

le malade. Si, comme on vient de le voir, de nouvelles recherches sont encore nécessaires pour que nous soyons en possession du traitement spécifique, rationnel, de l'affection, on aura recours du moins au traitement symptomatique et l'on emploiera suivant les indications les analgésiques pour diminuer les phénomènes douloureux, les toniques, l'alcool, pour soutenir l'état général, les bains froids contre l'hyperthermie.

### CHAPITRE III

#### MALADIES INFECTIEUSES PROPRES A L'HOMME

##### § 1. ÉRYSIPÈLE DE LA FACE — STREPTOCOCCIE

Je n'ai pas à m'occuper ici de l'érysipèle traumatique ou chirurgical, devenu du reste d'une extrême rareté depuis l'usage des procédés antiseptiques. Je n'ai en vue, dans ce chapitre, que l'érysipèle dit médical, dont le siège le plus habituel est la face.

**Bactériologie.** — La nature infectieuse de l'érysipèle (έρυσος, rouge, πέλλα, peau) et son origine microbienne sont bien connues aujourd'hui. L'agent qui le produit est le streptocoque (Nepveu, Fehleisen). Il est à la fois aérobie et anaérobie.

Comme tous les streptocoques, le streptocoque de l'érysipèle est un microcoque dont les grains disposés bout à bout prennent l'apparence de chaînettes ou de chapelets.

La chaînette peut être courte et ne contenir que 3 à 4 grains; elle peut être longue, incurvée, flexueuse et contenir 6, 8, 10 grains. Mais dans l'érysipèle, les chaînettes ne sont jamais bien longues; les longues chaînettes, sinueuses,

à 50 et 40 grains, s'obtiennent dans certains milieux de culture. Parfois le streptocoque se réduit à 2 grains accolés sous forme de diplocoque, il y a même des grains isolés. Tous les grains d'une chaînette ont sensiblement la même dimension surtout dans les cultures jeunes, parfois on trouve dans un même chapelet des grains plus volumineux. Le streptocoque se colore facilement avec les couleurs d'aniline; il ne se décolore pas par le Gram.

Sur tubes inclinés de sérum gélatinisé ou de gélose, placés à l'étuve à 37 degrés, les cultures de streptocoques apparaissent en vingt-quatre heures et même plus vite, sous forme d'un semis blanchâtre, *poussiéreux*. Ces colonies ont peu de tendance à s'accroître. Parfois les colonies sont tellement confluentes sur le trajet de la raie d'ensemencement, qu'elles s'étalent sous forme de traînées irisées et déchiquetées qu'on a comparées un peu emphatiquement à une feuille de fougère.

Les cultures dans le bouillon, à 37 degrés, donnent les particularités suivantes: Après douze ou quinze heures le bouillon se trouble et il s'éclaircit après deux ou trois jours, quand les grumeaux blanchâtres qui le troublaient sont tombés au fond du tube. Dans les cultures sur bouillon, le streptocoque perd rapidement sa virulence; en quelques jours ou en quelques semaines sa vitalité est épuisée, ce qui constitue un obstacle sérieux pour l'expérimentation. Mais Marmorek a trouvé un milieu de culture dans lequel le streptocoque peut conserver toute sa virulence. Ce milieu est un *bouillon-sérum*<sup>1</sup>. En voici les différentes compositions classées suivant leur valeur:

a — Bouillon, 1 partie; sérum du sang humain, 2 parties.

b — Bouillon, 2 parties; sérum de l'ascite ou de la pleurésie, 2 parties.

c — Bouillon, 1 partie; sérum d'âne, 1 partie.

Dans le bouillon-sérum, la culture du streptocoque n'exalte pas sa virulence, mais cette virulence est conservée intacte,

1. *Annales de l'Inst. Pasteur*, juillet 1895.

à tous ses degrés, différence capitale avec les autres milieux de culture dans lesquels la virulence du streptocoque s'affaiblissait rapidement. Le bouillon-sérum est tellement favorable à la culture du streptocoque, que des cultures vieilles et paraissant mortes si on les enseme dans du bouillon ordinaire ou sur la gélose, recouvrent leur vitalité si on les enseme dans du bouillon-sérum. Nous verrons plus loin, au sujet du traitement de l'érysipèle par injections de sérum, comment toutes ces notions ont été utilisées.

*Expérimentation.* — Pour expérimenter le streptocoque, le lapin est l'animal de choix. Si on inocule sous la peau de l'oreille d'un lapin une culture de streptocoque provenant d'un érysipèle, on voit apparaître un ou deux jours après un érysipèle tout à fait semblable à l'érysipèle humain. L'oreille rougit et se tuméfie, elle devient chaude et, dans les phlyctènes qui ne sont pas rares, on trouve des chaînettes de streptocoques. Le lapin est somnolent, abattu, sa température atteint 40 degrés et la mort peut survenir avant que la plaque érysipélateuse ait abouti à la desquamation.

Parfois l'inoculation intraveineuse du streptocoque érysipélateux atténué provoque à la longue, chez le lapin, des myélites infectieuses avec paralysies<sup>1</sup>, dans 6 pour 100 des cas environ<sup>2</sup>, eschares, contractures, atrophies musculaires<sup>3</sup>, troubles des réservoirs, convulsions. La moelle présente des lésions de myélite diffuse de l'axe gris avec lésions dégénératives des cordons blancs<sup>4</sup>. On peut remonter la virulence du streptocoque par injection intraveineuse de ce microbe en séries et à doses massives faite à des lapins (Chantemesse et Widal).

*Streptococcie.* — Je n'ai eu en vue, jusqu'ici, que le streptocoque de l'érysipèle, mais les notions que je viens d'établir sont applicables à tous les streptocoques, quelles

1. Bourges. *Arch. de méd. expérim.*, 1895, p. 227.

2. Widal et Besançon. Myélites infectieuses expérimentales à streptocoques. *Soc. méd. des hôp.*, 1895, 18 janvier.

3. Roger. *Académie des sciences*, 1891, 26 octobre.

4. Widal et Besançon. *Soc. méd. des hôp.*, 1895, p. 58.

que soient leur provenance et leur origine. On a cru pendant longtemps, et quelques auteurs supposent encore, qu'il y a lieu de séparer les streptocoques en différentes espèces. Ainsi, pour citer des exemples, on avait admis primitivement que le streptocoque de l'érysipèle (*Streptococcus erysipelatis*) peut seul produire l'érysipèle et que les streptocoques pyogènes (*streptococcus pyogenes*) peuvent seuls produire du pus; mais le streptocoque de l'érysipèle peut engendrer du pus et le streptocoque du pus peut engendrer l'érysipèle.

On avait tenté également une classification basée sur l'aspect morphologique des streptocoques: streptocoque à courtes chaînettes (*brevis*), streptocoque à longues chaînettes (*longus*), streptocoque en amas (*conglomeratus*).

En réalité les différents streptocoques ne forment qu'une seule espèce, en voici la preuve: Nous portons sur nous des streptocoques, vulgaires saprophytes de la peau, qui sont absolument inoffensifs dans les conditions habituelles de l'existence, mais il suffit de la moindre négligence contre l'asepsie cutanée, au cours d'une opération, il suffit parfois de la moindre blessure, de la moindre égratignure, pour permettre à ces streptocoques inoffensifs de pénétrer dans l'économie où ils trouvent un milieu de culture si favorable, que leur virulence exaltée peut se traduire par l'érysipèle, par l'infection purulente, par une terrible streptococcie. C'est pourtant le même streptocoque malgré la diversité des lésions.

Nous portons dans les cavités nasale et buccale, dans la salive, à titre d'hôtes inoffensifs, des streptocoques dénués de toute virulence; il semblerait vraiment qu'il s'agisse là d'une espèce particulière; mais que la virulence de ces streptocoques vienne à être exaltée pathologiquement, ou expérimentalement, et ces streptocoques, primitivement inoffensifs, vont acquérir toutes les propriétés pathogènes des streptocoques les plus virulents; ils pourront produire chez les animaux, ainsi que l'ont vu Widal et Besançon, l'érysipèle, la suppuration, la septicémie, l'endocardite végétante.

Les expériences de Widal sont fort concluantes : le même microbe en transformant sa virulence peut produire tantôt la suppuration, tantôt la plaque érysipélateuse ; si l'on fait passer chez le lapin le streptocoque retiré du pus, la virulence en est exaltée, le microbe perd ses propriétés pyogènes et il devient apte à produire l'érysipèle<sup>1</sup>. Tout cela prouve bien que le même agent peut déterminer l'érysipèle et la suppuration. Ce fait éclaire la pathogénie de certains érysipèles phlegmoneux ainsi que la coïncidence et la contagion réciproques de l'érysipèle et de l'infection puerpérale observées dans certaines épidémies.

En résumé, tous les streptocoques d'origine humaine peuvent être ramenés au même type. Ils peuvent momentanément s'écarter de ce type, suivant le terrain et suivant le milieu dans lequel ils évoluent, mais ils retrouvent à un moment donné leurs aptitudes spéciales et ils créent suivant le cas, « la plaque de l'érysipèle, la lymphangite, le pus de l'abcès, le caillot de la phlegmatia, les dégénérescences cellulaires les plus diverses, les hémorragies, la fausse membrane de certaines angines » (Widal).

En s'adaptant à des genres de vie différents, le streptocoque se modifie dans sa virulence et dans quelques-uns de ses caractères biologiques. Des races nouvelles de streptocoque peuvent se créer ainsi à notre insu, dans la nature ou en nous-mêmes, mais sa modification n'est jamais assez complète pour aboutir à un transformisme véritable (Widal).

Dans le présent chapitre, nous n'avons à nous occuper que de l'érysipèle.

**Description.** — L'érysipèle de la face s'annonce habituellement par des symptômes d'invasion, frissons, malaise, courbature, céphalalgie, nausées, vomissements, fièvre à 39 ou 40 degrés. Ces symptômes peuvent précéder de quelques heures, d'un jour ou deux, l'apparition de la plaque

1. F. Widal. *Étude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle*. Th. de Paris, 1889.

érysipélateuse, ce qui avait fait comparer l'érysipèle à une fièvre éruptive (Borsieri). Parfois même un engorgement douloureux des ganglions sous-maxillaires (qui anatomiquement est secondaire) devance l'érysipèle.

L'érysipèle apparaît sous forme d'une plaque rouge et sensible<sup>1</sup>. L'orifice des narines, l'angle de l'œil, le pavillon de l'oreille en sont habituellement le point de départ. Du reste, si la peau du visage ou du cuir chevelu présente quelque excoriation (eczéma, herpès), c'est habituellement au niveau de la partie excoriée que débute l'érysipèle. La plaque érysipélateuse devient bientôt rouge foncé, luisante, douloureuse, la peau est brûlante, tendue, saillante, sèche, parcheminée. La rougeur ne disparaît pas complètement par la pression comme dans l'érythème. La plaque prise entre les doigts ne se laisse pas plisser, elle résiste, elle donne une sensation d'épaisseur qui est due à l'envahissement du derme et du tissu sous-jacent.

La plaque érysipélateuse s'étale irrégulièrement. Sur sa limite envahissante, elle présente un *bourrelet saillant*, un relief, qui tranche nettement sur les parties saines. Quand le bourrelet saillant disparaît, on peut dire que l'érysipèle touche à son terme. Suivant le cas, l'érysipèle marche plus ou moins rapidement. Quand il débute par la racine du nez, il s'étend symétriquement aux joues comme une paire de lunettes. En progressant, l'érysipèle s'éteint sur les parties primitivement envahies. Il peut se limiter à une partie de la face ou gagner tout le visage, qui devient alors méconnaissable. Les paupières rouges et œdématisées recouvrent l'œil, les narines gonflées et déformées sont presque bouchées, les joues sont tuméfiées, les oreilles sont rouges, luisantes et doublées de volume ; le visage ainsi déformé rappelle la figure de certains magots chinois (Raynaud). Le front, le crâne, la nuque, le cou sont parfois envahis. Au cuir chevelu, la teinte érysipélateuse est moins foncée qu'au visage, mais la douleur y est plus vive.

1. Roger. Étude clinique de l'érysipèle. *Revue de méd.*, mars 1896.

Dans quelques cas l'épiderme du visage est soulevé par une sérosité qui se collecte sous forme de vésicules, de bulles, de *phlyctènes*; parfois le liquide des phlyctènes devient louche, purulent, hémorragique. Le pus se collecte sous forme d'abcès. Après leur rupture, bulles et phlyctènes se recouvrent de croûtes jaunâtres et épaisses. A la suite de l'érysipèle, la peau se desquame en plaques. La chute des cheveux est habituelle dans l'érysipèle du cuir chevelu; elle n'aboutit pas à la calvitie, mais la chevelure subit parfois une grave atteinte. La chute des sourcils peut être définitive.

La maladie a une durée moyenne de six à dix jours. La fièvre est violente le soir avec rémission matinale plus ou moins accentuée, tantôt elle diminue graduellement, tantôt elle tombe brusquement en une nuit. Dans quelques cas, l'érysipèle qu'on croyait terminé se ravive, la fièvre se rallume, et la maladie dure quinze à vingt jours.

Aux désordres gastriques des premiers jours succède un état saburral des voies digestives avec anorexie et constipation, les urines sont rares et albumineuses, la céphalalgie est violente, et les symptômes nerveux, l'agitation, le *délire*, surtout quand le cuir chevelu est atteint, prennent parfois une notable intensité.

**Érysipèle des muqueuses.** — Habituellement l'érysipèle reste localisé à la peau de la face; mais dans d'autres circonstances il atteint les *muqueuses* soit *avant*, soit *après* la face. Étudions ces différentes localisations sur les muqueuses :

*Angine et stomatite.* — La bouche est rarement envahie, ou du moins elle n'est qu'effleurée par l'érysipèle, tandis que le pharynx est une des localisations les plus fréquentes de la maladie. L'érysipèle du *pharynx*, ou mieux de la *gorge* (Laségue<sup>1</sup>), est caractérisé par une rougeur pourprée, luisante, et par une angine violente; il est parfois accompagné de phlyctènes, de gangrène et d'abcès rétro-pharyn-

1. *Traité des angines*, p. 142.

gien. Il peut se propager à la face en suivant différents trajets : par la muqueuse buccale, par les fosses nasales et par les conduits lacrymaux (Peter<sup>1</sup>).

*Voies respiratoires.* — Les *fosses nasales* sont souvent le siège initial de l'érysipèle; ce coryza érysipélateux est fort douloureux, accompagné de fièvre violente et d'adénopathie cervicale. Parfois la rhinite érysipélateuse s'étend jusqu'à la caisse du tympan (surdité), gagne les cellules mastoïdiennes et les méninges.

Le *larynx* est envahi secondairement par l'érysipèle, on a signalé néanmoins une laryngite érysipélateuse primitive<sup>2</sup>. Un boursoufflement intense de la muqueuse glosso-épiglottique, aryéno-épiglottique, un œdème plus ou moins rapide, des troubles dyspnéiques plus ou moins intenses, tels sont les symptômes habituels de ces localisations laryngées.

La *broncho-pneumonie* érysipélateuse est bien connue depuis l'observation de Straus<sup>3</sup> : le malade avait un érysipèle bénin de la face; la fièvre tombe, mais voilà qu'en même temps se déclare un point de côté à droite; on constate alors une pharyngite érysipélateuse et une pneumonie de la base droite; la pneumonie envahit le poumon dans toute sa hauteur, on observe de l'albuminurie, du subictère, des épistaxis, et le malade succombe. J'ai observé un cas analogue chez un ouvrier qui fut pris de pneumonie au déclin de son érysipèle de la face. Dans le cas de Straus, l'autopsie démontra que l'érysipèle avait suivi la trachée, les bronches et le poumon; histologiquement, l'exsudat pneumonique était formé uniquement de leucocytes sans fibrine. Rendu a rapporté un cas analogue : l'érysipèle de la face, fort bénin du reste, avait débuté par l'angle de l'œil<sup>4</sup>.

Dans le cas de Mosny<sup>5</sup>, l'érysipèle pulmonaire était pri-

1. Peter. Art. ANGINE. *Dict. encycl. des sc. méd.*

2. Massei. *Congrès de Berlin*, août 1890.

3. Straus. *Revue de méd.*, 1879.

4. Rendu. *Soc. méd. des hôp.*, 9 décembre 1892.

5. Mosny. *Arch. de méd. expér.*, 1890.

mitif; une domestique, en soignant son maître atteint d'érysipèle, gagne une broncho-pneumonie qui la tue; l'examen bactériologique fit reconnaître l'existence du streptocoque.

**Complications.** — *Néphrite.* — L'albuminurie est très fréquente dans le cours de l'érysipèle de la face; habituellement cette albuminurie avec cylindres et parfois avec streptocoques est le seul témoin de la lésion rénale, mais dans d'autres circonstances les œdèmes et des symptômes d'urémie aiguë se joignent à l'albuminurie. La néphrite érysipélateuse guérit, mais le rein adultéré peut à un moment donné fournir un appoint au développement du mal de Bright.

Les *manifestations articulaires* sont assez rarement associées à l'érysipèle de la face; il s'agit en tout cas de pseudo-rhumatisme infectieux à forme légère; on a constaté néanmoins des synovites des gaines tendineuses du poignet (Quinquaud) et des arthrites suppurées (Aubrée).

La *péricardite* est fort rare; dans deux cas où il y avait épanchement, on a constaté des chaînettes de streptocoque (Denucé).

L'*endocardite* est plus fréquente<sup>1</sup>; habituellement très bénigne et passagère, elle revêt parfois des allures d'endocardite infectieuse, végétante, maligne, elle peut provoquer des embolies, l'aphasie et la gangrène<sup>2</sup>.

Des streptocoques ont été constatés dans les végétations de l'endocarde (Achalme). Cette endocardite a pu être reproduite expérimentalement: chez un lapin qui avait été inoculé à l'oreille avec du streptocoque, un érysipèle se déclare; l'érysipèle guérit mais l'animal succombe à une endocardite; à l'autopsie on trouve sur la valvule mitrale une grosse végétation contenant du streptocoque à l'état de pureté<sup>3</sup>.

1. Jaccoud. *Gaz. heb.*, 1875. — Sevestre. Th. de Paris, 1874.

2. Schmidt. Gangrène de la jambe, consécutive à un érysipèle de la face. *Gaz. heb.*, 11 juillet 1891.

3. Vidal et Besançon. *Soc. méd. des hôp.*, avril 1894.

La *pleurésie* est exceptionnelle; elle existait deux fois chez deux des six malades qui furent inoculés par Fehleisen.

L'*œil* est parfois atteint par l'érysipèle: conjonctivite, chémosis, kératite, iritis, suppuration des paupières, phlegmon de l'œil, reliquat d'ectropion, atrophie de la papille consécutive à une oblitération de l'artère centrale de la rétine, telles sont les complications qui ont été observées.

L'*oreille* peut également subir les atteintes de l'érysipèle, qui détermine un catarrhe purulent de la caisse du tympan.

La *méningite* est extrêmement rare; dans trois cas signalés par Roger l'exsudat méningé fibrino-purulent contenait du pneumocoque avec ou sans streptocoque. Le *délire* des érysipélateux est donc rarement le fait d'une méningite, il est dû sans doute aux toxines streptococciques ou à l'alcoolisme.

**Pronostic.** — Dans la très grande majorité des cas, l'érysipèle de la face est une maladie fort bénigne, les troubles nerveux et le délire n'ont rien d'inquiétant et la guérison est la règle. Souvent même, dans un tiers des cas environ, l'érysipèle est extrêmement léger et bénin; cette forme a été dénommée: érysipèle atténué primitif<sup>1</sup>.

Mais dans quelques circonstances l'érysipèle peut acquérir une extrême gravité: ainsi l'érysipèle de la face peut devenir *ambulant*, il gagne le tronc, les membres, et détermine l'affaiblissement et l'infection du sujet.

Il ne faut pas oublier que l'érysipèle de la face peut atteindre le pharynx, le larynx, les bronches, le poumon, et provoquer la laryngite érysipélateuse, la bronchite et la pneumonie érysipélateuse, accidents terribles qui justifient l'assertion de Cornil: l'érysipèle qui rentre est plus grave que l'érysipèle qui sort<sup>2</sup>.

Les érysipèles qui surviennent chez les cachectiques,

1. Juhel Rénoy et Bolognesi. *Arch. gén. de méd.*, juillet 1895.

2. Érysipèle du pharynx. *Arch. ae méd.*, 1862.

brightiques, diabétiques, alcooliques, pneumoniques, diphthériques, dothiéntériques, sont d'un pronostic souvent funeste étant donné le terrain sur lequel ils se développent. J'en dirai autant des érysipèles contractés dans un milieu puerpéral ou chirurgical.

L'infection streptococcique peut revêtir alors une telle intensité qu'elle trahit sa malignité, soit par sa tendance à faire des suppurations diffuses, des phlegmons gangréneux, soit par un état typhoïde et par des allures ataxo-adiynamiques. Sécheresse de la langue, accélération du pouls, prostration du sujet, délire plus ou moins violent, rétention ou incontinence d'urine, tels sont les symptômes de ces érysipèles infectieux. Ces cas-là sont *fort contagieux*; ils peuvent devenir l'origine de foyers épidémiques. Trousseau, avec sa merveilleuse sagacité, devançant les explications qui nous sont actuellement données par les études bactériologiques, avait parfaitement mis en lumière la pathogénie de ces érysipèles malins. « Au commencement de 1861, alors que sévissait sur presque tous les asiles destinés aux femmes en couches une épidémie terrible de *fièvre puerpérale*, les érysipèles du visage, ordinairement si peu graves, prenaient assez souvent une tournure fâcheuse<sup>1</sup>. » Cette malignité de l'érysipèle est également fréquente, quand la contagiosité a pour origine un érysipèle traumatique ou *chirurgical*. Actuellement, avec les admirables progrès de la chirurgie antiseptique, on ne voit pour ainsi dire plus l'érysipèle chirurgical, mais si l'on se reporte à une époque antérieure, bon nombre d'étudiants en médecine ont payé un lourd tribut à l'érysipèle de la face contracté dans les services de chirurgie; ainsi sont morts Regnier et Cruteau, ayant contracté leur érysipèle dans les services de Nélaton et de Voillemier, et L..., externe des hôpitaux, ayant contracté son érysipèle dans le service de Guérin.

L'érysipèle, dans quelques cas bien exceptionnels, a paru être une heureuse complication pouvant déterminer la gué-

1. Trousseau. *Clin. de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 184.

raison de maladies chroniques de la peau; ainsi l'érysipèle survenant dans un cas de scrofulide tuberculeuse, de lupus ulcéreux, a pu amener une heureuse modification de ces plaies, et même leur guérison<sup>1</sup>. L'injection de toxines streptococciques a sensiblement amélioré l'état local du lupus (Hallopeau et Roger<sup>2</sup>).

Au sujet du pronostic de l'érysipèle, la *formule hémoleucocytaire* (Chantemesse et Rey) donne des résultats importants. Dans les cas graves, on note l'élévation du chiffre de la leucocytose totale, qui dépasse toujours 12000 globules blancs par millimètre cube, et l'excessive proportion des leucocytes polynucléaires, qui atteint et dépasse 92 pour 100. « La richesse de la leucocytose, et surtout de la polynucléose, est en rapport étroit avec la gravité de la maladie<sup>3</sup> ». Par contre, on peut tirer un pronostic favorable de la formation de nombreux abcès : sur 6000 cas d'érysipèle, Chantemesse n'a jamais vu la mort survenir chez les érysipélateux ayant des abcès. Dans une centaine de cas avec abcès spontanés ou abcès consécutifs à l'emploi du sérum de Marmorek, la guérison a été la règle : sur 500 décès observés par Chantemesse, la mort n'est pas survenue du fait de suppurations. Les abcès sont donc un indice de guérison, on pourrait les comparer aux abcès de fixation, ils jouent le rôle des abcès curateurs que Trousseau avait si bien vus et si bien décrits dans l'érysipèle des nouveau-nés.

**Diagnostic.** — Qu'un individu présente en une région de la face une plaque rouge et tuméfiée, l'idée d'un érysipèle se présente aussitôt à l'esprit. Il ne manque pas de circonstances dans lesquelles la face prend les apparences grossières de l'érysipèle : érythèmes provoqués par des applications d'eau phéniquée, d'eau sédative, par des émanations d'emplâtre de thapsia; fluxion dentaire, conjonctive, dacryocystite, furoncle de la lèvre et du nez, urticaire, impé-

1. Raynaud. *Art. ÉRYSIPELE. Dict. de méd. et de chir.*

2. Hallopeau et Roger. *Presse médicale*, 1896, p. 169.

3. Chantemesse et Rey. La formule hémoleucocytaire de l'érysipèle *Presse médicale*, 1<sup>er</sup> juillet 1899.

tigo, voilà autant de conditions dans lesquelles telle ou telle partie de la face, par sa rougeur, par sa tuméfaction, pourra simuler l'érysipèle.

Mais le *diagnostic* repose sur les signes suivants : l'érysipèle débute par une période fébrile; de plus la plaque érysipélateuse a des caractères spéciaux; elle est luisante, douloureuse, épaisse, elle est rouge sans intervalle de peau saine; cette rougeur ne disparaît pas complètement à la pression comme la rougeur des érythèmes, et enfin, caractère essentiel, la limite de la plaque érysipélateuse avec la peau saine est marquée, dans sa partie envahissante, par un *bourrelet saillant* qu'on ne retrouve pas dans les érythèmes. Enfin le streptocoque en est l'agent pathogène.

L'*eczéma rubrum*, eczéma aigu, qui est accompagné de gonflement et de rougeur de la face, ressemble au premier abord à l'érysipèle, mais la maladie, au lieu de suivre une marche progressivement extensive, envahit d'emblée presque toute la face; la rougeur se confond insensiblement avec les parties saines; on découvre presque toujours quelques petites vésicules qui sont le siège de vives démangeaisons, la fièvre est nulle ou très modérée (Hardy).

**Étiologie.** — L'érysipèle est *contagieux* et *épidémique*. Tout streptocoque possédant une virulence spéciale peut déterminer l'érysipèle d'autant plus sûrement qu'il évolue sur un terrain favorable à son développement. Par conséquent, il n'y a pas que l'érysipèle qui puisse donner l'érysipèle. Un érysipèle peut encore prendre naissance au contact de l'infection puerpérale, au contact de certaines lymphangites et collections purulentes. Les doigts, les linges, les objets de toute sorte peuvent servir de véhicule au streptocoque pathogène. Celui-ci pénètre d'autant plus facilement que la peau est le siège d'éraillure, de fissure, d'écorchure. Les squames de l'érysipèle ne sont pas virulentes (Achalme<sup>1</sup>).

La vieille dénomination d'érysipèle médical ou *spontané* doit être conservée, car l'érysipèle comme bon nombre de

1. Achalme. Th. de Paris, 1892.

maladies infectieuses peut naître *spontanément*. Je m'explique : nous portons en nous, dans les cavités buccale et nasale, dans la salive, sur la peau, des streptocoques dénués de virulence. Mais sous l'influence de causes dont les unes nous sont connues et dont les autres nous échappent, ces microbes inoffensifs peuvent acquérir une virulence qui les rend pathogènes, l'expérience l'a démontré.

De plus, notre économie, nos phagocytes, nos cellules, ne sont pas toujours en état suffisant de défense contre le microbe ennemi. Par conséquent, d'une part, l'exaltation de la virulence d'un agent physiologique inoffensif et, d'autre part, la déchéance ou l'insuffisance de la défense (surmenage, diabète, brightisme, menstruation, etc.) sont des facteurs qui expliquent le développement de l'érysipèle dit spontané.

Une explication analogue est applicable à bon nombre de maladies infectieuses, à la fièvre typhoïde, à la pneumonie, et peut-être à la diphthérie. La spontanéité morbide rajeunie renaît donc de ses cendres et après une éclipse momentanée elle continuera à occuper sa place dans la pathogénie des maladies.

Non seulement l'érysipèle ne confère pas l'immunité, mais les récidives sont fréquentes. « La persistance dans les tissus du micro-organisme de l'érysipèle est tout aussi nette que celle que l'on rencontre dans les anciennes cultures, et son sévère à un certain moment dans l'organisme où il est fixé permettait d'interpréter la pathogénie des érysipèles périodiques. » (Leroy.) La menstruation, la puerpéralité, facilitent le retour des érysipèles (érysipèle à répétition<sup>1</sup>). Expérimentalement, la paralysie vaso-motrice favorise l'arrivée rapide des phagocytes et s'oppose au développement de l'érysipèle, tandis que la section des nerfs sensitifs favorise l'infection<sup>2</sup>.

**Anatomie pathologique**<sup>3</sup>. — Sur la peau érysipélateuse

1. Cachera. *Érysipèle à répétition*. Th. de Paris, 1891.

2. Roger. *Soc. de biol.*, 1890, p. 222 et 264.

3. Renaut. *Érysipèle et œdèmes de la peau*. Th. de Paris, 1874.