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.

Deux autres facteurs interviennent constamment dans leur développement.

Une altération de l'état général, telle qu'on l'observe dans les dyspepsies gastro-intestinales aiguës ou chroniques, dans l'athrepsie, dans les cachexies tuberculeuse, syphilitique, chez les prématurés, les débiles, à la suite des maladies aiguës ; une modification des téguments qui ouvre la porte à l'infection staphylococcienne : érythème papulo-érosif des fesses, de la nuque, érythèmes sudoraux, impetigo, eczéma, strofulus, prurigo pédiculaire ou scabieux, fièvres éruptives, et en particulier la varicelle. A une certaine période, je voyais mourir d'abcès sous-cutanés consécutifs la plupart des varicelles entrées dans ma crèche.

L'infection de la peau par le staphylocoque est habituellement d'origine exogène. Ce sont des contaminations successives qui s'opèrent de proche en proche sur les téguments ou d'une façon irrégulière, au hasard des transports des microorganismes par les mains et surtout par les linges. Je montrerai à propos de la prophylaxie et du traitement l'importance de ce dernier mode de transmission qui ressort très nettement de ce fait que l'emploi systématique de linges stérilisés arrête la propagation des abcès. Dans des cas exceptionnels, on a pu observer des abcès de la peau coïncidant avec une pyohémie et relevant du même mécanisme que les suppurations viscérales.

**2° Symptômes.** — L'abcès cutané peut siéger dans le *derme* ou dans le *tissu cellulaire sous-cutané*. L'abcès superficiel se traduit par l'apparition d'un petit noyau, enchâssé dans la peau, qui rougit rapidement, s'ouvre au bout de quelques jours, en laissant écouler un pus lié et crémenx. L'abcès profond ne se reconnaît à la vue que par une tache violacée ou rouge du tégument ; la saillie au moins au début, fait défaut. Il faut explorer la peau et rechercher les noyaux de suppuration par la palpation. Leur évolution est plus longue que celle de l'abcès superficiel. Ils mettent parfois des semaines à provoquer l'adhérence, la rougeur, l'amincissement de la peau, prélude de l'ouverture spontanée.



Les abcès superficiels ont le volume d'un pois, d'un haricot, d'une noisette, les abcès profonds atteignent parfois ceux d'une noix, d'une prune, d'un œuf.

Le siège de prédilection des abcès varie avec l'âge et les conditions générales du sujet. Chez le jeune nourrisson, les abcès multiples suivent les mêmes voies d'invasion que les érythèmes, occiput, région pelvi-crurale, talon. Ils sont souvent accompagnés des différentes manifestations de l'érythème simple ou érosif. A l'occiput, par exemple, on trouve sur un fond rouge des pustules superficielles, des ulcérations, et plusieurs noyaux gros comme des noyaux de cerise ou des noisettes qui capitonnent la région.

A côté de ces sièges d'élection on voit les abcès se répandre sur les régions contiguës, nuque, épaule, dos, paroi abdominale, mais ils y sont en général plus discrets.

Les abcès de la peau sont en nombre variable. Tantôt on en compte quelques-uns seulement, tantôt ils abondent, on a pu en compter jusqu'à cent et davantage. Ils se produisent d'ailleurs par poussées successives. Tantôt ce sont les érythèmes infectieux, les pustules qui en dessinent en quelque sorte le cadre. On voit alors se développer simultanément ou rapidement plusieurs abcès de l'occiput, de la fesse. Tantôt une affection prurigineuse, eczéma, strophulus, aura provoqué une première inoculation qui donnera lieu à un abcès plus ou moins volumineux, et c'est à l'ouverture de ce dernier que commencera la série des infections successives. Le plus souvent les abcès sont d'âge et de volume différent. A côté d'un noyau en formation on observera un abcès tendu, rougi, un autre déjà ouvert, un dernier déjà tari et remplacé par une cicatrice. De même aussi les lésions contingentes, érythèmes, pustules, ulcérations seront à différents degrés d'évolution.

Dans quelques cas, la succession des abcès au lieu de se faire d'une façon irrégulière, au hasard, procède par poussées massives, distribuant dans les différentes régions de la peau, sans choix, un grand nombre de foyers profonds, petits, égaux, éclatant simultanément dans les régions les plus variables, présentant en un mot les caractères que nous avons attribués

aux éruptions de cause interne. Il s'agit, en effet, d'abcès de la peau d'origine pyémique, qui n'ont de commun avec les abcès multiples, que la lésion élémentaire.

L'évolution des abcès multiples est variable. L'abcès superficiel livré à lui-même s'ouvre en quelques jours et se cicatrise assez rapidement.

L'abcès profond met plusieurs semaines à accomplir son cycle. Il faut savoir d'ailleurs que la durée en est singulièrement abrégée par l'incision précoce qui doit être faite dès qu'on sent le noyau d'induration et qui souvent laisse écouler plus de pus que n'en comportait le volume apparent de la lésion.

L'abcès cutané peut aussi avoir une allure lente, torpide, qui le rapproche d'un abcès froid. Dans ces conditions, son ouverture est tardive, et souvent fait place à une ulcération profonde, atone, à bords décollés, qui s'éternise. C'est ainsi qu'au niveau du cuir chevelu, on voit des ulcérations irrégulières, provenant de la coalescence de plusieurs abcès, mettant à nu le crâne, et persistant des mois entiers.

Il est d'ailleurs remarquable que la plupart de ces abcès sont indolores : sauf le gros foyer initial, sauf les complications phlegmoneuses qu'on observe parfois, il y a peu de sensibilité. De même, l'état général est peu touché, ou du moins il est difficile de faire la part de la suppuration cutanée, au milieu des circonstances multiples qui agissent de concert. Ce sont en effet des enfants malingres, athrepsiques, cachectiques, convalescents de maladies graves, qui sont la proie de l'infection des téguments.

Le seul élément qui pourrait servir d'indicateur précis, la température, est également faussée, car les jeunes enfants débiles réagissent peu vis-à-vis des agents pathogènes. Tantôt, l'affection évolue sans fièvre, tantôt on observe un type thermique que je considère comme traduisant une fièvre masquée : la température est de 36° ou au-dessous le matin, 37°, 37°,2, 37°,5 le soir; l'oscillation thermique, qu'elle s'effectue à un niveau élevé ou bas, a toujours la même signification. Tantôt il y a un état subfébrile, tantôt enfin, dans les formes compliquées par des localisations viscérales ou de la pyohémie,



la température s'élève et affecte un type subcontinu ou intermittent. Il y a d'ailleurs sur les tracés thermiques des irrégularités d'un classement difficile. On voit une température normale ou hypothermique pendant quelques jours, suivie d'un état subfébrile ou d'un stade oscillant. Il est vraisemblable que ces variations thermiques correspondent aux infections successives, qui se font tantôt sous forme de courants étroits, tantôt sous forme de nappes massives. Enfin il existe des formes associées à la pyohémie, dans lesquelles surgissent des localisations viscérales, des suppurations pleurales. Les abcès de la peau peuvent être le point de départ de l'infection générale, ils peuvent en être aussi les produits, mais présentent alors les caractères généraux que nous avons signalés comme appartenant aux éruptions de cause interne.

Les abcès de la peau compliquent les autres infections cutanées de l'enfance et les dermatoses, mais peuvent à leur tour en être la cause première. L'organisme infantile est en effet d'une susceptibilité extrême vis-à-vis de tous les germes, et si ses manifestations dans les infections spécifiques, comme les fièvres éruptives, ne diffèrent pas de celles des enfants grandets ou des adultes, il n'en est pas de même des infections banales provoquées par des agents, qui chez l'adulte ne sont guère que des saprophytes. On comprend dès lors qne les abcès de la peau ne constituent qu'un des éléments d'une série qui comprend successivement ou simultanément les érythèmes, les impetigo, les érosions, les ulcérations, les furoncles, etc.

Comme tous ses associés, l'abcès de la peau peut provoquer des lymphangites, des adénopathies simples ou suppurées, des infiltrations septiques diffuses de la peau, des phlegmons, des ulcères térébrants, de la gangrène. Comme eux, elle concorde parfois avec des complications viscérales, broncho-pneumonie, gastro-entérite, qui ne sont autre chose que la représentation dans la profondeur des tissus du processus infectieux que nous voyons se dérouler à la surface des téguments. En réalité, il n'y a pas là de véritables complications, c'est un organisme en déchéance qui est envahi peu à peu par tous les parasites microbiens du milieu ambiant, et suivant le hasard des résis-

tances locales, sera entamé plus particulièrement au niveau des téguments, des bronches, de l'intestin, ou simultanément, à la surface de toutes les barrières épithéliales. Ce n'est que peu à peu, à mesure que l'enfant avance en âge, à partir d'un an et demi, deux ans, que les défenses locales et générales s'organisent, et que l'infection se heurte à des résistances inconnues jusque-là. Aussi voyons-nous les formes discrètes, les abcès en petit nombre, les cas purs se montrer de plus en plus fréquemment à mesure qu'on s'éloigne de la naissance. De même que les troubles digestifs de la seconde enfance perdent leur diffusion et la gravité qu'ils affectaient chez le nourrisson, de même et pour des raisons analogues, nous voyons se limiter peu à peu, avec l'âge, les désordres multiples de l'infection cutanée.

**3° Pronostic.** — Le pronostic est donc surtout commandé par l'âge et l'état général du sujet. Cependant, il convient de faire une part à la virulence des agents pathogènes. Lorsqu'ils proviennent d'un foyer en pleine activité, d'un erysipèle, d'un furoncle, ils sont susceptibles de forcer l'obstacle que présente un tégument parfaitement développé et un organisme robuste. A plus forte raison, feront-ils sentir leurs effets chez un nourrisson toujours en état d'infériorité organique. La durée des abcès de la peau est naturellement variable avec l'âge, l'état de santé, le milieu nosocomial ou familial. Les uns s'éternisent et aboutissent à une cachexie, en même temps que les bronches et l'intestin se prennent. D'autres ont une évolution limitée à quelques semaines, quelques mois. Chez les uns, l'abcès a une allure aiguë, chez d'autres, la lésion est torpide, atone, ulcéreuse, nécrosante.

D'après ce que j'ai vu, la mortalité est très grande dans la population des crèches, où n'entrent généralement que des enfants mal nourris, débiles, provenant de milieux misérables.

**4° Diagnostic.** — Les premières descriptions des abcès de la peau les ont représentées comme étant de nature scrofuleuse, tuberculeuse, syphilitique. La confusion était d'autant plus inévitable, que les enfants atteints d'abcès de la peau, sont parfois tuberculeux et syphilitiques. Ce sont les recherches bactériologiques qui ont permis de distinguer les abcès des gommes tuberculeuses.



Au reste, en dehors de l'examen bactériologique, des inoculations, de l'épreuve de la tuberculine, de celle du traitement spécifique, les caractères macroscopiques mêmes diffèrent. Les gommes tuberculeuses et syphilitiques n'ont pas de siège d'élection. Elles sont en petit nombre. Elles sont disséminées dans des régions indépendantes les unes des autres. Elles persistent longtemps à l'état de noyaux non inflammatoires. Elles n'obéissent pas aux lois générales qui régissent les infections exogènes.

**5° Traitement.** — Le traitement comprend l'incision précoce de l'abcès qui hâte singulièrement sa guérison, la désinfection et le pansement aseptique. Il va de soi qu'il faut placer les enfants dans les meilleures conditions d'hygiène, aération, ensoleillement, propreté, alimentation convenable, qu'il faut traiter toutes les affections contingentes, dyspepsie, gastro-entérite, relever les forces du malade. La grande difficulté, c'est de prévenir les inoculations successives, et d'arrêter la marche progressive de l'infection. La méthode que j'ai imaginée à ce sujet, l'emploi systématique des linges stérilisés, n'a pas encore pénétré dans la pratique. D'Astros dans son rapport si documenté et si consciencieux sur les infections cutanées chez le nourrisson au congrès de Rouen de 1904, la signale, comme moyen prophylactique, au même rang que les procédés habituels. Il m'a paru par là qu'il fallait insister à nouveau et mettre à profit, pour répandre cette méthode, tous les moyens de vulgarisation.

J'ai eu pendant deux ans, dans une crèche d'enfants malades, une épidémie d'infections cutanées, et en particulier d'abcès multiples, pour lesquels aucun des traitements antiseptiques employés n'a montré d'efficacité : les lavages, les irrigations, les lotion boriquées, sublimées, à l'eau oxygénée, les bains de sublimé, le poudrage en grand, ne parvenaient à aucun résultat.

L'observation clinique démontrait que la peau de l'enfant dans la période du nourrisson, et dans les conditions spéciales

d'une crèche pour bébés malades, était d'une susceptibilité telle, vis-à-vis de l'infection, qu'elle rappelait, dans une certaine mesure, celle des plaies. C'est avec cette notion que je tentais une thérapeutique nouvelle des infections cutanées. Une plaie lavée, désinfectée avec les substances les plus actives, ne saurait être garantie contre l'infection, si elle n'était protégée par un pansement. C'est ce *pansement* que j'essayais de réaliser pour les téguments du nourrisson, en employant des linges stérilisés. Les résultats de cette pratique ont été immédiats et ne se sont pas démentis depuis trois ans.

L'épidémie d'infections cutanées a cessé très rapidement et ne s'est pas reproduite, malgré les cas d'importation qui se sont renouvelés. Voici les conclusions de la communication que j'ai faite avec M. Agnel, à la Société médicale des hôpitaux de Lyon, en 1902.

1° Un nourrisson dont la peau est intacte et qui est soumis à l'emploi des linges stérilisés, ne prend pas d'infection cutanée sur la zone de protection du linge. Au début de l'application de la méthode, les enfants n'étaient pas munis de bonnets. Les infections de la région occipitale continuaient à se produire dans la même proportion qu'avant. Elles restaient d'ailleurs limitée à l'occiput et ne se propageaient nullement sur le tronc. On mit des bonnets stérilisés aux nourrissons et immédiatement leur effet préservatif se fit sentir. Depuis les infections de l'occiput ont disparu comme celles des autres régions.

2° Les ulcérations cachectiques survenant au cours de l'athrepsie et de la cachexie gastro-intestinale, abrités par des linges stérilisés, ne s'entourent jamais de la rougeur érythémateuse ou lymphangitique qui est la règle en pareil cas.

3° Les infections cutanées existant à l'entrée sont modifiées dans leur aspect et leur évolution :

*a*. Les éruptions localisées ne se propagent pas en d'autres régions du corps.

*b*. Les éruptions diffuses sont vite jugulées :

[1] Voy. Weill, et Agnel, *Soc méd. des hôpitaux*, de Lyon 1902 et Dennery, th. de Lyon, 1904.



*c*. Les linges stérilisés empêchent les complications cutanées si fréquentes à la suite de la varicelle, de l'eczéma, des éruptions sudorales ou médicamenteuses.

*d*. Les ulcérations peuvent continuer à creuser en profondeur.

L'emploi des linges stérilisés a fait baisser la mortalité générale de 6 p. 100.

Leur action si remarquable tend à prouver que les contaminations accidentelles par l'air, les poussières, la main des infirmiers ne jouent qu'un rôle accessoire dans la propagation des infections cutanées. En réalité ce sont les linges en contact immédiat avec le corps qui recèlent les germes morbides et les disséminent avec succès sur les diverses régions du corps. Ainsi que l'ont montré les recherches bactériologiques de Dennery, le linge est un puissant véhicule de microbes; il s'en charge facilement et les conserve d'une manière particulièrement tenace.

Le lessivage simple des linges ne produit qu'une désinfection minime. Même le lessivage à haute température ne suffit pas, car le linge s'infecte *toujours* entre le moment où il est lessivé et celui où il est employé (expériences de Dennery).

La désinfection du linge se fait dans l'étuve à vapeur sous pression de Geneste et Herscher. Le linge est placé dans les rayons de l'étuve. Le mécanicien commence à laisser venir la vapeur, tout en laissant la porte de l'étuve ouverte, pendant environ un quart d'heure. Cette manœuvre préliminaire permet de chauffer progressivement le linge en évitant de l'humecter par trop (ce qui se produirait si on fermait de suite l'étuve, la vapeur se condensant rapidement dans ces conditions).

Au bout d'un quart d'heure, on ferme la porte de l'étuve et on augmente le débit de la vapeur jusqu'à atteindre la pression de 1 kilogramme et demi, correspondant à 115°. Ce deuxième temps dure vingt minutes. Ensuite on ferme l'arrivée de la vapeur dans la cavité de l'étuve, et on la laisse venir uniquement dans les batteries de chauffe additionnelles, à la pression de 3 kilogrammes. En même temps on entr'ouvre la porte de l'étuve. Ce temps dure encore vingt minutes. Le linge sèche pendant cette dernière opération.

Les linges stérilisés sont placés dans des sacs. Un premier

sac contient les langes et les drapeaux ; un second, les chemises, camisoles, bonnets, bandes ; un troisième des compresses douces ; un quatrième qui comprend tout un habillement de rechange est accroché à chaque lit d'enfant.

Les sacs ne sont ouverts que très peu de temps pour prélever les linges nécessaires.

L'examen de l'enfant se pratique, en plaçant l'enfant sur un coussin recouvert d'une toile caoutchoutée ; celle-ci est lavée au sublimé ; chaque nourrisson a sa toile caoutchoutée. Tous ceux qui touchent l'enfant, médecins ou infirmiers, se lavent chaque fois les mains au sublimé. Les compresses pour l'auscultation sont stérilisées.

La toilette de l'enfant s'effectue avec des compresses également stérilisées trempées dans l'eau bouillie et légèrement enduites d'huile d'olive aseptique. Les enfants sont changés très souvent, sitôt qu'ils sont mouillés, environ dix fois par jour.

A la sortie de l'enfant, les ferrures du lit sont flambées, les objets de literie passés à l'étuve.

Nous avons tenu à exposer avec une certaine précision tous les détails que comporte la méthode des linges stérilisés, qui naturellement ne dispense pas des autres précautions antiseptiques, lavage des mains, désinfection des biberons, verres, etc., telles qu'elles ont été formulées par Grancher, Hutinel, Sevestre. On pourra les juger d'une application parfois difficile à obtenir. Cependant, il suffit que l'infirmier principal d'une salle ou la sœur cheftaine ait bien compris le rôle du linge dans la propagation des infections, pour les amener à s'acquitter de leur tache avec conscience. Les résultats, en effet, sont presque immédiats, et la responsabilité personnelle des infirmiers est trop évidemment engagée, pour ne pas stimuler leur zèle.

Pour ma part, depuis trois ans que j'emploie les linges stérilisés, je n'ai jamais observé de manquement aux règles prescrites que lorsque le personnel des infirmiers change, et encore, n'est-ce l'affaire que de quelques jours.

La stérilisation des linges à l'étuve ne peut guère être réalisée en dehors de l'hôpital. Lorsqu'on veut user de linges stérilisés dans les familles, on peut se contenter de plonger le linge dans de l'eau bouillante et de le sécher avec le fer à repasser à la température d'environ 150°. On obtient ainsi une véritable stérilisation (Ferrier). On peut repasser le linge immédiatement avant l'emploi : sinon le linge repassé sera placé dans un sac ou une boîte de métal stérilisés.



On comprendra d'après cet exposé un peu long que je n'indique pas d'autre moyen prophylactique et thérapeutique. Tous les antiseptiques que j'ai employés ont échoué. Bien mieux, je crois qu'ils sont nuisibles en irritant la peau qu'ils exposent ainsi davantage à l'action des germes.

Il en est de même des bains, et de toutes les applications humides. La peau ne doit être ni mouillée, ni irritée. Le pansement sec est une des conditions de la guérison.

## ARTICLE V

## GANGRÈNE DISSÉMINÉE DE LA PEAU

La gangrène revêt dans l'enfance, un certain nombre de caractères, qu'il est intéressant de signaler.

**1° Étiologie.** — Outre les causes banales de gangrène, communes à tous les âges et dont nous ne parlerons pas, le jeune âge confère par lui-même une prédisposition spéciale à la gangrène, qui se traduisait autrefois par la fréquence du noma, de la gangrène de la vulve.

La raréfaction des gangrènes des muqueuses, obtenue par les progrès de l'hygiène, s'est aussi réalisée pour les téguments. Toutefois, ceux-ci comme nous l'avons noté à propos des nombreuses manifestations cutanées chez le nourrisson, ont continué à payer un lourd tribut à l'infection. Il est vrai que cette dernière est surtout le fait d'agents saprophytiques, répandus à profusion sur les téguments, les linges, dans les poussières atmosphériques. Les microbes de la gangrène sont d'un caractère moins banal. Ils agissent d'une façon presque spécifique, et

dans des conditions exceptionnelles. On tend de plus en plus à en faire des germes anaérobies (Veillon et Zuber), créant à la fois la nécrose et la putréfaction. Ces deux termes sont inséparables dans la notion de gangrène ; la nécrose seule s'observe souvent dans l'enfance, chez les nourrissons débiles, athreptiques, cachectiques, minés par la tuberculose, la syphilis, la gastro-entérite. Il est très courant d'observer au niveau de l'occiput, des fesses, des talons, des ulcères térébrants, atones, à bords violacés ou livides, qui s'effondrent molécule par molécule, sans intervention de gangrène proprement dite. Celle-ci se surajoute habituellement à des lésions érosives ou ulcéreuses de la peau dont elle constitue une complication secondaire. C'est ainsi qu'on le voit se développer sur les ulcérations impétigineuses, ecthymateuses, vaccinales, varicelliques. La varicelle gangréneuse a été souvent observée, soit chez les nourrissons, soit surtout chez les enfants de deux à cinq ans.

Les gangrènes secondaires sont toujours conjuguées aux lésions préexistantes, et comme celles-ci, s'accompagnent d'autres manifestations infectieuses de la peau, érythèmes, fistules, croûtes, abcès, etc.

Dans d'autres circonstances, la gangrène évolue comme une maladie éruptive, primitive, spécifique, sans altération préalable des téguments. Cette forme, décrite par Caillaut, O. Simon, a été nettement séparée de la précédente par Hutinel, Charmon, Renault. Elle s'observe à peu près exclusivement chez les nourrissons.

On trouve au niveau des plaques gangréneuses les microbes ordinaires de la suppuration ; dans un cas, Veillon et Hallé, ont constaté, en outre, la présence d'un microbe anaérobie, le bacillus ramosus.

**2° Symptômes.** — Ils diffèrent dans les deux formes de gangrène que nous venons de distinguer.

a. *Gangrène secondaire.* — La gangrène secondaire reproduit les traits de l'affection antérieure. Tantôt elle reste localisée au niveau d'une région occupée par l'impétigo ; tantôt elle se répand lentement, en traînant, sur les ulcères de compression



siégeant à l'occiput, aux talons, aux fesses, tantôt elle prend une allure qui rappelle celle de la gangrène disséminée primitive, lorsqu'elle est associée à la varicelle.

Son évolution est commandée par deux facteurs : les résistances locale et générale d'une part, la virulence des germes pathogènes de l'autre. On voit en effet, chez les sujets athrepsiques, avec lésions ulcéreuses atones de la peau, la gangrène s'emparer des tissus déjà compromis, s'étendre peu à peu, sans manifestations réactionnelles dans le voisinage ; les bords de la plaque gangréneuse restent livides, ne présentent ni rougeur, ni tuméfaction, il ne se dessine point de sillon d'élimination.

Sur la peau relativement saine du varicellique, la gangrène dessine de petites plaques, constituées par une eschare d'abord grise, puis noire ; en même temps, il se forme dans le voisinage un œdème inflammatoire qui aboutit à la limitation du processus gangréneux et à la formation d'un sillon d'élimination. Les tissus sous-jacents à l'eschare suppurent, celle-ci se détache, laissant à découvert une ulcération à bords et à fond rosés, bourgeonnants. On ne peut toujours assister à une évolution aussi favorable. Dans quelques cas, les eschares se reproduisent soit au même point, soit dans d'autres régions. Ailleurs, elles se comportent comme la gangrène décrite ci-dessus.

L'apparition de la gangrène ne modifie guère l'état général des sujets cachectiques. Chez les autres, quand elle est étendue, elle provoque plus ou moins rapidement un état de septicémie, qui se traduit par de la fièvre, de la diarrhée, de la dépression des forces, des localisations viscérales (broncho-pneumonie, suppuration des séreuses, etc.).

Il est à remarquer que l'infection générale de l'organisme réagit sur l'évolution des lésions locales : tous les signes qui marquaient la défense des tissus, œdème inflammatoire de voisinage, rougeur, tuméfaction, s'effacent.

b. *Gangrène disséminée primitive.* — Cette forme de gangrène débute par des manifestations générales, fièvre, frissons, agitation ; au bout de deux à trois jours, apparaissent sur le tégument des éléments éruptifs constitués par des vésicules, des bulles, des taches purpuriques, des noyaux erythémateux, qui

très rapidement sont envahis par la gangrène. Celle-ci dessine des îlots larges comme un pois, une amande. Souvent il se produit des poussées successives, en même temps que les phénomènes d'infection générale vont croissant, la mort survient au bout de quelques jours. Parfois, les poussées s'arrêtent, l'état général s'améliore, les réactions locales s'organisent, l'eschare se détache et la guérison se produit au bout de trois ou quatre semaines. L'origine endogène de la gangrène primitive disséminée ressort de l'observation clinique elle-même. Elle est corroborée par la similitude de cette forme de la gangrène avec celle qui succède parfois au noma, à la gangrène pulmonaire et dont la pathogénie n'est pas douteuse. Enfin, elle s'appuie encore sur une remarque anatomique de Veillon et Hallé, qui ont observé dans une lésion prise au début le développement plus marqué des altérations dermiques relativement à celles de l'épiderme.

3° **Diagnostic**. — La gangrène doit être distinguée de la nécrose pure et simple. On tiendra compte de la présence d'une eschare, de l'insensibilité des tissus.

4° **Pronostic**. — La gangrène secondaire est toujours grave, car elle est commandée en partie par l'état général, habituellement précaire, du sujet. Cependant, on peut espérer la guérison dans les cas limités, dans les gangrènes associées à la vaccine, à l'impétigo. La gangrène varicellique peut également se juger d'une façon heureuse.

La gangrène primitive disséminée tue dans la moitié des cas.

5° **Traitement**. — Le traitement est le même que celui des infections cutanées, et en particulier des abcès multiples de la peau.



## CHAPITRE II

# MALADIES PARASITAIRES

### ARTICLE PREMIER.

## GALE

La gale de l'enfant ne mérite pas de description spéciale. Dans la seconde enfance, elle ressemble à celle de l'adulte. Chez les jeunes enfants, elle a comme caractères particuliers de ne pas provoquer de sillons et de vésicules, au niveau des sièges d'élection, doigts, organes génitaux. Elle affecte plutôt une disposition pustuleuse et pemphigoïde, et on a de la peine à retrouver le polymorphisme, les papules, les sillons caractéristiques. Souvent aussi elle tend à provoquer des lésions eczémateuses, impétigineuses, des pyodermies multiples. Nous ne dirons rien du sarcopte, dont on trouvera la description dans les traités spéciaux. Le traitement devra tenir compte de la susceptibilité de l'enfant et de l'association fréquente de dermatoses secondaires. Dubreuilh recommande en cas d'eczéma ou d'impétigo accusé, de donner quelques bains de son et de faire des applications répétées d'une pommade à l'oxyde de zinc.

Lorsque l'inflammation cutanée est calmée, on instituera le traitement spécifique, en évitant les procédés trop irritants (pommade d'Helmerich). Dubreuilh recommande le traitement de Jullien : plusieurs soirs de suite une friction avec un mélange ;

| | |
|---|---|
| Huile d'olives. . . . . | 100 gr. |
| Baume du Pérou. . . . . | 20 à 30 gr. |

l'enfant est muni pour la nuit de gants et de chaussettes, pour maintenir sur ces régions le contact de la substance active.