qui se recouvrent d'une pseudo-membrane.

**Pharyngite et angine érysipélateuses.** — La pharyngite érysipélateuse prélude par des frissons et une fièvre intense, puis se traduit par la tuméfaction des amygdales et des ganglions sous-maxillaires, déterminant de la dysphagie et de la salivation; localement, la muqueuse est épaissie, tendue et vernissée.

Cornil en décrit trois formes : *érythémateuse*, *phlycténoïde* et *gangreneuse*; les deux premières se terminent par résolution; la troisième peut être mortelle, quand le sphacèle est étendu. Le diagnostic de l'érysipèle du pharynx n'est guère possible avant sa propagation à la face.

**Érysipèle œsophagien, gastrique, intestinal.** — Cet érysipèle interne, dont les constatations anatomiques rendent la réalité très probable, manque, jusqu'ici, de criterium clinique.

**Érysipèle des voies respiratoires.** — **Rhinite érysipélateuse.** — Souvent, l'érysipèle prend naissance sur une excoriation de la pituitaire; en certains cas, il reste localisé aux fosses nasales, donnant lieu seulement à un coryza intense. Le début peut en être marqué par d'abondantes épistaxis; puis apparaissent une douleur locale brûlante et de la céphalée; malgré l'absence d'érysipèle cutané, le nez est gros et rouge; les yeux pleurent; la pituitaire, gonflée, rouge et luisante, offre souvent des exulcérations et des croûtes; elle sécrète d'abord de la sérosité, puis du muco-pus, quelquefois sanguinolents, où pullulent les streptocoques. L'érysipèle nasal peut envahir les divers *sinus de la face* (frontaux, maxillaires, ethmoïdaux) et, par la trompe, l'*oreille moyenne* (*otite moyenne*, catarrhale ou purulente); il atteint plus rarement les *cellules mastoïdiennes*, les *sinus de la dure-mère* et les *méninges*. La rhinite érysipélateuse retentit sur les ganglions latéraux du cou qui devient raide et sensible à la pression; elle comporte toujours des symptômes généraux graves : hyperthermie (40°-41°), délire, albuminurie.

**Laryngite érysipélateuse.** — L'existence d'un érysipèle laryngé secondaire à l'érysipèle de la face ne fait pas de doute. La plupart des œdèmes laryngés essentiels ont été attribués à un érysipèle primitif du larynx; ce point est encore discuté. De la base de la langue où il naît, le gonflement gagne l'épiglotte et les replis aryéno-épiglottiques, très tuméfiés, parfois exulcérés. De la dysphagie en résulte d'abord, puis une dyspnée paroxystique très mobile. La gravité de ces cas tient tantôt à la sténose glottique, tantôt à l'intensité des troubles généraux (Mattei).

Le *phlegmon infectieux du pharynx et du larynx* (Sénator et Merklen) n'est peut-être, en certains cas, qu'un érysipèle suppuré de ces régions (Widal).

**Trachéite et bronchite érysipélateuses.** — **Érysipèle du poumon.** — L'érysipèle de la trachée et des bronches n'a pas d'histoire clinique. Quant aux *déterminations pulmonaires streptococciques*, elles sont très communes; mais quand la *broncho-pneumonie* complique l'érysipèle, le streptocoque s'y trouve d'habitude associé au pneumocoque. Straus a décrit un type anatomique de *pneumonie leucocytaire interstitielle* qui semble bien répondre à l'érysipèle vrai du poumon; mais l'expression clinique n'en est pas assez nette pour que le diagnostic en soit possible. La *pneumonie lobaire* peut également compliquer l'érysipèle. Elle débute insidieusement, souvent sans frisson ni point de côté, trahie seulement par : une dyspnée progressive, la toux, une expectoration muco-purulente et l'aggravation de l'état général; il n'y a presque jamais de crachats rouillés; la température oscille entre 39° et

40°; l'auscultation fait entendre du souffle et des râles crépitants ou sous-crépitaux fins. Ces pneumonies marchent rapidement, soit vers la guérison en 5 jours; soit vers la mort par asphyxie, le 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> jour.

**Complications.** — **Cœur.** — L'*endocardite* secondaire à l'érysipèle, peut être *simple*, comparable à celle du rhumatisme, ou *végétante* et *infectieuse*. La première, plus souvent localisée sur l'orifice mitral, se traduit par un souffle organique, indépendant de la fièvre et pouvant lui survivre (Jaccoud); la résolution est la règle, le passage à l'état chronique, l'exception. L'*endocardite végétante*, analogue à celle des pyo-septicémies, est insidieuse et souvent méconnue jusqu'à l'autopsie. Widal et F. Bezançon l'ont reproduite expérimentalement chez le lapin.

La *péricardite*, tantôt sèche et bénigne, tantôt séreuse ou séro-purulente (streptococcie généralisée) est souvent associée à l'*endocardite*.

Rare dans l'érysipèle, la *myocardite*, résultant habituellement de l'*endocardite* ou de la *péricardite fibrino-purulente*, ne se trahit guère que par l'affaiblissement du pouls et la tendance syncopale.

**Vaisseaux.** — L'*artérite* est une conséquence tout à fait exceptionnelle de l'érysipèle; on peut y rencontrer de petits *infarctus* rénaux. Jaccoud a observé la *phlébite* sur une veine voisine de la plaque d'érysipèle. Achalme a signalé la *phlegmatia alba dolens* à la suite d'érysipèles graves; mais ces faits sont rares.

**Foie.** — Les lésions que l'érysipèle détermine sur le foie n'ont pas d'expression clinique, sauf l'*ictère*, rare, imputable sans doute, à une infection biliaire ascendante, et toujours d'un pronostic grave.

**Rein.** — Les érysipèles graves, avec généralisation streptococcique, comportent quelquefois une *néphrite hémorragique*, et le passage du streptocoque dans les urines; celles-ci, rares, albumineuses, déposent des hématies et des cylindres hyalins, ou sont, même en certains cas, complètement supprimées (*anurie*). Il arrive aussi que des habitués de l'érysipèle à répétition soient pris brusquement de *néphrite aiguë* avec anasarque et urémie (Hirtz et Widal). La *néphrite érysipélateuse* peut également évoluer vers la sclérose.

**Axe nerveux.** — Le *délire* chez l'adulte, les *convulsions* chez l'enfant, sont assez fréquents pour constituer presque un symptôme banal. Le délire tient plus souvent à l'alcoolisme qu'à la méningite, très rare en pareil cas. Les *myélopathies*, suites tardives de l'érysipèle, sont exceptionnelles. Chantemesse a observé une paraplégie un an après un érysipèle facial. Possibles, les *polynévrites* sont d'une égale rareté. Paulet a vu un *pseudo-tabes*, au déclin d'un érysipèle de la face; Grasset, une paralysie bilatérale du tibial antérieur.

**Articulations.** — On a noté : au cours de l'érysipèle, l'*arthrite purulente* grave, rebelle au salicylate, et, au déclin de la maladie, une *polyarthrite* mobile, susceptible de se compliquer d'*endocardite*, cédant au salicylate comme le rhumatisme aigu.

**Yeux.** — Le *phlegmon* ou la *gangrène des paupières* ont été mentionnés; il peut en résulter un *phlegmon de l'orbite* avec *phlébite des sinus*. La *kératite ulcéreuse*, le *blépharospasme*, la *dacryocystite* et même l'*atrophie du*

*nerf optique* sont des complications rares, mais possibles de l'érysipèle facial.

**Diagnostic.** — Quoique d'habitude très simple, il peut, en quelque cas, rester incertain. L'érysipèle peut être simulé par divers *érythèmes artificiels* dus à l'action locale : de l'eau sédative, du sublimé, de l'arnica (la peau demeure souple), du thapsia ou de l'huile de croton (vésicules purulentes). Même confusion peut naître de l'*érythème solaire* ou coup de soleil (succédant rapidement à une insolation; accompagné de brûlure). L'*eczéma rubrum aigu*, fébrile, la *dacryocystite*, le *zona ophtalmique* sont la source d'erreurs plus communes. La confusion avec l'*érythème noueux*, la *fluxion dentaire* est plus grossière. Dans tous ces cas, il suffit d'analyser attentivement les signes généraux et locaux et de rechercher le bourrelet caractéristique de l'érysipèle.

L'*œdème malin des paupières* et la *morve aiguë* prêtent davantage à méprise. Moins rouge, moins fébrile, l'œdème malin se reconnaît à la présence, dans la sérosité, de la *bactéridie charbonneuse*. La plaque inflammatoire que provoque la pénétration du bacille de la *morve aiguë* simule très bien la plaque d'érysipèle; mais, bientôt, y apparaissent : des vésicules, des pustules et des taches gangreneuses; plus tard, le *jetage*, les *abcès* disséminés, les arthrites dénoncent la maladie.

On se gardera également de confondre l'érysipèle avec la *lymphangite tronculaire et réticulaire*, surtout aux membres. La première forme des traînées rouges parallèles aux gros troncs lymphatiques; la seconde, rare à la face et moins dure au toucher que la plaque d'érysipèle, comporte une plus vive rougeur, non limitée par un bourrelet. L'érysipèle peut du reste compliquer la lymphangite, ce qui accroît encore l'hésitation.

## XXII. — PYO-SEPTICÉMIES

Le terme *pyo-septicémies* désigne des infections polymorphes déterminées par les germes pyogènes, hôtes habituels de la peau, des muqueuses et des cavités naturelles. L'invasion du milieu sanguin par ces agents, exaltés dans leur virulence, est susceptible d'entraîner la mort; tantôt d'emblée, par *septicémie*; tantôt après l'apparition de suppurations multiples, par *pyémie*; parfois encore en vertu d'un processus mixte appelé *pyo-septicémie*. Suivant que l'infection prédomine sur tel ou tel viscère ou système, tels ou tels accidents occupent le premier plan : endocardite ou phlébite infectieuses, pleurésie, pneumonie infectante, infection urinaire ascendante ou descendante, ictère grave, purpura infectieux, etc. Ces pyo-septicémies se greffent fréquemment sur une infection constituée, soit aiguë (variole, scarlatine, fièvre typhoïde), soit chronique (tuberculose, cancer). Le *staphylocoque*, le *streptocoque*, le *pneumocoque*, le *colibacille* sont les agents principaux des pyo-septicémies, le plus couramment observées. Dans d'autres, bien plus rares, le premier rôle semble échoir : au *pneumobacille de Friedlander*, au *proteus vulgaris*, au *bacille pyocyanique*, au *tétragène*, etc.

**I. Infections à staphylocoques.** — **Caractères physiques et biologiques.** — Le *staphylococcus pyogenes* comprend plusieurs genres (*aureus*, *albus*, *citreus*) dont le plus commun est l'*aureus*, microcoque sphérique, mesurant 0  $\mu$ , 5 à 1  $\mu$  de diamètre, immobile et se groupant en amas qui rappellent l'aspect de *grappes de raisin*. Aérobie facultatif, il prend aisément les couleurs basiques d'aniline et n'est pas décoloré par la solution de Gram. Le staphylocoque cultive entre 10° et 44° C, sur les milieux usuels, notamment sur la gélatine qu'il liquéfie en formant au fond du tube un dépôt grenu jaune doré et, sur pomme de terre, sous forme d'une belle couche jaune d'or. Les semis engendrent des cultures visibles en 36 ou 48 heures. Quoique résistant, en général, très longtemps aux agents physiques et chimiques, le staphylocoque est rapidement détruit par l'ébullition et, par les antiseptiques usuels, le sublimé surtout. Il est pathogène pour la plupart des animaux, principalement pour le lapin qu'il tue soit rapidement, par septicémie, soit en 24 ou 36 heures, par pyo-septicémie. Les genres *albus* et *citreus*, fréquemment associés à l'*aureus*, sont également pathogènes; mais leur rôle est le plus souvent effacé.

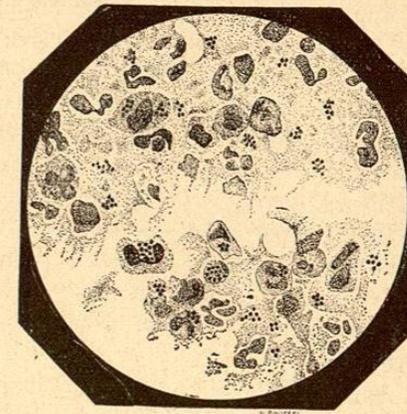


Fig. 222. — Staphylocoques dans le pus. (Thoinot et Masselin.)

**Rôle chez l'homme.** — Extrêmement répandu dans la nature (air, murs, planchers, eau), le staphylocoque se rencontre constamment à la surface de la peau et des muqueuses de la plupart des cavités naturelles : bouche, nez, pharynx, duodénum, vagin. Très fréquemment associé à d'autres bactéries, il détermine presque toujours, chez l'homme, des suppurations, tantôt primitives, tantôt secondaires (variole, fièvre typhoïde, rougeole), habituellement circonscrites et moins graves que celles imputables au streptocoque; tantôt superficielles, tantôt profondes.

**Déterminations diverses.** — On peut classer les accidents dus au staphylocoque suivant les appareils qu'ils atteignent.

**Peau.** — **Tissu cellulaire sous-cutané.** — La pénétration du staphylocoque dans l'épaisseur du derme, par la gaine d'un poil ou par le tube excréteur d'une glande cutanée, peut donner naissance à un *furuncle*, la plus banale des lésions staphylococciques. L'*anthrax*, agglomération de furoncles, reconnaît la même origine. L'*impétigo*, les pustules de *variole* ou de *vaccin*, les vésicules de *varicelle* ne renferment souvent que du staphylocoque, agent d'infection secondaire. L'origine cutanée du staphylocoque est ici évidente; il en est de même dans les *abcès cutanés* et les *phlegmons circonscrits sous-cutanés*. De locale, l'infection peut devenir générale,