Il ne s'accompagne ni d'altération de la santé, ni de troubles de la sensibilité, mais s'associe souvent à un état mental particulier, caractérisé par l'instabilité des idées, des sentiments et des tendances impulsives. Dans quelques cas, il y a *écholalie*, répétition du mot entendu, ou *coprolalie*, émissions d'expressions ordurières ; c'est la maladie de GILLES DE LA TOURETTE.

2° **Étiologie**. — Elle est celle de toutes les névroses : neuro-arthritisme, hérédité similaire ou de transformation, imitation, causes occasionnelles variables.

3° **Diagnostic**. — Le tic sera distingué de la chorée simple, électrique, des crampes fonctionnelles, du tic douloureux.

4° **Pronostic**. — Le tic est une véritable tare nerveuse, mais moins tenace chez l'enfant que chez l'adolescent ou l'adulte.

5° **Traitement**. — On appliquera l'hygiène habituelle des névropathes, l'hydrothérapie, et on aura surtout recours à une gymnastique méthodique. Le but poursuivi est de créer dans le cerveau de l'enfant l'image du mouvement rythmique.

La méthode de BRISSAUD (immobilisation des mouvements et mouvements d'immobilisation) consiste à agir par l'exercice sur les muscles atteints de tic. Dans le tic des paupières, par exemple, on commande à l'enfant d'ouvrir et de fermer lentement et alternativement les yeux, puis de les tenir un moment ouverts ou fermés, sans bouger. On fait ainsi, plusieurs fois par jour, des séances de cinq à dix minutes.

Dans la méthode de PITRES, ce ne sont pas seulement les centres correspondants aux muscles excités qu'on cherche à éduquer, mais toute la région psychomotrice. L'image du rythme est suggérée à l'enfant par des mouvements rythmiques d'inspiration et d'expiration que l'enfant accomplit en se tenant immobile contre un mur, par des exercices de récitation, de chant, de mouvements d'abaissement et d'élévation des membres.

LIVRE IX

MALADIES DE LA PEAU

Nous limiterons l'étude des maladies de la peau à la première enfance, laissant de côté toutes les dermatoses, qui sont du ressort de la spécialité, même quand elles débutent dans l'enfance, ou ne faisant qu'une brève mention de quelques-unes d'entre elles quand le jeune âge leur imprime des particularités dignes d'être relevées. Il faut faire une distinction radicale entre la peau du nourrisson et celle de l'enfant grandet. Le nourrisson d'une façon générale se caractérise par l'insuffisante protection de ses barrières épithéliales. De même que la gastro-entérite du bébé, que ses bronchites et ses broncho-pneumonies atteignent, en comparaison de ce qu'on observe dans la seconde enfance, un haut degré de fréquence et de gravité qui ont amené naturellement les auteurs à leur accorder une description particulière, de même les téguments du nourrisson présentent une vulnérabilité qui crée pour eux une prédisposition puissante à contracter toute une série d'affections, de nature habituellement infectieuse, qu'on retrouve de moins en moins à mesure qu'on s'éloigne de la naissance. Il suffit de comparer deux salles affectées à des nourrissons malades ou à des enfants grandets. Chez les premiers, on notera couramment nombre de manifestations érythémateuses, ulcéreuses, pyodermiques, qui deviennent l'exception chez les seconds; et on est parfaitement autorisé, pour la peau comme pour l'intestin, à considérer d'une façon séparée, la première et la seconde enfance.

La peau du nourrisson est revêtue d'un épiderme corné, mince, fragile, pauvre en enduit sébacé. La défense est mal assurée à la surface. Dans la profondeur, la protection des tissus n'est pas comparable à celle des autres âges. Aussi est-elle presque fatalement, dans les collectivités d'enfants malades,

la proie des germes répandus dans l'atmosphère, dans les poussières, dans le linge, ou propagées par les mains des infirmiers et des médecins.

La susceptibilité des téguments chez le nourrisson ne s'exerce pas que vis-à-vis des causes d'agression d'origine externe. Tous les poisons, qu'ils proviennent d'infections ou de fermentations gastro-intestinales, qu'ils relèvent d'une dyscrasie constitutionnelle, d'anomalies dans les mutations chimiques des éléments organiques, anomalies qui se rattachent à l'hérédité, sont capables, lorsqu'ils s'éliminent par la peau, de signaler leur passage par des lésions irritatives. Elles n'appartiennent pas en propre à la première enfance, mais elles revêtent à cet âge un caractère de fréquence, d'intensité, de diffusion qui leur constitue en fait une place à part dans l'étude des dermatoses.

Nous distinguerons des affections cutanées d'*origine exogène* et *endogène*. Dans le premier groupe nous décrirons des maladies *infectieuses* et *parasitaires*. Le genre toxi-infectieux comprendra les *érythèmes*, les affections pustuleuses, *impetigo ecthyma*, les *abcès multiples de la peau*, les *gangrènes disséminées de la peau*; le genre parasitaire comprendra l'étude de la *gale* et de la *phtiriase*.

Les affections cutanées d'origine endogène forment un genre, dont nous ne décrirons que les espèces suivantes : *séborrhée*, *urticaire*, *urticaire pigmentée*, *strophulus*, *prurigo d'Hebra*, *eczéma*, *pemphigus*, *dermatite herpétiforme*.

Dans le cours des descriptions particulières, nous aurons souvent l'occasion de faire le diagnostic si important au point de vue prophylactique et thérapeutique, entre les maladies cutanées d'origine exogène ou endogène. Pour ne pas nous exposer à des redites, nous allons décrire les caractères généraux des unes et des autres.

Les manifestations d'origine exogène débutent par des lieux d'élection qui varient pour chacune d'elles, mais qui sont commandées par des conditions locales ayant pour effet de diminuer la résistance et la vitalité des tissus. C'est ainsi que les érythèmes feront leur invasion au niveau des fesses, de la région périanale, soumises au contact des matières fécales, des urines;

de l'occiput et du talon, parties exposées à des pressions mécaniques ; l'impétigo débute souvent à la face autour des orifices naturels.

L'extension des maladies infectieuses de la peau, se fait soit de proche en proche, en partant des foyers primitifs, soit à distance de ceux-ci par des transports accidentels (mains, linges, etc), mais on reconnaît toujours l'existence d'un ou de plusieurs foyers primitifs, plus développés.

Les foyers secondaires sont en rapport de continuité ou de contiguïté avec les précédents.

Lorsqu'ils se sont formés loin d'eux, on peut toujours observer qu'ils ont paru après coup et que les lésions considérées dans des régions différentes ne sont pas de la même fournée. Au contraire, dans la même région, les différents éléments de l'éruption éclatent simultanément ou se succèdent dans un bref délai par une extension visible et apparente du processus infectieux.

Les lésions progressent de la surface à la profondeur. Les abcès, les pustules d'ecthyma surviennent souvent dans une région qui a déjà été et qui est encore le siège d'un érythème, de productions pustuleuses superficielles, d'ulcérations.

Les lésions d'origine exogène s'associent souvent les unes aux autres, et font de véritables échanges de complications.

Les manifestations cutanées d'origine endogène ont également des lieux d'élection, mais qui obéissent à d'autres lois que ceux des dermites infectieuses. Ce ne sont pas les régions macérées, irritées chimiquement ou mécaniquement, qui fixent l'agent pathogène. L'eczéma occupe souvent la face, dans ses régions latérales, l'aisselle, le pli de l'aine, la face interne des bras : régions à peau fine, à glandes sudoripares nombreuses. Lorsque les dermatoses d'origine endogène se diffusent, c'est parfois d'un jet, leurs éléments occupant simultanément des régions distantes n'ayant entre elles, aucun rapport de continuité, de contiguïté de fonction, de circulation, d'innervation : ainsi du strophulus, de l'urticaire. Lorsque des poussées successives se produisent, elles peuvent renouveler les éléments éruptifs d'une même région, qui présente alors, en contact réciproque, des lésions anciennes et récentes.

Les éruptions d'origine endogène vont de la profondeur à la superficie : la région dermique et la couche de Malpighi paraissent toujours intéressées, pour peu que la lésion soit profonde, en même temps que la couche cornée. Cette démonstration a surtout été faite pour les éruptions infectieuses d'origine endogène. Par exemple, Unna a comparé deux pustules à staphylocoques, l'une d'origine externe se rapportant à l'impétigo, l'autre d'origine interne. Dans la première, les staphylocoques ne se trouvent ni dans la couche de Malpighi, ni dans les vaisseaux sanguins du derme contigu ; l'exsudat de la vésicule est rapidement purulent, la couche de Malpighi est intacte. Dans la seconde, les staphylocoques siègent dans les papilles du derme, dans leurs vaisseaux, dans la couche de Malpighi ; celle-ci est nécrosée, l'exsudat de la pustule est d'abord séreux et ne devient purulent que secondairement.

Les éruptions d'origine endogène se compliquent secondairement de lésions d'origine externe : ces complications sont fréquentes, mais localisées ordinairement à la région atteinte par le processus endogène, dont elles copient le mode d'extension.

Les maladies de peau d'origine exogène et endogène sont souvent mêlées en proportion variable et créent des tableaux complexes d'une interprétation difficile. Il importe cependant de faire leur part réciproque, pour guider leur prophylaxie et leur thérapeutique.

CHAPITRE PREMIER

MALADIES DE LA PEAU D'ORIGINE EXOGÈNE

MALADIES INFECTIEUSES

Les maladies de peau d'origine exogène peuvent être ramenées, si on fait abstraction des maladies parasitaires proprement dites, à des dermites infectieuses, diffuses ou nodulaires, pré-

sentant des évolutions variées, aiguë, subaiguë, chronique, se perpétuant souvent par auto-inoculation, et susceptibles, dans certains cas de provoquer des phénomènes de généralisations viscérales par un véritable processus septicémique. Nous avons déjà énuméré les différentes espèces qu'elles ont permis de grouper.

ARTICLE PREMIER

ÉRYTHÈMES

Les érythèmes sont d'observation fréquente en pathologie infantile. Les uns sont symptomatiques d'infections ou d'intoxications : érythèmes des fièvres, de la diphtérie, érythèmes thérapeutiques ou consécutifs aux injections de sérum, érythèmes liés aux dermatoses. Ils ont été décrits à propos de chaque maladie pathogène. D'autres sont primitifs, mais ne présentent aucune particularité spéciale à l'enfance : érythèmes noueux, polymorphes ; nous les laisserons de côté.

Enfin, il existe chez l'enfant et surtout chez le nouveau-né et le nourrisson, des érythèmes qui leur appartiennent en propre et qui méritent une brève description.

Les érythèmes des nourrissons sont constitués par une rougeur plus ou moins diffuse des téguments sans gonflement appréciable. Ils siègent généralement au niveau des fesses, du périnée, des bourses ou de la vulve, des plis de l'aine, de la racine des cuisses. Ils sont en rapport avec les troubles gastro-intestinaux, avec la diarrhée, mais parfois aussi coïncident avec des selles normales. Ils sont entretenus par l'action irritante de l'urine, et des selles normales ou pathologiques, car il suffit parfois de changer l'enfant plusieurs fois par jour et de le tenir au sec pour modifier le tégument.

L'érythème pelvi-crural se voit surtout chez des enfants chétifs, athrepsiques, mal tenus, mal nourris, souffrant de troubles digestifs. Cependant on l'observe aussi chez des

nourrissons de bonne apparence, et entourés de soins hygiéniques.

Dans les formes moyennes, tout se borne à de la rougeur, les fesses sont embisées[1], suivant l'expression populaire ; pour peu que l'affection dure, il se produit des érosions, tantôt précédées de vésicules, tantôt dues au simple décollement d'un épiderme plus ou moins macéré. Enfin, dans quelques cas, on voit apparaître des papules, disséminées, groupées ou cohérentes, que Parrot attribuait à la syphilis, mais qui ne sont autre chose que le résultat de la prolifération du derme au niveau des érosions. Jacquet qui les a bien étudiées, les désigne sous le nom d'*érythème papuleux post-érosif* ou *syphiloïde post-érosive*, Sevestre sous celui d'*érythème lenticulaire*. Leur similitude est grande avec certaines éruptions syphilitiques. Cependant, leur siège exclusif au niveau des fesses, des ischions, de la région péri-anale, leur association avec un érythème diffus et des érosions simples, la coloration rouge et non cuivrée de toutes ces lésions, l'intégrité des autres régions cutanées et muqueuses rendent le diagnostic facile.

Dans quelques cas, l'érythème pelvi-crural se complique d'ulcérations torpides, siégeant surtout au niveau des points de compression, ischion, ou de macération, périnée, bourse.

On peut trouver d'ailleurs, accidentellement, toutes les lésions d'infection secondaire : pustules, furoncles, ecthyma, abcès sous-cutanés, gangrène.

L'érythème que nous venons de décrire s'observe encore dans d'autres régions : au niveau du *talon* dont la rougeur coïncide souvent avec celle de la région fessière, au niveau de l'*occiput* qui est également un siège de prédilection de la dermite simple et d'où elle rayonne souvent sur la nuque et les parties voisines. Les ulcérations ne sont pas rares au talon ou à l'occiput. En ce dernier point, on voit souvent des pustules ou des abcès.

En été, nous avons observé des érythèmes sur *le devant de la poitrine et du cou*, en même temps qu'une éruption miliaire en

[1] Semblables aux téguments qui ont subi l'action de la bise.

activité ou prête à se dessécher. Cet érythème s'accompagne parfois de pustules, de productions papuleuses, de noyaux suppurés. C'est évidemment la sudation exagérée qui par son action sur les téguments, a joué le rôle de cause occasionnelle de l'érythème et de la pyodermite. L. Perrin a décrit ces faits sous le nom de pyodermites sudorales.

Nous croyons que l'érythème doit être attribué à une infection véritable des téguments, infection atténuée, en surface, mais capable de se compliquer de manifestations plus profondes.

On trouve toujours une cause locale qui favorise soit la multiplication des germes, soit la diminution de résistance des téguments. Au niveau de l'occiput, c'est le cuir chevelu, avec ses sécrétions sébacées, son défaut habituel de propreté, son atmosphère confinée par les cheveux qui ajoutent leurs effets favorisants à ceux de la compression mécanique ; au niveau des fesses c'est la macération et l'irritation chimique ; au niveau du talon, c'est la compression prédominante jointe à une circulation languissante. Il faut tenir grand compte de toutes ces conditions locales, dans la pathogénie de l'érythème ; mais elles ne suffisent pas à l'expliquer tout entier. Certains érythèmes sont tenaces, d'autres récidivent avec une grande facilité, alors qu'aucun phénomène nouveau favorisant (diarrhée, relâchement dans les soins de l'enfant) ne s'est produit. D'autres enfin se montrent chez des enfants bien tenus et bien portants.

La nature infectieuse de ces érythèmes rend parfaitement compte de toutes ces particularités. Certains enfants ont une susceptibilité très grande vis-à-vis des germes pathogènes : de là les érythèmes sans troubles généraux de la santé, sans cause d'irritation locale, de là les érythèmes tenaces ou récidivants. Mais ce sont les cas les moins nombreux. Le plus souvent, il faut une cause favorisante locale, et c'est pour cela que l'érythème a une affinité spéciale pour les régions que nous avons citées, occiput, fesses, talon, dont je synthétise le mode d'action en disant que l'érythème recherche volontiers le bois, le marécage ou le roc.

Le traitement doit viser la cause : éviter la macération ou

l'irritation de la région pelvi-crurale, en changeant souvent les couches de l'enfant et en poudrant abondamment avec une poudre inerte, talc ou carbonate de magnésie. Je ne crois pas que les applications de pommades ou de vaseline soient favorables. Elles entretiennent une certaine humidité qui facilite l'infection. La dessiccation est le prélude de l'asepsie. Je conseille aussi chez les enfants athrepsiques ou atteints de gastro-entérite chronique, menacés d'érythème de placer sous la jambe un coussinet de coton pour éviter la pression du talon ; enfin la tête reposera sur un petit coussin de caoutchouc gonflé d'air et sera surveillée au point de vue de la propreté.

En même temps, on combattra la faiblesse, l'anémie, la dyspepsie par des moyens appropriés.

Quant au traitement direct de l'érythème, je n'en citerai qu'un, c'est le linge stérilisé, que je suis le premier à avoir employé et qui fait merveille : la chemise, les langes, les couches, les camisoles, le bonnet, ont passé à l'étuve et sont complètement désinfectés. Je parlerai d'ailleurs plus longuement de cette méthode à propos des abcès multiples, dont elle constitue également le traitement par excellence. En très peu de jours, les érythèmes disparaissent, ce n'est qu'exceptionnellement qu'on voit s'en produire dans ma crèche où le linge stérilisé est d'un usage systématique pour tous les nourrissons. Quant aux cas d'importation, ils cèdent au bout de quelques jours. Les lésions proliférative et ulcéreuses mettent naturellement plus de temps à se réparer; mais on peut remarquer qu'il ne s'en produit plus de nouvelles. Chez les sujets cachectiques, les ulcères des talons, des fesses peuvent persister; mais toute manifestation symptomatique d'un processus infectieux, telle que la rougeur des téguments voisins, l'apparition de pustules ou de noyaux inflammatoires, cesse de se produire : l'ulcère est froid, atone, et continue à se maintenir, parfois même à creuser davantage, sur des tissus mal nourris, mal irrigués, privés de résistance. Il va de soi que le traitement général et tonique est indiqué dans ces cas ; on conseillera de mettre l'enfant au sein, on combattra directement la diarrhée, on relèvera les forces du malade par des injections de sérum; enfin localement, on

appliquera des poudres stimulantes, telles que la poudre de quinquina.

ARTICLE II

IMPÉTIGO

L'impétigo est une inflammation suppurative de la peau, de forme pustuleuse, contagieuse, inoculable, produite par des germes pyogènes.

1° Étiologie. — Les lésions impétigineuses, ouvrant largement l'épiderme, ont permis de trouver à leur niveau la plupart des agents pyogènes. C'est ainsi qu'on a pu isoler des staphylocoques (Dubreuilh), des streptocoques (Leroux). Les recherches contemporaines ont montré qu'au début, avant toute infection additionnelle, on ne trouvait que du streptocoque, qui est ainsi devenu l'agent pathogène spécifique.

L'impétigo est contagieux. La contagion s'exerce surtout entre enfants, ainsi qu'en témoignent de nombreuses épidémies scolaires et familiales. Elle peut aussi s'étendre aux adultes, et spécialement aux nourrices, aux mères, qui ont des contacts répétés avec l'enfant. La contagion se fait par inoculation, à travers une excoriation de la peau ou des muqueuses superficielles, par contact, par l'intermédiaire d'objets souillés, mouchoirs, linges. L'inoculation démontrée par Vidal, a été confirmée de tous côtés. Elle est la cause de l'extension de la maladie chez le sujet lui-même qui s'infecte, soit par l'écoulement de ses sécrétions, soit par grattage, soit par le transport accidentel de la matière virulente.

L'infection impétigineuse s'opère avec d'autant plus de facilité, que la peau est plus fine et diminuée dans ses moyens de résistance. Aussi se montre-t-elle plus volontiers chez les enfants, au visage, autour des orifices des muqueuses, ou sur les régions préalablement décapées par une rougeole, une scarlatine, un érythème infectieux, ou plus franchement lésées par un traumatisme, une varicelle, un eczéma.

L'impétigo complique parfois la vaccine, et au même titre. Le

lymphatisme prédispose à l'impétigo et lui imprime une marche spéciale.

2° Symptômes[1]. — L'impétigo débute par une zone rougeâtre légèrement prurigineuse, sur laquelle on voit se développer rapidement une pustule dont les dimensions varient de celles d'un grain de chènevis à celles d'une lentille. Au bout de deux ou trois jours, la pustule se rompt et laisse exsuder une sérosité qui se concrète et forme des croûtes épaisses, jaunes, molles, mélicériques. Ces croûtes s'accroissent et atteignent parfois plusieurs millimètres d'épaisseur; en même temps leur couleur s'altère par le mélange de poussières et de sang provenant des excoriations, elle devient grisâtre et brune. Lorsqu'on fait tomber la croûte de bonne heure, on découvre une surface ulcérée, qui présente un suintement purulent, et peu à peu la croûte se reforme. Si on attend un temps suffisant, l'érosion se répare sous la croûte, et au bout de deux à quatre semaines, la croûte tombe, laissant à découvert un épiderme lisse, mince, rouge, qui desquame légèrement et reprend peu à peu ses caractères normaux, sans laisser de cicatrice. La pustule impétigineuse est située en effet, dans les couches superficielles de l'épiderme, et ne plonge jamais dans le corps muqueux de Malpighi.

Elle tend à la guérison spontanée, qui s'effectue en quelques semaines, les germes pathogènes de l'affection s'atténuant progressivement, aussi l'inoculation de pustules jeunes a-t-elle plus de chances de succès que celles des éléments déjà anciens.

L'impétigo siège sur la face, sur le cuir chevelu, sur les membres, exceptionnellement sur le tronc. Il est primitif ou succède à une lésion antérieure. Dans sa forme primitive, il débute autour du nez, de la bouche, pour se répandre sur les joues, la partie postérieure de l'oreille, le front, le cuir chevelu. Il forme des plaques plus ou moins irrégulières, dues à la confluence des pustules et des croûtes, mais distinctes les unes des autres (*impetigo figurata*). Dans sa forme secondaire, il se localise au niveau de la région atteinte, c'est ainsi que dans l'eczéma impétiginé, il se montre d'abord sur les parties latérales du visage, joues, tempes, suivant ainsi la voie tracée par l'eczéma. Lorsqu'il se fixe sur le cuir chevelu, il y est généralement attiré par les excoriations et les irritations cutanées dues aux pediculi. La sécrétion et les croûtes qui en résultent se dessèchent, englobent les cheveux et figurent sur leur trajet des fragments qui rappellent l'aspect de la terre sèche ou du mortier, c'est l'*impetigo granulata*. Généralement les poux se développent activement au milieu de ces cheveux collés, de ces croûtes, de ces sécrétions purulentes, et en soulevant la croûte d'impétigo, on les voit fourmiller.

[1] Voy. planche VIII, fig. 1.

L'impétigo se développe difficilement sur les parties couvertes. On le voit exceptionnellement sur le tronc, mais parfois sur les extrémités, les avant-bras ou les jambes, où il est transporté par la main de l'enfant. On observe souvent une tourniole qu'on est tenté de considérer comme un impétigo digital.

Il s'étend aussi aux muqueuses : nombre de conjonctivites phlycténulaires ou suppurées ne sont que l'extension d'un impétigo de voisinage ou de la muqueuse nasale.

Le nez est souvent le siège d'ulcérations croûteuses et d'une sécrétion qui inocule la lèvre supérieure, laquelle est bouffie et parsemée de croûtes jaunes[1].

De même certaines ulcérations diphtéroïdes de la muqueuse labiale, gingivale, linguale, doivent être attribuées à l'impétigo (Sevestre et Gastou). La stomatite impétigineuse est vestibulaire, ne se propage ni sur le palais, ni du côté du pharynx. On a signalé encore l'impétigo vulvaire, celui du conduit auditif externe, toutes localisations qui sont dues vraisemblablement à des infections additionnelles, car les recherches microbiologiques y ont décelé habituellement du staphylocoque et non du streptocoque.

L'impétigo a une tendance habituelle à espacer ses groupements éruptifs. Dans quelques cas, que le terrain soit préparé par une altération préalable, comme dans l'eczéma, qu'il s'agisse d'un sujet lymphatique, au sens que nous avons donné à ce mot, dont les téguments atteints d'œdème lymphatique,

[1] Voy. planche VIII, fig. 2.

sont mal nourris et peu résistants, l'impétigo devient confluent.

A la face, il se développe un masque croûteux avec fissures et suintement abondant, qui gêne les jeux de la physionomie, la parole, la mastication (*impetigo larvalis*).

Sur le cuir chevelu, on voit une calotte croûteuse, épaisse, rugueuse avec sécrétions abondantes, fétides ou d'odeur fade, rougeur de la peau, extension aux parties voisines (*plique polonaise*).

L'impétigo est habituellement apyrétique. Cependant, les pustules se développent parfois comme les vésicules de l'herpès, à la suite d'un mouvement fébrile. C'est l'*impetigo aigu*.

Dans les formes légères, chez des sujets bien tenus, l'impetigo dure peu, deux, trois semaines, moins s'il est traité. Son évolution est plus longue, lorsque la prédisposition locale est entretenue par la malpropreté, une dermatose, des parasites, l'état lymphatique. C'est dans ces cas qu'il y a des inoculations successives. Parfois enfin, il semble que la virulence du streptocoque soit très grande et donne à l'impetigo une allure qui rappelle celle d'une maladie éruptive.

Les complications sont communes : au niveau de la pustule d'impetigo, on observe parfois un processus d'ulcération profonde, qui aboutit à une cicatrice : l'infection peut s'étendre au derme, provoquer des abcès sous-cutanés, ce qui se voit surtout au cuir chevelu.

On note encore de la lymphangite, des adénopathies simples, tellement fréquentes qu'elles font presque partie du tableau de l'impétigo, des adénopathies suppurées, des adéno-phlegmons.

La tourniole est souvent observée.

L'impetigo laisse parfois à sa suite une infiltration des tissus de la face qu'on qualifie de scrofule[1], des taches de la cornée, parfois des plaques d'alopécie.

Enfin, il existe dans quelques cas, comme dans toutes les pyodermies des complications viscérales : infection des bronches, broncho-pneumonie, néphrite, suppuration des séreuses, septicémie.

3° Diagnostic. — Le diagnostic de l'impetigo est facile : à

[1] Voy. à ce sujet l'article *Lymphatisme et scrofule*.

la face, l'impétigo se distingue facilement de l'*eczéma*, sauf dans les cas mixtes où il suffit de reconnaître leur présence simultanée. L'eczéma est plus prurigineux et s'accompagne d'un épaississement de la peau qui n'existe pas dans l'impetigo.

Au niveau de la région périlabiale on peut confondre l'impetigo avec un *herpès* à la période de dessiccation. Les croûtes diffèrent, sont plus discrètes, et rappellent la disposition en bouquet des vésicules herpétiques.

Au cuir chevelu, on distinguera l'impetigo du *favus* dont les croûtes jaunes, pulvérulentes, sèches, répandent une odeur de souris.

L'*ecthyma* se différencie par la rougeur, l'épaississement de la peau, la profondeur de l'ulcération, les dimensions, l'épaisseur, la coloration noirâtre de la croûte.

4° Pronostic. — L'impetigo est une affection sans gravité, qui ne peut avoir de conséquences que quand elle n'est pas traitée et qu'on ne prévient pas les infections secondaires.

5° Traitement. — L'impetigo est une infection locale et superficielle qui se prête admirablement à l'antisepsie. Voici comment je procède depuis plusieurs années : le foyer malade est mis à nu ; les pustules sont ouvertes ; les croûtes sont ramollies sous un cataplasme de fécule et détachées ensuite ; sur l'ulcération impétigineuse, je passe un tampon d'ouate imbibé d'une solution de protargol à 10 p. 100, puis je saupoudre largement avec du talc. Il se forme rapidement une croûte blanche par le mélange de la poudre et de la sécrétion venue de l'ulcération. Si la désinfection du foyer a été suffisante, la croûte est abandonnée à elle-même : elle tombe au bout de quelques jours découvrant un épiderme nouveau. Si le premier badigeonnage n'a pas donné ce qu'on en attendait, on s'en aperçoit à ce que au bout de vingt-quatre heures il se forme autour de la croûte une zone érythémateuse et un peu de gonflement. La croûte est détachée, et on fait un badigeonnage soigneux avec une solution de protargol à 15 p. 100. Le troisième badigeonnage se fait à 20 p. 100. Il est rare que nous dépassions ce chiffre. Parfois un badigeonnage suffit. On atteint exceptionnellement le chiffre de

quatre ou cinq badigeonnages. La plupart de nos malades dans les formes moyennes sont guéris en trois ou quatre jours. La méthode est très simple : toute ulcération non infectée a de la tendance à guérir spontanément, à condition qu'elle soit à l'abri de contaminations nouvelles. Le badigeonnage au protargol, atténue ou détruit les germes pathogènes. La poudre constitue un véritable pansement par la formation d'une croûte ; la réparation de l'ulcère est sous-crustacée, elle ne peut avoir lieu qu'autant que l'infection antérieure ait disparu. Aussi faut-il s'y reprendre deux, trois fois avant d'avoir place nette.

J'ai choisi le protargol, parce que son application n'est pas douloureuse ; on pourrait aussi bien utiliser le nitrate d'argent à 3, à 5 p. 100, le chlorure de zinc à 1 p. 20, 1 p. 10. L'acide phénique, le sublimé n'agissent pas aussi vite.

Au reste, toute substance qui gênera le développement du streptocoque, enregistrera des succès. L'application de pommade à l'acide borique, au précipité jaune, d'huile de cade, peut aboutir au même resultat, à condition de faire disparaître au préalable les croûtes.

La méthode que je préconise est cependant plus rapide, plus simple et plus pratique.

En cas d'impetigo étendu, il faut procéder partiellement et attaquer successivement tout le territoire envahi. Je n'ai jamais eu de réaction inflammatoire par le protargol ; s'il en survenait une, on suspendrait la médication et on appliquerait pendant quelques jours un pansement humide à l'eau bouillie ou à l'eau boriquée faible.

Les parties voisines de l'impetigo doivent être protégées contre les inoculations par un pansement sec des parties lésées. Ce pansement, facile au niveau du cuir chevelu, de la nuque, des membres, est mal accepté pour la face. On peut éviter les inoculations par les doigts, en employant des gants, en enveloppant les mains de l'enfant avec une épaisse couche de gaze.

On évitera le contact entre les enfants sains et le sujet atteint d'impetigo. On usera de précautions pour son linge, ses objets de toilette.

Dans l'impetigo prolongé, qui s'accompagne de modifications

de l'état général, on instituera un traitement reconstituant : fer, arsenic, sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue, alimentation tonique, séjour à la campagne.

ARTICLE III

ECTHYMA

L'ecthyma est une pyodermite qui se montre rarement à l'état primitif, mais s'associe le plus habituellement à d'autres manifestations cutanées, qui lui servent de porte d'entrée. C'est ainsi qu'on le voit figurer chez l'enfant à côté de l'eczéma, de l'impetigo, des affections prurigineuses, urticaire, phtiriase, gale, qui suscitent des grattages et des écorchures de la peau. Chez les nouveau-nés et les nourrissons, il se développe volontiers dans la région fessière, crurale, abdominale inférieure, au niveau des érythèmes de macération et d'infection qui coïncident avec les affections gastro-intestinales. La diminution de résistance de la peau est favorisée aussi par toutes les cachexies, par les maladies aiguës débilitantes. On a signalé chez les nourrissons (Fournier, Laskorousky) une forme d'ecthyma térébrant qui se propage avec une grande rapidité et prend l'allure d'une véritable infection indépendante.

L'ecthyma paraît dû à l'invasion du streptocoque (Thibierge et Besançon) qui plus virulent ou plus libre dans son agression, pénètre jusqu'au derme et détermine une lésion plus profonde que celle de l'impetigo. Il est inoculable (Vidal) et se propage par contagion.

L'ecthyma débute par une rougeur du tégument, qui se recouvre d'une large vésico-pustule à fond et à bords rouges, tuméfiés, ce qui la distingue de la pustule d'impetigo, qui repose sur une peau sans réaction. Cette infiltration du fond et des bords explique l'extension habituelle en profondeur et en largeur.

La pustule se rompt et laisse voir une ulcération creusante qui se recouvre d'une croûte épaisse, verdâtre, brunâtre, dont le

contour est souvent dessiné par une collerette purulente. La croûte se détache spontanément ou par le traitement, se reproduit un certain nombre de fois, jusqu'à ce que la virulence du germe pathogène s'atténue. Après une durée variable avec l'état général du sujet et le siège de la lésion, celle-ci se répare, mais en laissant derrière elle une cicatrice persistante plus ou moins pigmentée.

Chez les nouveau-nés atteints de diarrhée, chez les nourrissons cachectiques, l'ulcération atteint parfois de grandes dimensions en profondeur et en étendue.

Chez les enfants plus robustes, chez lesquels l'ecthyma s'associe à une phtiriase ou à un eczéma, son évolution est plus superficielle et son pronostic bénin.

L'*ecthyma térébrant* produit, sans fièvre et sans réaction générale, une série d'ulcérations profondes, nombreuses, confluentes, aboutissant très souvent au phagédénisme, à la gangrène et à la mort.

Dans les cachexies des jeunes sujets, l'ecthyma est une affection grave qui peut provoquer de larges ulcérations, se compliquer de gangrène, de lésions viscérales profondes, de septicémie.

L'ecthyma simple doit être distingué de l'impetigo, des gommes tuberculeuses ulcérées, de l'ecthyma syphilitique.

Le traitement est le même que celui de l'impetigo : désinfection par les cathérétiques : protargol, nitrate d'argent, etc.; poudrage, pansement, linges stérilisés.

En cas d'atonie, ou de tendance gangréneuse, application de compresses de vin aromatique ou de poudres stimulantes : poudre de quinquina, de sous-carbonate de fer.

ARTICLE IV

ABCÈS MULTIPLES DE LA PEAU

Les abcès multiples de la peau constituent une forme clinique particulière des pyodermies, et comme la plupart des manifestations cutanées de l'enfant, relèvent de l'infection.

1° Étiologie. — C'est le staphylocoque doré ou blanc qu'on a retrouvé le plus souvent dans le pus des abcès (Renault), exceptionnellement le streptocoque ou d'autres microorganismes. Ces germes vivent en saprophytes sur la peau (Remlinger) et dans certaines conditions acquièrent une virulence qui leur permet de devenir pathogènes (Escherich [1], Hulot [2], Hutinel, Renault [3]). Parfois aussi les germes virulents sont apportés par un sujet atteint de suppuration, tourniole, furoncle, phlegmon. La galactophorite de la mère ou de la nourrice a pu être incriminée dans quelques cas (Budin, Marfan, Damourette). J'ai vu dans une famille le père atteint d'un furoncle du cou, la mère accouchant à ce moment et prenant un abcès du sein, l'enfant âgé de 15 jours présentant des abcès multiples de la peau.

Fig. 80.
Staphylocoques (d'après J. Courmont).

Il est difficile dans l'appréciation des facteurs qui provoquent les pyodermites, de mesurer la part qui revient à l'augmentation de virulence des germes, semés à l'état physiologique sur les téguments. Leur activité n'est pas douteuse, quand ils proviennent d'un foyer infectieux déjà constitué, soit chez le sujet même, soit chez ses voisins. Dans la plupart des cas, c'est à une contagion qu'on a à faire. J'ai eu pendant deux ans une épidémie d'abcès multiples dans ma crèche. La plupart des enfants étaient pris peu de jours après leur entrée. Cependant on observe de temps à autre un cas d'importation, dont l'origine est difficile à saisir.

Les abcès multiples ne se montrent pas indifféremment chez tous les enfants, même placés dans des conditions semblables.

[1] Escherich, *Münch. med. Woch*, 1886.
[2] Hulot, Th. de Paris, 1895.
[3] Renault, *Arch. de clin. inf.* 1898.