

Pour Lavrand⁽¹⁾ le point de départ presque constant de l'érysipèle à répétition est le *pharynx nasal* dont la muqueuse molle est favorable aux cultures microbiennes, surtout quand il existe des végétations adénoïdes. Invoquant les relations étroites (?) qui existent entre la muqueuse pharyngienne et le système utéro-ovarien, il s'explique que la congestion cataméniale fasse éclore les érysipèles de la face périodiquement chez des sujets ainsi préparés.

L'érysipèle n'est pas, comme le fait remarquer Widal, la seule maladie récidivant périodiquement sous l'influence des règles. Hugenschmidt a vu se reproduire ainsi mensuellement des poussées de périostite alvéolo-dentaire. Certaines femmes, génitalement infectées, n'ont-elles pas au moment des règles un réveil plus ou moins prononcé de pelvi-péritonite, et ne sont-elles pas, à cette époque, contagieuses?

Quant à donner le mécanisme de ces réviviscences microbiennes cataméniales, à dire s'il s'agit d'une action humorale, d'une diminution de résistance de l'organisme, d'un phénomène d'érythisme vasculaire favorisant, par la congestion, la culture streptococcique, ou d'un autre processus, les deux termes nous manquent pour cela : les conditions exactes que demande un microbe pour exalter sa virulence dans un organisme, et les modifications de tout ordre qu'entraîne chez la femme la fonction périodique de l'appareil utéro-ovarien.

On a quelquefois décrit une *forme intermittente* de l'érysipèle de la face. Outre qu'elle est rare, sa légitimité est contestable. Tout au plus la malaria coexistante peut-elle être considérée comme favorisant les récidives de l'érysipèle, et à ce titre le traitement par la quinine pourrait heureusement influencer leur retour.

Érysipèle chronique. — Ce terme impropre ne s'applique guère qu'aux lésions consécutives à l'érysipèle et en particulier à certaines formes d'*éléphantiasis nostras*. C'est l'œdème dur chronique de la peau qui intéresse aussi le tissu cellulaire sous-cutané. Sur 7 cas observés par Achalmé, 4 fois il siégeait à la face. L'œdème lymphatique ou œdème mou, première étape de la lésion, aboutit à l'œdème dur ou dermite fibreuse. Le processus consiste en l'oblitération d'un point du trajet lymphatique avec stase lymphatique durable dans les parties desservies par ce vaisseau; ou quelquefois dans la sclérose des ganglions lymphatiques qui, par leur imperméabilité, suspendent la circulation dans les vaisseaux lymphatiques situés en amont. Achalmé a vainement cherché, dans deux cas d'éléphantiasis, à mettre en relief les microbes contenus dans les nœuds d'oblitération.

Tenneson et Darier⁽²⁾ ont vu chez une jeune fille, défigurée par un éléphantiasis consécutif à une longue série d'érysipèles, se développer sur la muqueuse des deux lèvres et sur la partie avoisinante des joues, enchâssées dans la muqueuse, un grand nombre de vésicules transparentes, de la grosseur d'une tête d'épingle, sans rougeur à leur pourtour et non douloureuses. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait de *varices lymphatiques* développées aux dépens soit des lymphatiques papillaires, soit des sinus sous-papillaires. Bien qu'ils n'aient pas constaté de streptocoques dans les tissus examinés, ce fait vient appuyer les idées de Renaut et d'Achalmé.

Érysipèle des muqueuses. — Avant de passer aux complications propre-

⁽¹⁾ LAVRAND, *Journ. des Sciences méd. de Lille*, 4 mai 1895.

⁽²⁾ TENNESON et DARIER, *Soc. de dermat. et syph.*, 14 déc. 1895.

ment dites de l'érysipèle, nous étudierons rapidement l'*érysipèle des muqueuses*, ce que l'on a appelé l'*érysipèle interne*. Ce sera une transition naturelle, car il s'agit ici non de complications, mais bien de lésions primitives ou par propagation. Cela se réduit, en somme, à une différence de siège.

Les muqueuses peuvent être affectées primitivement ou secondairement, c'est-à-dire que l'érysipèle peut débiter par elles et apparaître ensuite à la face; quelquefois même il se borne à évoluer sur les muqueuses sans se montrer au dehors; ou bien l'érysipèle se propage par continuité de tissu de la peau aux muqueuses et s'étend ensuite plus ou moins loin de ces dernières.

1° Voies respiratoires et digestives supérieures. — Les *fosses nasales* sont très souvent le siège de l'érysipèle. Celui-ci s'y développe primitivement dans la grande majorité des cas à la suite d'un coryza ou d'une croûte dans le nez. D'après Lasègue le début peut se faire brusquement par des épistaxis abondantes. Ce coryza érysipélateux se distingue du coryza ordinaire par un état général beaucoup plus grave, une fièvre plus intense; il s'accompagne d'une vive sensation de brûlure; il peut envahir les sinus de la face et augmenter singulièrement la céphalalgie; il occupe ainsi le canal nasal et on le voit alors sortir par les points lacrymaux. Il est plus fréquent encore de le voir poindre à l'orifice inférieur des fosses nasales. La pituitaire sécrète en abondance un liquide séreux, bientôt muco-purulent, quelquefois sanguinolent, un véritable jelage; on y trouve des streptocoques en abondance. L'adénite cervicale avec raideur de la tête et douleur à la pression des parties latérales du cou accompagne la rhinite érysipélateuse⁽¹⁾.

BOUCHE. — La *muqueuse buccale* est assez souvent envahie, mais l'érysipèle ne fait que traverser la bouche pour gagner le pharynx. Rarement la stomatite érysipélateuse est primitive. Cette propagation donne lieu à une grande sécheresse de la muqueuse, puis à une sécrétion. Ch. Fernet a vu de larges phlyctènes à la face interne des joues, ressemblant à des plaques pseudo-membraneuses, blanchâtres et molles. La rougeur ne dure que 3 à 4 jours.

La *langue* est rarement atteinte; elle est tuméfiée, rouge foncé, lie de vin et non rouge écarlate, comme dans la scarlatine.

Les *amygdales* sont quelquefois prises et présentent cette rougeur vernissée qu'on retrouve au pharynx.

PHARYNX. — C'est une des localisations les plus fréquentes. La propagation se fait de la face au pharynx, plus fréquemment du pharynx à la face. Gùbler l'a signalée dès 1856. Ed. Labbé, Cornil, Cure ont aussi étudié cette *angine érysipélateuse*. Cette extension se fait : 1° par les lèvres et la muqueuse buccale; 2° par les narines et les fosses nasales; 3° par les fosses nasales, le sac, les conduits et les points lacrymaux; 4° par la trompe d'Eustache, la caisse et le conduit auditif externe; 5° par plusieurs de ces voies à la fois (Gull).

Dans tous les cas, cette angine diffère notablement de l'angine catarrhale simple. Elle est beaucoup plus douloureuse, la tuméfaction est moins prononcée, la rougeur plus vive et plus sombre, avec l'aspect lisse et vernissé, les ganglions beaucoup plus tuméfiés, quelquefois le malade peut à peine ouvrir

⁽¹⁾ P. TISSIER, *Le nez et l'érysipèle*; *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1892, n° 11, p. 807.

la bouche, la déglutition est très pénible et même impossible, la fièvre enfin est très intense et on note 40°, 41° comme dans l'angine de la scarlatine. Des phlyctènes peuvent se montrer et quelquefois même de la gangrène. La maladie devient grave alors et peut être mortelle. On observe aussi des abcès rétro-pharyngiens. Après les phlyctènes, la muqueuse subit une véritable desquamation. G. Baarnhielm⁽¹⁾ en a observé cinq cas. Le streptocoque fut constaté dans la gorge chez deux femmes qu'un médecin soignant un érysipélateux avait contagionnées.

Quant à l'angine de Ludwig qui est primitive, qui s'accompagne d'un gonflement énorme de toute la région sus-hyoïdienne, et qui peut enlever le malade en 24 heures par infection générale avec albuminurie, ou par œdème de la glotte, elle ne serait pas autre chose, d'après Chantemesse et Widal, qu'un érysipèle très virulent, qui envahit la gorge et la région sus-hyoïdienne. Ces auteurs ont en effet retrouvé dans un cas une grande quantité de chaînettes de streptocoque.

Lasègue signale la nature érysipélateuse de certaines angines à répétition propres aux adolescents. Il faut aussi remarquer que le début de l'érysipèle par la pharynx est très rare chez le vieillard.

LARYNX. — L'érysipèle peut y être total ou limité à certaines parties de l'organe. Massei⁽²⁾ et Delavau⁽³⁾ décrivent comme fréquent l'érysipèle primitif du larynx, sans affection concomitante de la peau, qu'on a souvent confondu, disent-ils, avec le phlegmon laryngé. Massei insiste sur les caractères très nets qui permettent un diagnostic certain : 1° boursoufflement très marqué de la muqueuse dès le début, se développant presque constamment dans le tissu adénoïde de la base de la langue, pour rejoindre bientôt l'épiglotte et les replis aryéno-épiglottiques; de sorte que la dysphagie marque le commencement de la maladie; 2° rapidité avec laquelle le gonflement passe d'un point à un autre du larynx, de sorte que la dyspnée peut s'installer et disparaître très rapidement; 3° fièvre très élevée dès le début.

Mais le plus souvent le larynx est secondairement envahi (Ed. Labbé). On retrouve toujours l'aspect brillant, vernissé; la rougeur est écarlate ou violacée (Lasègue). On a les signes ordinaires d'une laryngite plus ou moins intense et quelquefois de l'œdème de la glotte. Roger en a rapporté un nouveau cas terminé par la mort. Le streptocoque a été trouvé dans le derme du larynx, d'abord par Fasano, en 1887, puis par Bergmann, Brown Bedford, O. Samter.

2° Voies respiratoires. — L'érysipèle des voies respiratoires a été mis hors de doute par la thèse de Schlumberger inspirée par Cornil (1872). L'observation de Straus⁽⁴⁾ est la première irréfutable de *pneumonie érysipélateuse*, d'érysipèle pulmonaire au sens propre du mot. Cette pneumonie offre des particularités cliniques et surtout des caractères anatomiques qui la distinguent et la spécialisent. Cliniquement : survenance chez un sujet atteint d'érysipèle facial et guttural, en l'absence de toute cause occasionnelle appréciable; insidiosité du début, marqué par un point de côté léger, sans frisson; marche extensive extrê-

(1) G. BAARNHIELM, 20^e Comm. de la clinique chir. de l'Université d'Upsal, sept. 1892.

(2) MASSEI, Rivista clin. et terap., 1885, n° 1, et Congrès de Berlin, août 1890.

(3) DELAVAU, New-York med. et journ., 12 sept. 1885.

(4) STRAUS, Revue mens. de méd. et de chir., 1879.

mement rapide (tout [le poumon droit envahi en quatre jours). — Anatomiquement : propagation par la trachée et les grosses bronches; énorme étendue de l'hépatisation; son passage si rapide et si total à l'hépatisation grise chez un sujet jeune, vigoureux, non alcoolique. — Histologiquement : absence totale de fibrine dans l'exsudat pneumonique uniquement formé par des leucocytes obstruant les alvéoles pulmonaires. C'est exactement ce qui se passe vers le derme dans l'érysipèle cutané. Une observation fort intéressante à rapprocher de celle de Straus est celle de Rendu⁽¹⁾ : conjonctivite érysipélateuse, avec œil très tuméfié, sécrétion muco-purulente, plaque rouge d'apparence érysipélateuse terminée par un bourrelet saillant qui s'étendait du nez à l'oreille; — avec cela, pas de fièvre. — Au 5^e jour, avortement presque subit de l'érysipèle cutané, diminution marquée de la conjonctivite, mais développement absolument insidieux d'une pneumonie double qui s'est étendue à la façon d'un érysipèle, sans donner lieu à aucun trouble fonctionnel. En dehors des signes de l'auscultation, rien n'avait pu faire soupçonner une maladie thoracique; seule la fatigue générale et la sécheresse de la langue avaient invité à chercher un foyer nouveau. — La malade mourut d'urémie. Denucé a cité des cas semblables et a pu retrouver des chaînettes disséminées dans les alvéoles.

Mais il existe aussi des *déterminations pulmonaires primitives*, ordinairement sous forme de broncho-pneumonie. Un élève de Straus, Mosny⁽²⁾, en rapporte un cas fort intéressant avec examen bactériologique concluant. La nature érysipélateuse ressort d'ailleurs des conditions étiologiques : c'est en soignant son maître atteint d'érysipèle de la face que cette malade a contracté la broncho-pneumonie qui l'a emportée. Au même titre, il faut citer l'observation de Papillon⁽³⁾ : une pleuro-pneumonie érysipélateuse sans érysipèle externe est survenue par contagion chez une malade syphilitique, alcoolique, en état de misère physiologique, qui tenait compagnie à sa voisine atteinte d'érysipèle de la face, dont elle avait même à un moment tenu la tête appuyée sur sa poitrine; le soir même, elle était prise de frissons et d'un point de côté, début de son affection. Dans les deux cas, il faut remarquer l'extrême *brèvesité de la période d'incubation*.

A côté des déterminations pulmonaires streptococciques, secondaires ou primitives, on observe souvent, comme le fait remarquer Roger⁽⁴⁾, des *pneumonies secondaires à pneumocoques* facilitées par la débilitation que l'érysipèle occasionne à l'organisme et peut-être aussi par la virulence plus grande qu'acquiert le pneumocoque grâce à l'association au streptocoque. On sait par Netter⁽⁵⁾ que « le pneumocoque virulent se retrouve dans la salive des convalescents d'érysipèle de la face beaucoup plus souvent que chez les autres sujets, exception faite de ceux qui ont eu une pneumonie. On l'y trouve même plus souvent que le streptocoque virulent ». Ces pneumonies, Roger les a toujours vues insidieuses : rarement on note un frisson, plus rarement encore un point de côté. Le plus souvent, c'est l'aggravation des phénomènes généraux, l'apparition ou l'augmentation de la dyspnée, parfois des sueurs profuses, de la toux,

(1) RENDU, Soc. méd. des hôp., 9 déc. 1892.

(2) MOSNY, Archives de méd. expér., 1890.

(3) G. E. PAPILLON, Presse médicale, 1895, p. 155.

(4) ROGER, Des infections pneumococciques dans l'érysipèle; Revue de médecine, avril 1895.

(5) NETTER, Soc. méd. des hôpitaux, 20 juillet 1894.

ou une expectoration purulente qui appellent l'attention sur une complication du côté du thorax.

On trouve alors un souffle tubaire occupant en général la base ou la partie moyenne du poumon droit; souvent on arrive trop tard pour percevoir les râles crépitants, et le souffle est le signe capital, le seul qui permette d'affirmer la pneumonie. Celle-ci ne modifie nullement la courbe thermique et a une marche fort rapide, évoluant soit en 48 heures vers la guérison, soit en un temps variable vers la terminaison fatale. — A l'autopsie, on constate les lésions de la broncho-pneumonie : c'est de la splénisation et non de l'hépatisation. Bactériologiquement : on trouve le pneumocoque, quelquefois associé au pneumobacille de Friedländer ou au streptocoque⁽¹⁾.

En résumé, on ne devra légitimement conclure à une pneumonie érysipélateuse que si : 1° elle est bactériologiquement démontrée streptococcique pure; 2° si elle est survenue chez un érysipélateux ou chez une personne ayant eu avec un érysipélateux un contact très récent et manifeste. En dehors de cela, toute pneumonie ou broncho-pneumonie survenant chez un érysipélateux devra être considérée comme une complication. D'autre part, on n'a pas le droit d'intituler « érysipèle du poumon » toutes les manifestations pulmonaires à streptocoques; deux conditions sont pour cela nécessaires : 1° la relation évidente de cet accident pulmonaire avec un érysipèle cutané; 2° la marche serpentineuse, ou plutôt comme par propagation, de la broncho-pneumonie constatée. Weichselbaum⁽²⁾, dans son grand mémoire de 1886, rapporte 21 cas de pneumonie à streptocoques dont 15 cas de pneumonie primitive et 8 cas de pneumonie secondaire. Mosny assigne à la broncho-pneumonie à streptocoques le *type lobulaire*.

5° **Tube digestif.** — L'œsophage est exceptionnellement intéressé et toujours secondairement. La *gastrite* et l'*entérite érysipélateuses* ont été contestées. Oukke⁽³⁾ raconte qu'au cours d'un érysipèle du cou, un malade présenta un état général grave avec impossibilité de parler et de prendre aucun aliment. A l'autopsie, on constata une hyperémie de la muqueuse gastrique, et, au niveau du cardia, des vésicules remplies d'une sérosité jaunâtre et transparente. Il considère ce cas comme un *érysipèle de l'estomac* propagé à l'œsophage. L'observation de Gübler⁽⁴⁾ publiée sous le nom d'*Érysipèle interne, à forme typhoïde, étendu plus tard au tégument externe*, n'a pas convaincu tout le monde. Mais celle de Rendu⁽⁵⁾ : *Érysipèle de la face propagé à tout le tube digestif* semble inattaquable. L'auteur invoque surtout, pour établir le diagnostic d'érysipèle intestinal, l'apparition de l'érysipèle à l'anus après avoir commencé par la face, et la formation d'un abcès périanal. En 1887, Heydenreich⁽⁶⁾ a publié un cas d'érysipèle de la cuisse droite propagé à l'intestin par l'anus. Ivanowski a fait une autopsie d'érysipèle propagé du périnée à tout le gros intestin; la muqueuse était infiltrée, et offrait de petites érosions au niveau des follicules clos. Ce sont

(1) A l'autopsie de deux femmes mortes d'accidents pulmonaires au cours d'un érysipèle de la face, WIDAL a trouvé chaque fois le pneumocoque dans les alvéoles pulmonaires, mais associé à de nombreux streptocoques qui, sur les coupes, bourraient les capillaires pulmonaires.

(2) WEICHELBAUM, Ueber die Ätiologie der acuten Lungen und Rippenfellentzündungen; *Mediz. Jahrbücher*, Vienne, 1886.

(3) OUKKE, *Med. H. Warsch Oniads. Hosp.*, 1894.

(4) GÜBLER, *Bull. Soc. Biol.*, 1856.

(5) RENDU, *France médicale*, 1882.

(6) HEYDENREICH, *Soc. de méd. de Nancy*, 22 juin 1887.

là les seules observations, à notre connaissance. Dans toutes on observe les symptômes ordinaires de l'inflammation de l'intestin.

4° **Muqueuses génito-urinaires.** — Très rare pour la vessie⁽¹⁾, plus fréquente pour la vulve et le vagin, cette localisation de l'érysipèle ne saurait nous arrêter. Quant aux rapports de l'érysipèle avec l'infection puerpérale, nous en avons assez dit plus haut. Nous voulons seulement signaler ce fait que, dans les cas d'érysipèle de la face chez les accouchées, les précautions antiseptiques rigoureuses (injections vaginales et intra-utérines au sublimé, compresse humide de Van Swieten devant la vulve) suffisent pour éviter l'infection puerpérale; les grands services d'isolement de Paris n'ont pas, grâce à cela, de coïncidence de ce genre. C'est dire que la cause de l'infection puerpérale paraît être uniquement la contagion directe, et non point, chez une accouchée, la propagation, par infection générale, de l'érysipèle de la face à la muqueuse utérine dénudée.

Complications. — Les accidents que nous allons énumérer sont toujours secondaires et méritent mieux le nom de complication si l'on veut bien ne pas ergoter sur ce mot. Étant donnée la localisation primitive de l'érysipèle, sur la peau ou sur une muqueuse, ils sont la conséquence de l'infection générale.

Les trois premières cependant se font par propagation.

Ce sont d'abord les complications du côté des *organes auditifs* et en particulier l'otite moyenne catarrhale qui peut aller jusqu'à la suppuration. Il peut en résulter de la surdité momentanée.

En second lieu les *altérations oculaires*⁽²⁾, ordinairement cachées par les paupières très œdématisées, souvent accolées l'une à l'autre : phlegmon et gangrène des paupières, phlegmon du tissu cellulaire de l'orbite avec thrombophlébite purulente de la veine ophtalmique et thrombose des sinus; névrite et atrophie du nerf optique, soit par compression, soit par oblitération de ses vaisseaux nourriciers (Parinaud); conjonctivite palpébrale et oculaire, blépharospasme, kératite ulcéreuse, dacryoadénite et dacryocystite avec abcès et fistule consécutive.

Enfin la *parotidite* complique quelquefois l'angine de l'érysipèle, surtout si celle-ci est intense. Mais elle peut être l'expression d'une forme gravement infectieuse : elle assombrit terriblement le pronostic⁽³⁾.

L'*infection purulente* est très rare dans l'érysipèle médical : sa pathogénie est suffisamment éclairée par l'étude étiologique que nous avons faite.

La *péricardite* peut être tenue pour très rare aussi, bien que, soit défaut

(1) Sous le titre d'*Érysipèle de la vessie*, FRISCH a publié dans le *American Journal of the medical sciences*, 1895, l'observation d'un homme qui, au cours d'un abcès de la prostate, présenta des symptômes de cystite purulente avec streptocoques dans l'urine. Le 5^e jour, un érysipèle se développa à la jambe gauche, puis un autre sur la paroi thoracique, suivi bientôt d'un érysipèle du dos, ces trois localisations sans aucune continuité entre elles. L'examen cystoscopique, pratiqué au plus fort de la maladie, montra la muqueuse vésicale rouge et tuméfiée. Les streptocoques disparaissent de l'urine quand l'inflammation vésicale guérit.

(2) COLLE, Des complications oculaires de l'érysipèle; *Thèse de Bordeaux*, 1887. RAMIREZ, Les complications oculaires dans l'érysipèle; *Nouveau Montpellier Med.*, 1897, n° 46, p. 901.

(3) GALLIARD (*Soc. méd. des hôp.*, 18 mars 1892) a observé une *fluxion* parotidienne unilatérale, liée à un érysipèle de la face. Ce sont là des cas particuliers des infections salivaires sur lesquels Dupré et Claisse ont, depuis, attiré l'attention.

d'auscultation, soit bénignité de son atteinte, elle puisse facilement passer inaperçue. Elle est le plus souvent sèche et limitée, et se traduit soit par un frottement, soit par un bruit de galop. Dans deux cas avec épanchement, Denucé a trouvé les chaînettes du streptococcus dans le liquide.

L'endocardite est plus fréquente. On l'a surtout signalée au niveau de la mitrale, une fois; seulement à l'orifice aortique. Elle ne se traduit que par le souffle systolique et demande à être recherchée. On n'en connaît guère qui ait précédé la plaque cutanée, comme cela s'est vu dans le rhumatisme. Le plus souvent elle coïncide avec lui; il est plus rare qu'elle apparaisse au moment de sa résolution. Les cardiopathies, dit Jaccoud, peuvent tuer dans la période d'état; sinon elles arrivent à une résolution parfaite. Elles ne laissent pas de lésion valvulaire persistante. Sevestre (1) est beaucoup plus réservé sur ce point.

D'ailleurs cette endocardite peut être infectieuse avec végétations ulcérées et donner lieu à des embolies, d'où toutes complications possibles; on a signalé en particulier l'aphasie (2) et la gangrène à distance (3).

Widal et Bezançon (4) ont pu reproduire expérimentalement cette endocardite végétante. Un streptocoque introduit sous la peau de l'oreille d'un lapin avait déterminé un érysipèle qui, au bout de quelques jours, était entré en voie de guérison. L'animal semblait rétabli lorsque, treize jours après son inoculation, il fut repris de fièvre et mourut en trois jours. Le cœur était très augmenté de volume et sur la mitrale existait une végétation grosse comme un pois, contenant du streptocoque à l'état de pureté.

La myocardite est moins spécifique encore et ne diffère pas de celle des autres maladies infectieuses (Hayem, Sevestre).

Les altérations vasculaires ont été étudiées par Ponfick. L'endartère subit la dégénérescence cellulo-graisseuse, et parfois aussi la tunique musculaire. On peut la voir surtout dans l'aorte, les coronaires et l'hexagone de Willis; des thromboses en peuvent être la conséquence.

Thoinot et Griffon (5) ont observé un cas d'aortite aiguë, greffée sur des lésions anciennes d'athérome, chez un malade mort d'érysipèle grave de la face; la clinique avait permis d'en établir le diagnostic: souffle aortique, douleur angoissante présternale, dyspnée sine materia; l'autopsie montra les plaques gélatineuses et les lésions histologiques classiques de l'aortite aiguë.

Rarement les veines sont atteintes. A côté de la phlébite possible des sinus (Hayem), on n'a vu qu'exceptionnellement la phlegmatia alba dolens, si commune pourtant dans l'infection puerpérale (Achalme).

Les hémorragies sont tout à fait exceptionnelles. Roger n'a vu que cinq cas d'épistaxis, au début de l'infection.

En résumé, tous les auteurs qui ont observé dans ces derniers temps, Guyot, Galliard, Legendre, Roger, etc., sont d'accord pour reconnaître la rareté des déterminations cardiaques et vasculaires de l'érysipèle, ce qui n'implique pas la rareté des cardiopathies dans les streptococcies en général.

Les altérations du rein sont certainement les plus fréquentes des lésions viscérales (Becquerel, Abeille, Begbie, Lebert, Erichsen). Il a été question plus haut

(1) SEVESTRE, Des manifestations cardiaques dans l'érysipèle de la face; *Th. de Paris*, 1874.

(2) DIEU, cité par Schmit.

(3) SCHMIT, Un cas de gangrène de la jambe consécutive à un érysipèle de la face; *Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*, 11 juillet 1891.

(4) F. WIDAL et F. BEZANÇON, *Soc. méd. des hôpitaux*, 20 avril 1894.

(5) THOINOT et GRIFFON, *Soc. méd. des hôpitaux*, 22 oct. 1897.

de l'albuminurie et du passage des streptocoques dans l'urine qu'on n'observe guère que dans les cas graves terminés par septicémie. Quand il y a néphrite véritable, elle peut ne se traduire que par de l'anurie (Achalme), mais elle peut aussi « manifester brusquement tous les symptômes bruyants d'une néphrite aiguë, avec œdèmes généralisés et symptômes urémiques ». (Hirtz et Widal.) Le plus souvent c'est l'albuminurie abondante, l'hématurie, les cylindres hyalins, épithéliaux et hématiques. Galliard a observé 6 fois de graves complications rénales.

Laissant de côté les cas où des reins déjà malades sont atteints par la survenance d'un érysipèle, nous signalerons comme lésion la néphrite diffuse aiguë, souvent hémorragique, avec gros reins rouges, ecchymotiques, quelquefois farcis d'infarctus, la glomérulo-néphrite, comparable à celle de la néphrite cantharidienne expérimentale de Cornil et Brault, et des néphrites de la plupart des autres maladies infectieuses; on retrouve les bactéries dans les artérioles et les capillaires, rarement dans les glomérules, ainsi que dans l'intervalle des tubes, et dans les leucocytes au milieu des exsudats.

On a discuté le rôle qui revient aux microbes ou à ses toxines dans la pathogénie de ces néphrites. Widal croit devoir soutenir: 1° que le streptocoque, par action directe, ne peut déterminer au niveau du rein que de la congestion; 2° que les lésions inflammatoires et dégénératives caractéristiques de la néphrite sont dues aux toxines sécrétées par le microbe.

Le foie, toujours un peu tuméfié et congestionné, ne subit que dans les cas graves l'hépatite parenchymateuse aiguë de Virchow. Billroth et Ehrlich, Lukowsky et Recklinghausen, Tillmann, Denucé y ont trouvé les chaînettes spécifiques.

La rate souvent augmentée de volume est molle et hyperémiée.

L'intestin, le duodénum en particulier, peut présenter, non point du fait d'une propagation, mais par un processus local dû à la présence du streptocoque apporté par le sang en ces points, des ulcérations qu'ont étudiées Larcher, Malherbe et Juéry (1). Elles se traduisent par de la douleur à l'épigastre et des vomissements bilieux. Mais ces signes ne permettent guère que de les soupçonner. Juéry estime avec raison qu'on doit compter avec les déjections intestinales des érysipélateux, comme moyen de contamination par la diffusion des germes morbides qu'elles contiennent.

Les méninges et les centres nerveux, bien que traduisant souvent leur trouble pendant la vie au cours de l'érysipèle, surtout quand le cuir chevelu est intéressé, n'offrent que fort rarement à l'autopsie des altérations durables. Délire et état subcomateux ne relèvent que d'une congestion passagère. Il est rare d'avoir affaire à de la méningite vraie. Schüle a cependant une fois trouvé des bactéries dans la substance cérébrale, et Decorse (voir: Pronostic) tient les complications méningées comme de beaucoup les plus terribles. « Elles arrivent en général sournoisement, dit-il. Le malade se plaint de céphalées frontales qui bientôt deviennent très vives et persistantes. Quelquefois on trouve un léger écoulement d'oreille; ou bien, en regardant le malade, on s'aperçoit qu'il présente un peu d'exophtalmie; on cherche un signe qui permette de se convaincre que la complication est peu grave; on explore l'œil; le malade accuse une douleur profonde; dès ce moment tout est perdu; il ne reste plus qu'à assister à

(1) JUÉRY, *Th. de Paris*, 1887.