

maximum d'intensité; c'est la zone active, envahissante. La surface en est plus grenue que celle du centre de la plaque déjà en régression ou sur le point de régresser, et qui a subi un commencement d'affaissement. La tuméfaction générale est plus ou moins prononcée. La douleur qu'éprouve le malade à ce niveau, surtout au toucher, est d'autant plus vive que la tuméfaction est moindre; car le derme, sur les points où l'adhérence est plus intime aux parties sous-jacentes, subira une plus grande distension qu'aux endroits où le tissu sous-cutané est lâche.

A la surface de la plaque peuvent se produire des *bulles*, des *vésicules*, des *pustules* même, quelquefois dès les premiers vingt-quatre heures; nous en avons étudié plus haut la formation, et nous ajouterons que leur présence ne saurait constituer des variétés de l'éruption, pas plus que la plus grande intensité de l'œdème. L'exsudat des vésicules peut même devenir louche et purulent, ou se mélanger d'une certaine quantité de sang qui en a quelquefois imposé pour des plaques gangreneuses. D'autres fois, chez les vieillards et les cachectiques, il se produit de petites ecchymoses (E. hémorragique de Gosselin). Sauf ces cas, la plaque est sèche à cause de l'arrêt des sécrétions à la surface.

L'érysipèle s'étend de proche en proche, à la façon d'une tache d'huile sur du papier; elle envahit peu à peu la joue correspondante, le nez, la paupière et ainsi toute une moitié de la face participe à l'inflammation. Il est rare que l'érysipèle, lorsqu'il débute par la ligne médiane, s'étende symétriquement des deux côtés comme l'avait prétendu G. de Mussy. La rougeur peut gagner ensuite par le front le côté opposé, et occuper finalement tout le visage, à l'exception cependant du *menton* qui a le privilège de rester indemne le plus souvent; « la lésion s'arrête nettement sur une ligne qui descendrait de chaque commissure labiale. Cela donne à la physionomie un aspect grotesque qui la fait ressembler à certains magots chinois » (M. Raynaud); mais si le menton n'est pas rouge, cela ne l'empêche pas de desquamer. F. Widal a pourtant vu deux fois le menton recouvert par l'érysipèle. Le malade est méconnaissable. Il respire difficilement par la bouche, car les narines gonflées ne laissent plus passer assez d'air; les paupières, très œdématisées, restent fermées; cette situation est bien près d'être un supplice pour le malade.

Le *cuir chevelu* est toujours envahi; chez les gens chauves, l'érysipèle, quoique moins tuméfié, est comparable à celui de la face; mais s'il y a suffisamment de cheveux, la lésion n'est matériellement reconnaissable qu'à la douleur très vive que provoque le moindre contact et à la sensation qu'à le doigt d'un godet produit par la pression dans le tissu œdématisé. La rougeur peut descendre jusqu'à la nuque, mais il est peu fréquent qu'elle dépasse le plan de démarcation entre la tête et le cou.

Cette invasion du cuir chevelu s'accompagne d'un fort mal de tête et de *délire*. Roger, puis Chantemesse (1) l'ont étudié avec quelque détail. Le délire est assez fréquent dans l'érysipèle, environ 10 pour 100 des cas. Il est également fréquent dans les deux sexes, car si les femmes sont plus sujettes aux manifestations nerveuses, les hommes subissent la tare alcoolique.

Ce délire peut apparaître à toutes les périodes de la maladie: au début, à la période d'état, à la fin, après la chute de la fièvre, celle-ci n'ayant pas fata-

(1) ROGER, *loc. cit.* — CHANTEMESSE, Commun. orale et in Thèse de BEIGBÉDER, Du Délire dans l'érysipèle, Paris, 1898.

lement de rapport avec lui. Sa durée est habituellement courte, deux ou trois jours en moyenne. Il peut alterner avec le coma.

Le caractère de ce délire est variable. Chantemesse rapproche le *délire streptococcique* de la folie puerpérale; on peut observer toutes les formes, même fixes et définies: hallucinations des divers sens, délire de la paralysie générale, mégalomanie, ou au contraire mélancolie; mais le plus souvent on observe le délire professionnel. Il est tantôt calme, tranquille, mais peut être aussi très violent.

Faut-il faire remarquer l'importance de la prédisposition nerveuse héréditaire ou acquise, et de l'alcoolisme? Le *delirium tremens* est fréquent chez les buveurs sous l'influence de l'érysipèle et peut n'être dû qu'à la suppression brusque des habitudes alcooliques. Mais Roger fait remarquer combien les lésions du foie sont à considérer dans la genèse de cet accident. « On peut supposer, dit-il, que les altérations du foie, en supprimant le rôle protecteur que cet organe remplit vis-à-vis des poisons microbiens, favorisent le développement des manifestations cérébrales. » Chantemesse invoque l'anémie ou la congestion de l'encéphale, soit sous l'influence de l'athérome, soit par excitation réflexe des centres nerveux corticaux transmise par les rameaux de la cinquième paire (Jaccoud), soit par compensation de la fluxion cutanée. Il n'est que rarement dû à la thrombose des sinus ou à une méningite. Dans quelques autopsies d'érysipélateux morts avec du délire, Chantemesse a trouvé une véritable hydroisie des méninges de l'espace interarachnoïdien, sans autre trace de lésion méningée; le liquide épanché contenait du streptocoque pur. Cette exsudation relèverait de la congestion méningée provoquée par la présence du streptocoque.

Le délire dans l'érysipèle ne semble pas influencer le pronostic.

Nous ne nous arrêterons pas à ces variétés selon la marche qui ont fait qualifier l'érysipèle de *fixe*, *serpigineux* ou *vague*, *migrans* ou *ambulant*, *erratique*, à *distance*, toutes modalités de progression très rares pour l'érysipèle de la face, plus communes pour l'érysipèle des plaies des membres ou du tronc.

Les *phénomènes généraux* — que nous décrivons à cette place, pour ne pas en scinder l'étude, — ne sont pas pour cela au second plan. La fièvre rapidement devenue intense au début (40°, 40°,5) se maintient pendant tout le temps que progresse l'érysipèle, entre 40° et 39°,5, avec rémission matinale de quelques dixièmes de degré. Des oscillations peu étendues coïncident avec l'érysipèle grave, mais celui-ci peut évoluer avec des rémissions plus larges. Si une température très élevée dénote une intoxication plus profonde, l'intensité de la fièvre n'est pas en rapport avec l'étendue de la plaque érysipélateuse. Chaque jour la température du soir est un peu moins haute et celle du matin peut descendre plus bas que le jour précédent, mais rien n'est constant à cet égard. Il est à craindre cependant qu'une courbe exactement en plateau ou progressivement ascendante dans son ensemble n'aboutisse à une issue funeste. Dans ces cas, Blass a vu la température s'élever encore après la mort. Le plus souvent, quand s'arrête la progression de la lésion cutanée, le thermomètre descend brusquement en 24, 36, 48 heures de 2 à 5°. Cette chute critique peut avoir lieu du cinquième au dixième jour selon le temps pendant lequel s'est étendu l'érysipèle. Dans les cas graves, elle se fait en lysis.

La progression d'une même plaque érysipélateuse — et l'érysipèle de la face ne constitue presque toujours qu'une seule plaque — ne se fait pas fatalement

d'une manière régulière. Il peut y avoir des *à-coups*, des poussées successives se traduisant, outre l'extension accentuée à ce moment, par une recrudescence de la fièvre.

Il est légitime cependant de considérer l'érysipèle comme une maladie cyclique, car le tracé a une marche typique, mais à cycle variable lié à l'évolution de la lésion locale (1).

Mais beaucoup d'auteurs (Catrin, Roger) persistent, malgré les tentatives de systématisation de Sorel et quelques autres, à mettre en relief l'irrégularité extrême des courbes; il faudrait admettre, dit Roger, presque autant de variétés qu'il y a de malades (2). L'âge, le sexe, peuvent imprimer quelques modifications légères.

(1) SOREL (*Gaz. hebdomadaire*, avril 1885, et CAMPOS, *Th. de Paris*, 1886) reconnaît que le cycle fébrile lui-même peut être pris comme appréciation de la durée de l'érysipèle, puisque la fièvre est toujours contemporaine de l'éruption externe ou interne, et qu'elle cesse avec elle; si la rougeur, en effet, survit plus de 12 à 24 heures à la chute de la fièvre, c'est qu'une extension nouvelle ou la régression sur les mêmes points sont imminentes. L'érysipèle limité au nez et aux pommettes, et qui constitue une véritable *forme abortive*, ne s'est présenté absolument apyrétique que dans 5 cas. Sorel établit ensuite que les courbes thermiques répondent à 5 types fondamentaux auxquels il est facile de rattacher les variétés plus ou moins dégradées sous l'influence de particularités cliniques ou d'une tentative thérapeutique.

Type n° 1. — L'ascension fébrile rapide a lieu suivant une ligne thermique continue; le *fastigium*, qui est environ de 41 degrés, se trouve atteint dans la soirée du deuxième jour au plus tard; il présente au plus deux sommets et il n'y a pas à proprement parler de période d'état; la défervescence suit de près l'acné fébrile, s'accomplit par lysis et est achevée du cinquième au huitième jour, plus souvent les septième et huitième jours.

Type n° 2. — L'ascension est la même que précédemment, elle fait place à une période d'état caractérisée par des oscillations rémittentes, plus ou moins stationnaires et d'amplitude variable; puis du sixième au onzième jour et quelquefois plus tard, la défervescence s'opère d'après un des modes qui suivent :

a. — Par crise.
La défervescence, et c'est le cas le plus fréquent, peut être complète du soir au lendemain matin. Elle est suivie quelquefois d'une ou deux grandes oscillations intermittentes. La défervescence peut être incomplète et la température subir une légère recrudescence dans la journée, pour n'arriver à la normale que le lendemain matin.

b. — Par lysis prolongée, suivant le mode signalé par le professeur Jaccoud.
Type n° 3. — Même période d'ascension rapide; puis, dès le second ou le troisième jour, le tracé présente de grandes oscillations intermittentes à maxima élevés le soir et le plus souvent avec apyrexie le matin.

Parmi les principaux incidents qui peuvent modifier les tracés dans quelques-unes de leurs parties, l'auteur cite : les tentatives thérapeutiques un peu actives (sulf. de quinine, salicylate de soude, qui peuvent causer les grandes oscillations du type n° 3); — La régression sur partie ou totalité des points primitivement envahis dès le jour même que l'érysipèle a paru prendre fin. Cette poussée est marquée par l'élévation brusque de la température suivie d'un *fastigium* à deux sommets et d'une chute rapide. — L'existence d'un temps d'arrêt dans la progression de l'érysipèle, quand il envahit successivement des régions différentes; la progression a lieu dans ces faits par poussées successives. — D'autres fois, la progression de l'érysipèle de la tête au tronc est accompagnée d'un changement dans le rythme fébrile. Les récurrences survenues après un intervalle de un mois à deux ans ne présentaient pas nécessairement le même type fébrile ni la même durée que l'érysipèle primitif, même quand elles occupaient le même siège.

Sorel ajoute que les températures élevées sont de règle dans l'érysipèle et n'aggravent en rien le pronostic, même dans les cas où les minima se maintiennent autour de 40 degrés. Il faut aussi remarquer que la défervescence fébrile est assez souvent suivie d'un abaissement momentané de la température au-dessous de la normale et d'un ralentissement notable du pouls.

(2) Des exemples empruntés à Roger montreront cette diversité du type fébrile :

- Type fébrile continu;
- » » à grandes oscillations;
- » » oscillatoire, puis continu;
- » » continu, puis oscillatoire;
- » » prolongé et peu intense;
- » » à ascension progressive et à défervescence brusque.
- » » à ascension et à défervescence progressive.

Dans l'érysipèle facial à marche normale, sans rechutes, sans complications, sans suppurations étendues, la fièvre ne dure pas longtemps, quoique s'élevant assez haut. Au bout de 3 à 5 jours l'apyrexie est complète.

Le pouls suit en général la marche de la température.

L'urologie de l'érysipèle, comparable d'ailleurs à celle des autres maladies infectieuses, avait été peu étudiée jusqu'au moment où Roger et Marsat (1) ont poursuivi sur ce sujet quelques recherches; ils ont constaté que les modifications étaient analogues à celles qu'on observe dans la pneumonie, quoique moins marquées.

Pendant la période d'état, les urines sont rares (700 à 900 c. c.), leur coloration acajou, leur densité élevée (1022 à 1050), leur réaction acide. A la convalescence survient une polyurie critique (1500 à 2000 c. c.), la coloration est plus claire, la densité tombe à 1017 et 1010.

L'excrétion de l'urée n'est que légèrement inférieure à la normale. Les chlorures diminuent comme dans la pneumonie, pour remonter à 12 et 15 grammes à la convalescence. La courbe des phosphates est fort irrégulière, mais au-dessous de la normale pendant la période d'état. L'intensité de la fièvre ne commande pas absolument l'urologie; la crise urinaire, brusque ou progressive, ne survient pas fatalement avec la chute de la température; elle ne se produit que le lendemain au plus tôt, quelquefois plusieurs jours après.

Il y a souvent, mais pas toujours, albuminurie, en général au moment de l'acné ou à la convalescence; albuminurie d'ordinaire peu abondante et transitoire, ne persistant après la maladie que dans des cas exceptionnels. C'est encore par séries qu'on l'observe avec plus ou moins de fréquence. Ainsi Guyot l'a rarement constatée, Juhel-Rénoy affirme qu'elle est la règle, Galliard l'a rencontrée dans les deux tiers des cas sévères, Roger, 106 fois sur 570 malades qui ont guéri, c'est-à-dire dans le cinquième des cas environ; dans 27 cas mortels, il y a toujours eu, à un moment, de l'albumine, mais il peut y en avoir aussi dans les formes apyrétiques et bénignes. « On peut conclure, dit Roger, qu'il n'y a pas de rapport constant entre l'albuminurie et la gravité de l'érysipèle, mais que d'une façon générale l'albuminurie est de règle dans les érysipèles graves, qu'elle est assez rare et très passagère dans les érysipèles légers. Même dans les cas graves, l'albumine ne persiste pas. »

Albuminurie ne signifie pas néphrite. Celle-ci peut se montrer comme complication de l'érysipèle et l'urine contient alors des cylindres. Il en sera question plus loin.

L'indican a été observé, surtout en coexistence avec de la diarrhée ou une poussée fébrile.

Avec ou sans albumine, il est rare de rencontrer des streptocoques dans l'urine, mais Cornil, Enriquez, Achalme, en ont quelquefois trouvé. Widal a examiné l'urine de 5 malades et n'a trouvé qu'une seule fois le streptocoque et encore en très petite quantité; il y avait dans ce cas, albuminurie. Chez un de ces 5 malades dont le sang contenait pendant la vie des streptocoques, Widal n'a pu, malgré des examens réitérés, le déceler dans les urines.

Le sang, d'après Malassez et Denucé, présente une augmentation de la fibrine et une diminution marquée des globules rouges. Au moment de la convalescence apparaît une crise hémotoplastique (Hayem). Quant aux globules blancs, que

(1) MARSAT, Essai d'urologie clinique dans l'érysipèle; *Th. Paris*, 1894.

Malassez dit être diminués de nombre, de nouvelles recherches sont nécessitées par les notions de phagocytose que nous possédons aujourd'hui.

Nous avons dit que quelques rares fois on avait constaté la présence du streptocoque dans le sang pendant la vie.

Les autres symptômes généraux, état gastrique, prostration, délire, sont plus ou moins prononcés selon la gravité de l'infection. Celle-ci peut être telle que l'état typhoïde s'établisse, et avec lui le cortège alarmant de l'adynamie, fuliginosités, langue sèche, diarrhée, météorisme, teinte subictérique générale; la mort est fatale dans ces cas qui se rencontrent surtout chez les dyscrasiques et les alcooliques (Tillmann).

Le plus souvent c'est la guérison. Nous savons comment tombe la fièvre. Les lésions locales s'amendent, la progression cesse, le bourrelet disparaît, la rougeur s'atténue jusqu'à l'effacement, la peau reprend peu à peu sa souplesse, sauf les cas d'œdème prolongé ou de rudesse que nous avons signalés plus haut. L'épiderme flétri s'exfolie et tombe; cette *desquamation* est furfuracée ou membraneuse. Très souvent même elle passe inaperçue. Les cheveux et les poils tombent quelquefois, mais pour repousser ensuite plus abondants et plus vigoureux. On a vu des cheveux noirs succéder à des cheveux blancs (Mausbaki), mais bien plus souvent le contraire a été observé. Les sourcils sont plus lents à repousser et parfois même restent glabres. Les paupières conservent encore quelque temps une certaine lourdeur due à la régression plus lente de l'œdème.

Nous avons assez insisté, à propos des lésions anatomiques, sur la *suppuration* dans l'érysipèle. Nous ne ferons donc que signaler « les noyaux phlegmoneux plus ou moins étendus, donnant lieu à des abcès circonscrits » (Gosselin), comme terminaison possible du processus érysipélateux. Ces abcès évoluent lentement et sans réaction, comme des abcès froids (Tillmann). Ils sont surtout fréquents aux paupières. Quant aux nappes purulentes sous-dermiques amenant des décollements étendus de la peau, la chose est exceptionnelle dans l'érysipèle de la face.

De même pour la *gangrène* qui est très rare même par îlots, sauf pourtant chez les cachectiques.

Elle peut siéger aux paupières et la cicatrice qui en résulte peut devenir le point de départ d'un ectropion. Vidal a souvent vu un érysipèle virulent déterminer expérimentalement des plaques de gangrène sèche, et occasionner de véritables mutilations de l'oreille du lapin.

M. Sorel⁽¹⁾ et M. Letulle⁽²⁾ avaient signalé les *érysipèles abortifs*. MM. Juhel-Rénoy et Bolognesi⁽³⁾ ont décrit l'*érysipèle atténué primitif*, caractérisé par un exanthème plus ou moins intense, se montrant d'emblée ou précédé de légers prodromes, par des phénomènes généraux à peine marqués, voire même pouvant faire défaut, par une température le plus souvent normale, pouvant atteindre 38° au maximum. — L'érysipèle qui débute par des phénomènes généraux intenses, une fièvre vive, peut être, malgré cela, un érysipèle atténué ou abortif. — A noter, chez tous ces malades, l'absence d'albuminurie, du début à la fin de la maladie. Cette intégrité du filtre rénal leur paraît être la condition *sine qua non* pour faire un érysipèle atténué.

Dans un second mémoire, ces mêmes auteurs⁽⁴⁾ étudient l'*érysipèle à type*

(1) SOREL, *loc. cit.*

(2) LETULLE, Thèse d'agrégation, 1886.

(3) JUHEL-RÉNOY et BOLOGNESI, *Arch. gén. de médecine*, juillet 1895.

(4) *Ibid.*, janvier 1894.

pétéchial-couperosique, forme qui peut être opposée à la précédente, car elle est constamment grave, souvent mortelle, et pour la raison précisément contraire à celle qui fait que l'érysipèle atténué primitif est bénin, l'altération préalable du parenchyme rénal et de tout l'appareil circulatoire. — Cette forme est, en effet, l'apanage des myocarditiques chroniques, des artériels, des athéromateux et, du même coup, des séniles, des alcooliques, des intoxiqués, des cachectiques, des cancéreux.

Au point de vue objectif, Gosselin et Verneuil avaient décrit, l'un l'érysipèle ecchymotique, l'autre l'érysipèle hémorragique, la première appellation pas meilleure que la seconde, car il n'y a pas de plaques sanguines, ni d'hémorragies par les muqueuses, même dans l'érysipèle chirurgical qu'ils avaient seul en vue.

Cet érysipèle, qui s'observe surtout à la face, présente des hémorragies sous-cutanées, discrètes ou abondantes, petites ou étendues; c'est un semis de pétéchies, un vaste lacis couperosique. Mais il faut rechercher ces hémorragies: perdues au milieu de l'œdème qui déforme les traits, éteintes par la rubescence de l'érysipèle en marche, ces couperoses locales ont chance de n'être pas vues si l'œil n'inspecte pas de près la région, voire même s'il ne s'arme pas d'une loupe. Ces taches sont en général séparées par des intervalles de peau saine; elles sont roses, lilas clair, carminées; elles ne se terminent pas par gangrène.

Cette couperose pétéchiale de l'érysipèle ne peut être confondue avec celles de la ménopause, de l'alcoolisme ancien, des individus exposés aux intempéries, toutes modalités antécédentes. Les pétéchies, la couperose liées à ce type d'érysipèle siègent toujours au niveau des plaques d'érysipèle; la couperose vulgaire peut siéger en dehors des points frappés. Enfin ces sugillations s'effacent, tandis que la couperose vulgaire persiste, fort résistante, on le sait, à toute intervention.

Rechutes. — Récidives. — Érysipèle à répétition. — L'érysipèle est une des maladies les plus sujettes aux *rechutes* et aux *récidives*. Celles-ci surviennent, d'après Juhel-Rénoy dans un tiers, d'après Achalme, dans la moitié des cas.

Théoriquement, comme le dit Roger, on doit considérer comme des rechutes tous les cas où le processus morbide reprend sans qu'il y ait eu infection nouvelle; la récidive est représentée par une réinfection se produisant après la guérison de la maladie première. Mais pour l'érysipèle pareilles définitions sont irrecevables; car si certains cas sont incontestablement des réveils d'une même infection, on ne peut affirmer, pour ceux qui se produisent même à très long terme après la maladie première, qu'il y a eu apport d'un germe nouveau, celui de la première atteinte ayant pu sommeiller longtemps dans les tissus et reprenant de la virulence par quelque cause occasionnelle. Seule la notion de temps peut servir à classer les faits et il importe peu que chaque action séparée ait ou non les mêmes acteurs.

Les *rechutes* (érysipèle *redux*) viennent souvent entraver la convalescence (dans un 1/10 des cas, dit Roger) et se produisent fréquemment sur le même point. Quelques malades ont trois, quatre, cinq rechutes successives. On doit les prévoir lorsque la lésion cause de l'érysipèle, une otite, une conjonctivite par exemple, persiste après la guérison de la première plaque. Dans ces cas, ou même sans foyer persistant d'infection, on voit subsister sur la plaque, après la guérison apparente, un peu de rougeur ou d'œdème qui persiste quelquefois

plusieurs semaines; c'est un reliquat d'infection que la moindre occasion va réveiller. D'autres fois la guérison semblait complète, mais un coup de froid, le simple contact de l'air extérieur, suffit à déterminer une nouvelle poussée.

Tantôt c'est une simple reprise de la dermite, presque sans phénomènes généraux. Tantôt la fièvre brusquement recommence par un frisson, suivie d'un renouveau de l'exanthème.

Les rechutes sont en général, à tous les points de vue, de moindre intensité que l'atteinte première et aussi de moindre durée. Il y a pourtant de nombreuses exceptions et on peut voir à un érysipèle très bénin, apyrétique, succéder une rechute de toute gravité, celui-là ayant à celle-ci comme servi de prologue. Chez d'autres malades présentant plusieurs rechutes successives, c'est parfois la troisième ou la quatrième qui est la plus forte.

Les *récidives* surviennent à plus ou moins longue échéance et le plus souvent à l'occasion d'un contagement nouveau (voir à l'Étiologie). Un même sujet peut avoir jusqu'à 4 ou 5 érysipèles dans sa vie. Ici encore, bien que les récidives perdent un peu chaque fois de leur gravité, il y a à ce point de vue des exceptions.

L'*érysipèle à répétition* mérite quelques détails. Ce sont des poussées d'érysipèle, ordinairement bénignes en elles-mêmes, revenant chez un sujet d'une façon plus ou moins régulièrement périodique et parfois, mais exceptionnellement, à de si courts intervalles, qu'on a pu voir plus souvent le malade en état d'érysipèle qu'en état normal. Il y a bien une cause à chaque poussée nouvelle; mais il suffit qu'elle soit infime et on peut légitimement considérer ces malades comme en puissance permanente d'érysipèle. Si la clinique est à peu près la même, on peut, étiologiquement, décrire trois types principaux.

Le premier, véritable modèle, est l'érysipèle *cataménial*. Une femme bien ou mal réglée, voit à chaque période menstruelle paraître, avec ou sans le flux menstruel, une poussée érysipélateuse, ordinairement faciale, presque toujours bénigne, souvent même abortive. C'est plutôt une tuméfaction légère de la peau avec petits ganglions sous-maxillaires. Les symptômes généraux manquent d'habitude ou se confondent avec l'érythisme souvent un peu fébrile de l'époque lunaire. Même après la ménopause, surtout si elle a été précoce, les atteintes reviennent périodiquement comme pour suppléer aux règles absentes (érysipèle complémentaire ou vicariant), en réalité ne faisant que marquer le moment du molimen disparu. L'érysipèle peut ainsi reflourir pendant des années, indéfiniment. Verneuil a observé une religieuse qui a eu 115 érysipèles.

Le second type est l'érysipèle des *lymphatiques*. « Un enfant pâle, gras, bouffi, à la lèvre supérieure saillante, à la peau molle, sujet aux engelures et aux gerçures, dont les lèvres portent des fissures d'une durée indéfiniment prolongée, est atteint, de temps en temps, d'un léger gonflement des joues, du nez, des paupières. Cet œdème est d'un rose pâle, peu douloureux. On trouve à peine un ganglion sous-maxillaire. C'est l'érysipèle blanc ou lymphatique. » (Critzmann) ⁽¹⁾.

Enfin le troisième type se rencontre chez les sujets présentant une solution de continuité permanente de la peau ou des muqueuses, eczémateux, fistuleux, herpétiques, porteurs de croûtes dans le nez, de conjonctivites, de blépharites, d'otorrhées, de fissures labiales, d'acné rebelle. Ici c'est encore l'évolution rapide d'une plaque qui se développe en quelques heures presque toujours à la même place, à moins que, étant sortie une fois par la bouche, elle ne sorte une autre

⁽¹⁾ D. CRITZMANN, Contrib. à l'étude de l'érysipèle à répétition; *Archives générales de médecine*, janvier 1892, p. 24.

fois par le nez ou par l'œil. Il n'y a le plus souvent ni frisson ni fièvre et tout a disparu en 5 ou 4 jours.

Dans l'une ou l'autre forme la manifestation est chaque fois un peu diminuée, soit que la virulence du contagement diminue, soit que l'économie se vaccine par le secretum des micro-organismes qui l'enrichissent de substances empêchantes ou favorisant la phagocytose. Jaccoud fait remarquer que « les individus depuis longtemps sujets à l'érysipèle finissent souvent par ne plus s'aliter à l'occasion de leur exanthème, tout au plus gardent-ils la chambre; ils sont à peine malades et l'attaque ne dure que trois ou quatre jours ». Mais il n'est pas de règle sans exceptions, et Hirtz et Widal ⁽¹⁾ ont pu voir une malade qui, après un nombre incalculable de poussées des plus légères, fut atteinte d'un érysipèle confluent compliqué d'un état typhoïde extrêmement grave. Juhel-Rénoy a publié des faits semblables.

Plusieurs explications sont acceptables pour ces divers cas :

Cattiaux ⁽²⁾ invoque la persistance, dans l'atmosphère ou les tentures de la chambre du malade, des microbes pathogènes qui profitent de la lésion des téguments, d'une éruption d'herpès par exemple, pour refaire un érysipèle. C'est la *réinoculation d'origine extérieure*; Cattiaux rapporte dans ce genre une observation probante.

Verneuil avait créé l'expression de *microbisme latent*, pensant avec raison que, dans l'intervalle des poussées, le streptocoque réside, silencieux, dans quelque point d'une muqueuse ou au niveau d'une plaque d'eczéma, streptocoque *nasale* ou *auricole*, et que sa virulence renaît sous quelque influence pour donner une poussée nouvelle. Parmentier ⁽³⁾ a donné de cette pathogénie la preuve bactériologique en démontrant sur le point de récurrence, en dehors des attaques, la présence du microbe de Fehleisen. Pour Achalme, c'est dans les *vaisseaux lymphatiques du derme* que sommeillerait le streptocoque pendant les périodes intercalaires.

Widal se montre peu partisan de cette manière de voir : « Je ne conçois guère, dit-il, comment le streptocoque pourrait se fixer, pendant un aussi long temps, au sein d'un tissu qui se prête avec tant d'avidité à sa phagocytose ».

Pourtant, c'est aussi l'opinion de Critzmann qui considère l'érysipèle à répétition comme une dermo-lymphangite streptococcique : « Les lésions du derme, dit-il, consistent en une infiltration leucocytaire, accompagnée d'une hyperplasie des cellules fixes du derme. Celles-ci subissent par place une dégénérescence spéciale, que nous désignerons sous le nom de dégénérescence hydropique. Les lésions des lymphatiques consistent dans une desquamation totale des petites cellules épithéliales, sinueuses, accompagnée de la formation d'un fin réticulum fibrineux emprisonnant un grand nombre de leucocytes et occupant toute la lumière du vaisseau. Les lymphatiques les plus atteints sont ceux qui siègent dans la couche réticulaire du derme. Il existe à ce niveau des lésions de périlymphangite. Les chaînettes, quelquefois spiralées, du streptococcus erysipelatis occupent les fentes et capillaires lymphatiques; les lymphatiques d'un certain volume n'en contiennent nullement. Ils infiltrent également par colonies la couche papillaire du derme. L'intégrité de toutes les couches de l'épiderme est absolue. »

⁽¹⁾ HIRTZ et VIDAL, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1891, p. 685.

⁽²⁾ CATTIAUX, Des récidives dans les maladies aiguës; *Th. de Paris*, 1891.

⁽³⁾ In : CACHERA, De l'érysipèle à répétition; *Th. de Paris*, 1891.