

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 μ , 5 à 1 μ 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.

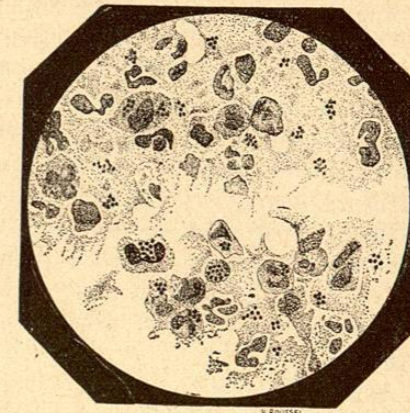


Fig. 222. — Staphylocoques dans le pus. (Thoinot et Masselin.)

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 *furoncle*, la plus banale des lésions staphylococciques. L'*anthrax*, agglomération de furoncles, reconnaît la même origine. L'*impétigo*, les pustules de *variole* ou de *vaccine*, 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,

mais le fait est rare; tout, parfois, se borne à l'apparition d'une lymphangite ou d'une adénite.

Œil. — L'*orgelet*, si fréquent au bord des paupières, la *blépharite ciliaire*, certaines *conjonctivites*, la *kératite phlycténulaire* qui complique l'impétigo chez les enfants strumeux, sont autant de petites infections locales imputables au staphylocoque.

Appareil respiratoire. — Si le staphylocoque est très couramment décelé sur les muqueuses des voies aériennes supérieures, dans les excréments du coryza aigu, dans l'expectoration des *bronchites*, de la *dilatation bronchique* et de beaucoup de pneumopathies, il ne s'y trouve presque jamais seul et son rôle pathogène semble, en général, effacé et très secondaire. Tel est le cas dans la *pneumonie*, la *broncho-pneumonie* (associé au pneumocoque) et les *cavernes tuberculeuses* (associé au bacille de Koch).

On a rapporté des cas de *pleurésies séreuses* à staphylocoques purs; la *pleurésie purulente* à staphylocoques, encore plus rare, présente une marche subaiguë ou chronique et masque souvent une tuberculose latente. Le staphylocoque n'est pas rare dans les *pleurésies putrides*, mais son rôle y est mal déterminé.

Appareil digestif. — Quoique la présence du staphylocoque soit très fréquente sur l'amygdale, d'autres germes lui sont toujours associés, et Veillon lui refuse tout rôle pathogène dans les *angines simples*. Il peut être associé au bacille de Loeffler dans la *diphthérie*, et cette symbiose serait grave (Martin et Chaillou); les mêmes auteurs ont observé une *angine pseudo-membraneuse à staphylocoques purs*, qui fut bénigne.

Dupré et Claisse, Girode ont trouvé le staphylocoque seul (d'origine buccale) dans la plupart des *parotidites*.

Le *péritoine* peut être infecté par le staphylocoque pur ou associé soit au streptocoque, soit au pneumocoque. Tel est le cas des *péritonites purulentes* ou séreuses, traumatiques, post-opératoires, ou par perforation.

Le rôle des staphylocoques dans l'éclosion des *abcès hépatiques* (d'origine portale ou artérielle) et de l'*ictère grave* est encore très discuté.

Oreille. — Le staphylocoque étant, dans les *otites moyennes*, presque toujours associé au streptocoque, au pneumocoque ou au pneumo-bacille, son rôle pathogène y demeure très douteux.

Appareil urinaire. — Les septicémies d'origine staphylococcique épargnent habituellement le filtre rénal. Le staphylocoque prend une part plus fréquente aux *infections ascendantes d'origine chirurgicale (néphrite ascendante)*, mais presque toujours de concert avec le *bacterium coli*; Delpeuch et Netter l'ont pourtant rencontré seul dans un cas. Il existe quelquefois à l'état pur dans le pus des phlegmons péri-néphrétiques. Enriquez l'a trouvé une fois sur trois dans l'urine des sujets sains.

Appareil génital. — Chez l'homme, le staphylocoque a été rencontré dans un *bubon suppuré*, dans des *abcès folliculaires péri-urétraux*, mais toujours associé au gonocoque.

Chez la femme, la présence du staphylocoque (surtout doré), n'est pas rare dans le *mucus vaginal* (spécialement durant les *périodes menstruelles*, la

grossesse et à la suite des fausses couches); dans les *lésions utérines et annexielles*, mais exceptionnellement à l'état pur.

Déterminations hématogènes. — Le staphylocoque ne paraît intervenir qu'à titre secondaire dans les *méningites* et dans des conditions encore mal déterminées.

Os et Articulations. — Les *staphylocoques blanc, citrin ou doré* peuvent chacun engendrer l'*ostéo-myélite*, mais le doré en est l'agent de beaucoup le plus commun. On connaît des ostéo-myélites à streptocoques, à pneumocoques, à bacilles d'Eberth, mais en très petit nombre (Lannelongue et Achard, Chantemesse et Widal, Chipault, etc.). Aucune différence clinique ne distingue les ostéo-myélites à staphylocoque blanc et doré.

L'*ostéo-myélite à streptocoques* se distinguerait par son début brusque, par une vive réaction générale, cédant dès que le pus est collecté; celui-ci forme rapidement de vastes foyers de liquide séreux, vite fluctuants. La peau de la région offre une rougeur érysipélateuse; les lymphatiques et les ganglions correspondants sont enflammés, ce qui ne s'observe pas dans l'*ostéo-myélite à staphylocoques*. Les arthrites éloignées du foyer osseux sont communes. La plupart des cas concernent des nouveau-nés issus de mères ayant subi l'infection puerpérale.

L'*ostéo-myélite à staphylocoques* ne comporte pas de rougeur de la peau, mais une dilatation des veines sous-cutanées autour du foyer et à la racine du membre atteint.

L'*ostéo-myélite à pneumocoques* évolue et guérit rapidement, sans abcès sous-périostiques ni séquestres; les lésions en sont étendues et prédominent sur les articulations.

L'*ostéo-myélite typhoïdique*, habituellement très lente et apyrétique, guérit facilement.

C'est encore le *staphylocoque blanc ou doré*, virulent, qui se rencontre dans les *ostéo-myélites prolongées*, se réveillant après une longue période latente (2, 4, 5, 12, 55 ans), pour produire soit une infection locale, soit une septicémie rapidement mortelle.

Les *pyarthroses à staphylocoques* compliquent presque toujours des foyers osseux épiphysaires ouverts dans les articulations (Lannelongue et Achard). Cependant, dans les formes septicémiques, les arthrites, d'origine métastatique, peuvent être éloignées des lésions osseuses.

Appareil circulatoire. — Les localisations cardio-vasculaires du staphylocoque représentent, en général, le premier stade de la *septicémie*. Celle-ci tire, le plus souvent, son origine d'une lésion locale primitive: furoncle, anthrax, suppuration cutanée, osseuse, bronchique (ectasie bronchique), qui émet une embolie microbienne infectante. Il en résulte, en premier lieu, une *endocardite végétante* (Lion-Banti), surtout *du cœur gauche*, qui, à son tour, détermine des embolies septiques multiples, sources de foyers suppurés métastatiques. Dans ces cas, il est vrai, le staphylocoque est très rarement pur.

Les *myocardites*, les *péricardites suppurées* se réclament rarement du staphylocoque seul.

Vaquez et Boinet ont observé quelques *phlébites à staphylocoque*, quoique le streptocoque soit bien plus souvent en cause.

Infection générale. — La *staphylococcie généralisée* revêt soit la forme *septicémique*, soit la forme *pyémique*. Elle est primitive ou secondaire. Dans ce dernier cas, les portes d'entrée habituelles en sont l'amygdale, l'intestin ou les voies respiratoires; dans le premier, tout en semblant primitive, l'infection tire son origine d'une ostéo-myélite ancienne, en apparence guérie depuis des années (5, 10, 55 ans).

Forme septicémique. — La symptomatologie de cette forme, dans laquelle le premier rôle échoit aux toxines, est encore mal dessinée; elle prend le masque tantôt d'un embarras gastrique fébrile, avec purpura et hémorragies diverses (Lebreton, Roux et Lannois, Charrin), tantôt d'un état typhoïde ataxique avec broncho-pneumonie suppurée sans hyperthermie (Rendu et Chaillou); tantôt encore d'une sorte d'anémie pernicieuse progressive, avec fièvre continue ou intermittente (type tierce).

Forme pyémique. — Quoique bien plus commune que la précédente, elle n'offre pas un tableau clinique plus précis, ni surtout distinct de celui des pyémies streptococciques. Les suppurations articulaires, rénales, hépatiques, pulmonaires, musculaires, l'endocardite, y forment des combinaisons très variées, défiant toute description. La seule forme spéciale est celle qui se traduit par une *éruption de furoncles disséminés*, dont l'origine hématurique semble prouvée par la présence constatée de staphylocoques dans la sueur.

II. Infections à streptocoques. — Le *streptocoque pyogène*, dont la présence est normale à la surface de la peau et de la muqueuse bucco-pharyngée, est le même qui détermine l'érysipèle, le phlegmon diffus et la fièvre puerpérale; un grand nombre de processus qui en dépendent ont pour origine l'*auto-infection*.

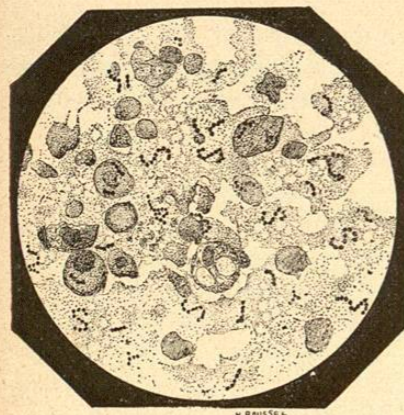


FIG. 225. — Streptocoques dans le pus. (Thoinot et Masselin).

comparables à des *grains de semoule*; les cultures sur bouillon y provoquent un trouble passager qui fait bientôt place à un dépôt floconneux, se formant, du reste, quelquefois d'emblée. Ces caractères ne sont pas immuables; leur

Caractères physiques et biologiques. — Le streptocoque est un coccus à grains arrondis de 0 μ ,5 à 0 μ ,6 de diamètre, se groupant en chaînettes et, en outre, quelquefois par paires. Les couleurs basiques d'aniline le colorent très fortement, la solution de Gram ne le décolore pas. *Aérobic facultatif*, le streptocoque ne liquéfie pas la gélatine, et, ensemencé sur gélose, y donne, au bout de vingt-quatre heures, à 57° C., des colonies

variabilité a servi à classer les streptocoques en plusieurs espèces; néanmoins, l'unité du genre subsiste incontestable. Le streptocoque ne garde sa *vitalité* qu'en pipettes closes, à l'abri de la lumière et de l'oxygène. Inoculé sous la peau de l'oreille du lapin, il donne naissance à une plaque d'érysipèle; rouge, chaude et épaissie, l'oreille devient tombante. Selon le degré de virulence du germe inoculé, l'animal meurt soit en quelques jours, les viscères envahis par le streptocoque; soit en quelques semaines, par intoxication; à moins qu'il ne survive, n'ayant offert qu'un abcès local. Une virulence élevée, et surtout l'*inoculation intra-veineuse* provoquent la mort du lapin en quelques heures par *septicémie*. L'expérimentation a reproduit la plupart des localisations humaines du streptocoque: endocardite, myélite, arthrite, ostéo-myélite, etc.; elle a également montré l'exaltation de sa virulence par certaines *symbioses microbiennes* (*proteus vulgaris*, *bacterium coli*, *anaérobies*). Les streptocoques ne passent jamais qu'en petite quantité dans le milieu sanguin; la plupart des lésions qu'ils déterminent sont imputables à leur toxine.

Principales manifestations pathologiques. — **Peau.** — Assez souvent présent sur la peau normale (8 fois sur 50), le streptocoque pénètre dans son épaisseur, à la faveur de la moindre excoriation, ou même sans, pour y déterminer des lésions variables: *érysipèle*, *dermite chronique* d'emblée (Achalme), *éléphantiasis* (Sabouraud), *lymphangite réticulaire* ou *tronculaire*, *ecthyma*, *phlegmon diffus*.

Étapes lymphatiques. — L'érysipèle a été étudié plus haut (voy. *Érysipèle*); les autres lésions sont du domaine dermatologique ou chirurgical. Parvenu au ganglion, le streptocoque y éveille une réaction plus ou moins vive, suppurée ou non, mais y succombe, en général, rapidement; il arrive aussi qu'il franchisse plusieurs ganglions pour ne provoquer une adénite ou un abcès qu'à longue distance de sa porte d'entrée. Enfin, le streptocoque, surtout quand sa virulence est exaltée, peut brûler les étapes lymphatiques et infecter le milieu sanguin à la suite soit du *phlegmon diffus*, soit plutôt d'une *piqûre anatomique* n'ayant donné lieu, localement, qu'à une réaction insignifiante.

L'infection sanguine revêt deux types cliniques différents. Dans le premier, aucun foyer purulent ne se forme et la réaction viscérale est nulle; une véritable *septicémie* se traduit par: des frissons violents et répétés, une fièvre intense (40° au moins), généralement continue, un pouls petit et incomptable, un facies grippé avec teint terreux, le tout aboutissant, en 2 ou 3 jours, au coma et à la mort. Dans le second type, la moindre virulence permet la formation du pus et l'*infection purulente* ou *pyémie* se déroule, caractérisée par des suppurations multiples, articulaires, sous-cutanées, viscérales; par de grands accès fébriles intermittents accompagnés de frissons violents.

Dans le *tétanos*, la *septicémie gangreneuse*, le streptocoque intervient quelquefois à titre d'agent d'infection secondaire, pour renforcer la virulence du bacille de Nicolaïer ou du vibron septique.

Appareil digestif. — **Bouche et pharynx.** — Le streptocoque est l'hôte

permanent de la cavité bucco-pharyngée et de l'amygdale; de nombreuses constatations l'ont établi (Achalme, Veillon, Lemoine, Widal et Bezançon); il intervient dans les infections bucco-pharyngées, tant primitives que secondaires: *angines érythémateuses* ou *phlegmoneuses*, *pullacées* ou *pseudo-membraneuses*; *angines diphtérique*, *scarlatineuse*, *érysipélateuse*, angines secondaires à la fièvre typhoïde ou à la rougeole. Le streptocoque, tantôt presque à l'état pur, s'associe ailleurs à d'autres agents, au *staphylocoque* surtout. Il est constant, dans l'angine diphtérique, mais à des états variables de virulence (Widal et Bezançon). On conçoit ainsi comment, dans la plupart des maladies infectieuses, le pharynx sert de porte d'entrée presque constante au streptocoque, agent d'infections secondaires (adénites, adéno-plegmons, pyo-septicémies). Malgré le rôle important du streptocoque dans la pathogénie des angines, il est encore impossible bien souvent de le définir avec précision, en raison du peu de cas qu'il est permis de faire de sa simple présence.

De la bouche et du pharynx, le streptocoque peut gagner les régions voisines; c'est ainsi qu'il domine la pathogénie: des *érysipèles* dits *spontanés*, des *abcès rétro-pharyngiens*, de l'*angine de Ludwig*, d'un grand nombre d'*otites moyennes* secondaires (infection de l'oreille moyenne par la trompe).

Estomac. — Dégluti, le streptocoque peut parvenir à l'estomac et y devenir l'origine soit d'*abcès* de la paroi, soit de *septicémies*, en cas d'ulcération, soit de *péritonite*, si la paroi est perforée (Widal).

Intestin et annexes. — Le streptocoque est un hôte de l'intestin normal; certaines infections biliaires lui sont imputables, quoique bien moins nombreuses que celles ressortissant au *bacterium coli*. Il a été décelé dans la *vésicule biliaire* (Letienne), dans l'*angiocholite catarrhale* (Sabrazès et Mongour), dans l'*angiocholite par obstruction*, dans l'*angiocholite typhique* (Dupré), dans l'*ictère grave* (Babès, Hanot). Dans les *entérites*, le rôle du streptocoque est encore mal précisé, son intervention est démontrée dans certaines *appendicites*. Le streptocoque contribue à aggraver certaines fièvres typhoïdes (*strepto-typhoïdes* de Vincent) à forme septicémique, avec lésions intestinales insignifiantes.

Le rôle du streptocoque est considérable dans les *complications de la dysenterie*, spécialement dans les *abcès du foie* où sa présence est presque constante. Son intervention est également active dans l'*inflammation des hémorroïdes*.

Appareil respiratoire. — Chez l'homme sain, le *mucus nasal* contient quelquefois (7 fois sur 81) le streptocoque, également retrouvé dans les *bronches* (2 fois sur 10), et presque toujours dans le *larynx*.

Le streptocoque est, avec le pneumocoque, l'agent pathogène principal des *infections broncho-pulmonaires*. Dans les *bronchites*, habituellement polymicrobiennes, son rôle n'est pas aussi bien défini. Hutinel et Claisse en font le facteur essentiel des *infections bronchiques* du premier âge, soit primitives, soit secondaires à la rougeole, souvent caractérisées par des signes d'intoxication suraiguë: hyperthermie extrême, dyspnée disproportionnée avec l'étendue des lésions, faciès plombé, accidents mortels en 2 ou 5 jours. Claisse regarde

aussi le streptocoque comme l'agent le plus fréquent des *bronchites pseudo-membraneuses non diphtériques*.

Le streptocoque domine la pathogénie de beaucoup de *broncho-pneumonies* (de l'enfance surtout), spécialement des *broncho-pneumonies à noyaux disséminés* (Mosny) et de la *broncho-pneumonie secondaire à la diphtérie* (Darier). Dans la *pneumonie lobaire*, le streptocoque n'intervient qu'à la période d'hépatisation grise, à laquelle parfois, le pneumocoque peut suffire. Le streptocoque joue probablement un rôle dans la *gangrène pulmonaire*, mais bien moins actif que les anaérobies. Chez les *tuberculeux*, le streptocoque est toujours très abondant dans les crachats et dans le liquide des cavernes; les lésions pulmonaires banales qu'il provoque semblent favoriser grandement la diffusion des localisations bacillaires; il cause en outre des lésions à distance, fréquentes dans la cachexie tuberculeuse. Sa pénétration dans le sang semble expliquer les accès de *fièvre hectique* des phtisiques (Cornil), rôle qui lui est contesté par Straus; à cet égard Chrétien et Mangin n'incriminent que les toxines formées par les microbes des cavernes et résorbées par le sang circulant. Comme le pneumocoque, le streptocoque aurait sa part dans la genèse de la *pneumonie caséuse* et de la *granulie*; interprétation controuvée du reste par Straus et Leyden.

Appareil génital de la femme. — Le streptocoque n'est pas souvent décelé dans le *vagin* normal. Pendant la grossesse, les propriétés bactéricides des sécrétions vaginales seraient encore exaltées. En général, la pullulation des germes n'y est possible que si le milieu devient alcalin ou, à l'occasion, soit d'un catarrhe du col, soit de règles prolongées.

Le streptocoque est normalement absent de l'*utérus* et des *trompes*. Son rôle en pathologie génitale est considérable. C'est lui qui détermine certaines *vulvites purulentes*, certaines *endométrites*, beaucoup de *salpingites* (E. Raymond), presque toutes d'origine puerpérale.

Le streptocoque est le principal, sinon le seul facteur des *accidents puerpéraux*; tantôt il occupe déjà le vagin avant l'accouchement (*vaginite* ou *métrite* ancienne); tantôt le doigt ou les instruments l'y introduisent, pendant les manœuvres de l'accouchement. L'infection est favorisée et exaltée par la rétention de fragments placentaires ou de caillots; alors, malgré son association à des saprogènes, le streptocoque franchit seul la muqueuse utérine. Il suit, inclus dans les leucocytes, les lymphatiques utérins, puis gagne la trompe, les ovaires ou le péritoine, pour y provoquer, suivant sa virulence, soit des *adéno-phlegmons péri-utérins* ou de la *salpingo-ovarite*, soit une *péritonite circonscrite* ou *généralisée*. Le streptocoque peut encore se propager aux annexes et au péritoine, par simple continuité de muqueuse (Widal). Rarement fibrineuse, la péritonite est le plus souvent fibrino-purulente. Quand elle est circonscrite, le foyer s'ouvre à l'ombilic, dans le vagin ou dans l'intestin.

Il arrive aussi que le streptocoque envahisse d'emblée la circulation générale, sans provoquer de réaction locale, pour déterminer une *septicémie* ou une *pyémie*. La première évolue sans suppuration et parfois même, sans

lésion appréciable; le streptocoque est répandu partout, même dans les capillaires viscéraux (Widal); la symptomatologie consiste en une fièvre très vive à grandes oscillations, avec frissons et sueurs profuses, durant 5 à 9 jours. L'issue n'est pas toujours fatale; il existe des formes lentes et même atténuées. La pyémie résulte d'embolies septiques viscérales, caillots venant des veines utérines, farcis de streptocoques ou streptocoques isolés sans phlébite (Widal). Les signes cliniques sont ceux de l'infection purulente: fièvre, frissons, abcès métastatiques, pyarthroses, etc., l'évolution est toujours fatale, habituellement rapide, mais quelquefois lente.

La *phlegmatia alba dolens* traduit la migration dans les veines iliaques et fémorales, d'un streptocoque atténué. La fièvre trahit l'origine infectieuse des accidents (Widal). En certains cas, des fausses membranes peuvent, sous l'influence du streptocoque, tapisser la vulve et la cavité utérine (Widal).

Appareil urinaire. — Le streptocoque n'est pas un hôte normal de l'urètre. Quelques cystites (chez la femme surtout) et néphrites suppurées lui sont pourtant imputables. On lui attribue même certaines néphrites aiguës, primitives ou secondaires.

Séreuses. — Dans un grand nombre de cas, la présence du streptocoque se traduit par une infection générale ou par une lésion des séreuses, sans qu'il soit possible d'en préciser la porte d'entrée (peau ou amygdales, probablement).

La péritonite généralisée aiguë dite septique ressortit communément au streptocoque. Habituellement à marche rapide, elle est hyperthermique, accompagnée de frissons, mais peut, par exception, rester latente et apyrétique (Achard).

On sait que, chez l'adulte, le streptocoque est le plus fréquent facteur de pleurésie purulente, soit primitive, soit plus souvent secondaire à la scarlatine, à la grippe, à la fièvre typhoïde ou à l'érysipèle. Outre ses signes physiques habituels, la pleurésie dénonce sa nature par une fièvre à grandes oscillations, avec frissons et sueurs, parfois anorexie et diarrhée; jaunâtre, inodore, le liquide reparait vite après ponction (voy. *Pleurésies purulentes*); la pleurotomie s'impose, sinon les accidents se prolongent et la mort survient (dans un quart des cas).

Dans quelques cas rares, la présence du streptocoque dans la plèvre ne détermine qu'un épanchement séreux ou séro-fibrineux.

Dans le péricarde, le streptocoque ne se rencontre guère en dehors des processus secondaires à la septicémie ou à la pyémie.

Le streptocoque occasionne bien plus rarement la méningite que le pneumocoque. Ses localisations cérébro-spinales sont, chez l'homme, encore à l'étude.

Qu'elles dépendent, ou non, d'une pyohémie, les arthropathies à streptocoques sont fréquentes; elles compliquent souvent: l'érysipèle, la variole, la scarlatine, et même la varicelle. Ces arthrites détruisent rapidement cartilages et ligaments, entraînant parfois des fusées purulentes à distance; aussi exigent-elles une intervention précoce. Dans les pyo-septicémies streptococciques, l'endocarde est souvent touché; de petites végétations molles,

grises ou rosées, ou, des ulcérations se forment sur les valves de l'orifice mitral ou aortique, quelquefois même sur les valvules tricuspide ou pulmonaire. Quand l'infection générale prédomine (fièvre puerpérale, érysipèle), les symptômes cardiaques passent inaperçus; ailleurs, ils sont au premier plan et constituent une forme d'endocardite infectieuse.

Système osseux. — Il existe une ostéo-myélite à streptocoques qui serait même la plus commune dans le premier âge (Braquehay). Elle débute, brusquement, par une fièvre intense qui cède dès que le pus est collecté; celui-ci, rapidement abondant, révèle bientôt sa présence par de la fluctuation; la région est œdémateuse, d'une rougeur rappelant celle de l'angioleucite réticulaire ou de l'érysipèle; il n'y a pas de réseau veineux sous-cutané.

Sang. — Dans les septicémies pures, l'invasion du sang par le streptocoque n'entraîne aucune manifestation locale; semblable processus peut succéder à une angine soit primitive, soit secondaire à la scarlatine ou à la variole (M. Raskin, Widal et Bezançon, Le Dentec). La porte d'entrée peut aussi être cutanée au cours de l'érysipèle, ou plus souvent du phlegmon diffus, ou encore, être représentée par la muqueuse bronchique (Hutinel et Claisse), par le péritoine (Thiercelin et Payle).

La présence du streptocoque, dans le sang, n'est qu'exceptionnellement constatée pendant la vie. On l'a rencontré à diverses reprises, au cours de la fièvre puerpérale (Widal et Ettinger), des infections suraiguës de l'enfance (Hutinel et Claisse), de l'érysipèle (1 cas de Widal). Les septicémies se traduisent quelquefois par des érythèmes scarlatiniiformes ou par du purpura, ce qui est conforme aux propriétés hémorragipares du streptocoque.

III. Infections à pneumocoques. — Principaux caractères du pneumocoque.

— On sait que le pneumocoque de Talamon-Fränkell est un coccus en flamme de bougie, habituellement disposé en diplocoques dont les individus se groupent 2 à 2 en opposant leurs pointes; il peut former des chaînettes, toujours courtes et rigides. Une capsule, elliptique et translucide l'entoure souvent; constante dans le sang de la souris inoculée, dans les cultures sur sérum liquide de jeune lapin, elle fait souvent défaut dans les exsudats pathologiques. Le pneumocoque prend les couleurs basiques d'aniline et n'est pas décoloré par le Gram. Il se montre aérobic facultatif, et, ne cultive pas sur gélatine. Il ne pousse que sur milieux neutres, formant, sur bouillon, un trouble léger et passager, et, sur gélose, des colonies comparables à des gouttelettes

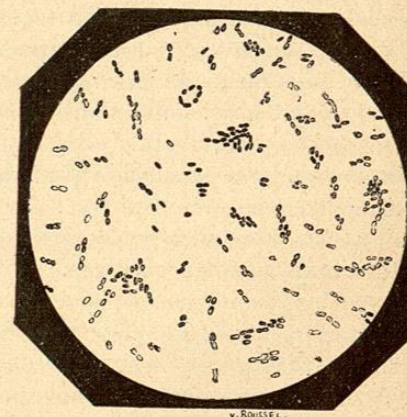


FIG. 221. — Pneumocoque (culture en bouillon de 24 heures). (Thoinot et Masselin.)