

Besnier insiste sur le rôle des troubles gastriques, intestinaux, hépatiques. Il est fort possible que les malades soient des dyspeptiques comme les acnéiques vulgaires.

TRAITEMENT DES FOLLICULITES CICATRICIELLES. — La première indication, dans toutes les formes, est de faire tomber les croûtes. On coupe les cheveux ou la barbe et on applique des cataplasmes de fécule ou des pansements humides. Dans les formes bénignes, les lavages avec une solution bicarbonatée sodique forte (10-15 p. 100) peuvent suffire; ou bien, on emploie, soit le sublimé, soit le cyanure d'hydrargyre en solution à 1 p. 5 000, ou même 1 p. 1 000 dans l'alcool à 70 degrés.

Lorsque les lésions résistent à ce traitement, on les attaque par des pommades soufrées, à 5, 10 p. 100 sous la forme suivante :

Résorbine.....	20 grammes.
Oxyde de zinc.....	5 —
Soufre précipité.....	2 —

Quelquefois, le soufre détermine une certaine irritation des téguments et il faut y renoncer : on peut alors essayer le calomel ou l'oxyde jaune d'hydrargyre à 1 p. 50, le naphтол et l'acide salicylique.

Naphtol β.....	3 grammes.
Acide salicylique.....	1 ^{sr} ,50
Vaseline.....	20 grammes.
Talc.....	10 —

Les folliculites nécrosiques ne sont justiciables que d'un traitement énergique; on doit cautériser les pustules, dès l'époque de leur apparition, au galvanocautère; lorsqu'il existe de petites escarres, on les rugine avec une petite curette (Besnier). On peut quelquefois obtenir des succès avec des moyens moins radicaux par l'emploi de solutions antiseptiques : on fait tomber les croûtes, par l'application de cataplasmes arrosés d'huile phéniquée; puis, on applique, soit des compresses imprégnées d'une solution de sublimé au cinq-millième, soit des rondelles d'emplâtre rouge au minium, et assez souvent on obtient ainsi la guérison de cette dermatose.

On a recommandé, à tort suivant nous, l'emploi de l'iode de potassium à la dose de 1-3 grammes par jour. Nous employons avec avantage les pulvérisations prolongées d'eau sulfureuse : à ce titre, les cures minérales d'Uriage, de Marlioz et de Luchon peuvent rendre de réels services.

ABCÈS CUTANÉS MULTIPLES RÉCIDIVANTS

Ces abcès ont été étudiés dans ces dernières années par Escherich, H. Roger, l'un de nous (H.), Hulot et J. Renault (1).

Ils peuvent se présenter dans des conditions très différentes; dans certains cas, ils ne sont que la localisation cutanée d'une pyémie : nous ne ferons que les mentionner, car ils n'intéressent que secondairement la dermatologie; l'un de nous (H.) les a vus survenir dans un cas d'infection puerpérale.

Lorsqu'ils sont limités au tégument et aux parties sous-jacentes, ils peuvent être *primitifs* ou *secondaires*.

Ceux-ci peuvent survenir à la suite d'une dermatose qui en est le point de départ.

Cette dermatose initiale peut être un exanthème, tel qu'une rougeole ou une scarlatine.

Plus souvent, c'est une maladie primitive de la peau : nous mentionnerons la gale, la phtiriasse, l'impétigo, la varicelle, le pemphigus des nouveau-nés; l'un de nous a vu des suppurations acnéiques en être l'origine (H.).

D'autres fois, ces abcès se manifestent d'emblée dans l'épaisseur du tégument, qui paraît sain à tout autre égard; on invoque comme causes prédisposantes toutes celles qui peuvent affaiblir l'organisme et diminuer ainsi la résistance vitale du tégument : à cet égard, comme l'a bien montré J. Renault, le rachitisme et la gastro-entérite chronique doivent être placés au premier rang.

Ces abcès s'observent surtout chez les enfants; on peut cependant les rencontrer aussi chez l'adulte : l'un de nous (H.) en a publié un exemple.

Ils semblent reconnaître pour cause exclusive la pénétration de staphylocoques dans le tégument; ces parasites peuvent provenir d'une autre affection suppurative de la peau, telle que la dermatite galeuse; ils peuvent provenir de la peau saine qui leur offre un habitat chez presque tous les individus : par le fait de circonstances indéterminées, leur virulence, d'ordinaire minime, augmente, et, s'ils pénètrent dans la peau, soit par un traumatisme accidentel, soit par un orifice glandulaire, le plus souvent celui d'une glande pilo-sébacée, ils s'y multiplient et y engendrent la suppuration.

Chez les nourrissons, la dermatite connue sous le nom d'érythème fessier en est fréquemment la porte d'entrée; ils peuvent être égale-

(1) ESCHERICH, *Étiologie des abcès multiples du nourrisson* (Münch. med. Woch., 1886). — ROGER, *Gaz. hebdomadaire*, 1892. — HALLOPEAU, *S. F. D. Réunion Lyonnaise*, 1894. — HULOT, *Infections d'origine cutanée*. Th. de Paris, 1895. — J. RENAULT, *Traité des mal. de l'enf.*, 1898.

ment fournis à un de ces enfants par des abcès mammaires de la nourrice (Budin) (1).

Des personnes atteintes de suppurations peuvent également infecter (2) un enfant par leur contact.

SYMPTÔMES. — Les abcès peuvent être intradermiques ou sous-dermiques; des pustulettes peuvent aussi se développer sur les différentes parties de la muqueuse buccale.

Les *abcès intradermiques* se traduisent d'abord par une induration nodulaire: bientôt, elle devient proéminente; la peau rougit à son niveau; un foyer de suppuration se manifeste dans sa partie centrale par l'apparition d'une couleur jaunâtre qui tranche sur la teinte rouge de la saillie, et bientôt il se forme une pustule qui, ouverte naturellement ou par un coup de lancette, donne issue à du pus: l'ulcération sous-jacente peut être longue à se cicatrifier.

Les *abcès profonds* intéressent simultanément le derme et le tissu cellulaire sous-jacent: leur relief est parfois considérable; ils peuvent produire de véritables déformations; leur volume peut dépasser celui d'une noix: tous sont de consistance molle et le siège d'une fluctuation évidente: la coloration de la peau peut rester au début normale si la collection est profonde; elle varie habituellement du rose pâle au rouge violacé.

Les ulcérations consécutives à ces abcès aboutissent d'ordinaire à la formation de cicatrices, pour la plupart déprimées et de coloration brunâtre ou violacée: d'autres laissent à leur suite une macule d'un rouge pâle présentant dans sa partie centrale une tache violacée d'une coloration beaucoup plus intense; il peut se produire concurremment des adénopathies de voisinage.

Les différentes lésions cutanées que nous venons de passer en revue coïncident le plus habituellement.

La marche des accidents peut être *aiguë* ou *chronique*: dans le premier cas, les suppurations se multiplient rapidement, elles s'accompagnent d'une réaction fébrile plus ou moins intense et la mort peut survenir en peu de jours; dans la forme chronique, que l'on observe plus fréquemment, les foyers de suppurations se multiplient lentement: il s'en forme successivement de nouveaux, alors que les précédents s'ouvrent et laissent une cicatrice; nous les avons vus se prolonger et se renouveler ainsi sans cesse pendant plus d'une année (H.).

Ces suppurations peuvent devenir le point de départ de complications dont les plus fréquentes sont les lymphangites, les adénopathies; on a signalé des gangrènes secondaires; il paraît exceptionnel que cette forme cutanée d'emblée se complique de septicémie;

(1) BUDIN, Acad. de méd., 1892.

(2) HUTINEL et LABBÉ, Contribution à l'étude des infections staphylococciques, particulièrement chez l'enfant (Arch. gén. de méd., 1896).

plus souvent, on a vu survenir pendant son cours des broncho-pneumonies ou des gastro-entérites infectieuses.

DIAGNOSTIC. — Les abcès profonds peuvent être confondus avec ceux que provoque la *tuberculose*: dans les deux cas, en effet, on observe des suppurations multiples dans l'épaisseur de la peau ou le tissu sous-jacent.

Les suppurations tuberculeuses s'accompagnent plus souvent d'adénopathies; elles ont tendance à se grouper sur le trajet des lymphatiques; leur ouverture spontanée est plus tardive; les ulcérations consécutives sont plus lentes à se cicatrifier; la recherche du bacille de Koch ne peut en général donner la clef du diagnostic, car, le plus souvent, on ne peut le rencontrer, même dans les cas où la nature tuberculeuse des altérations est certaine: il faut alors, pour avoir une démonstration absolue, pratiquer des inoculations à des animaux.

Des *gommés syphilitiques multiples* peuvent simuler ces suppurations; cependant, un examen attentif montre qu'elles ne sont pas fluctuantes, du moins au début, et que leur contenu n'a pas l'aspect d'une staphylococcie; il existe d'ordinaire concurremment d'autres signes de syphilis.

PRONOSTIC. — Nous avons vu quelles graves complications peuvent entraîner ces suppurations; la mort peut en être le résultat; cependant, lorsque l'affection est soumise à un traitement approprié, elle guérit le plus souvent.

TRAITEMENT. — Il consiste dans l'ouverture de chacun des abcès et leur pansement minutieux avec les antiseptiques tels que l'iodoforme ou l'huile phéniquée; il importe de couvrir chaque foyer ouvert de rondelles d'emplâtre rouge au minium et au cinabre pour emprisonner les microbes et faire obstacle à de nouvelles auto-inoculations. L'usage de bains additionnés, soit d'acide borique au centième, soit de sublimé au vingt-millième, sont utiles pour empêcher la propagation cutanée.

Dans les hôpitaux d'enfants, chaque malade atteint de suppurations multiples doit être rigoureusement isolé.

NATURE DE LA MALADIE. — Il s'agit en toute évidence d'une infection staphylococcique; les foyers se multiplient par auto-inoculations; la résistance du tégument aux invasions des staphylocoques qui l'habitent normalement se trouve amoindrie, ou la virulence de ces parasites se trouve accrue, le plus souvent par l'apport de nouvelles cultures; les auto-inoculations successives se font surtout par l'intermédiaire des orifices pilo-sébacés; on a expliqué le développement des foyers sous-dermiques par la propagation des microbes pyogènes suivant les longs canaux excréteurs des glandes sudoripares. Cette dermatose mériterait le nom d'*infection purulente* ou mieux *staphylococcique* en foyers isolés.

DERMITES INFANTILES

Synon. : *Érythèmes des nouveau-nés.*

ÉTILOGIE. — Les dermites des nouveau-nés peuvent se développer sans cause connue, chez des enfants en bonne santé. Quelquefois, il s'agit d'enfants très gras, chez lesquels on peut soupçonner des troubles de la sécrétion cutanée. Fréquemment, on trouve, à l'origine, des troubles intestinaux, gastriques (Jacquet) ou dentaires, troubles passagers ou graves, qui s'accompagnent, dans le dernier cas, d'altérations de la santé générale. La dermite n'est pas liée uniquement à l'irritation produite par la diarrhée, car celle-ci peut manquer ou ne survenir qu'ultérieurement. L'affection peut s'observer chez des enfants très proprement tenus, et changés fréquemment de langes.

Il faut cependant tenir un grand compte des irritations produites par l'urine, les matières fécales, surtout si elles sont altérées. C'est, en effet, au niveau des régions souillées par les déjections que la dermite se développe de préférence.

Le rôle des pressions extérieures est considérable : elles expliquent les localisations aux fesses, à la partie postérieure des cuisses, à la région lombaire (influence des vêtements serrés).

Parfois, ces dermites sont précédées par l'intertrigo. Cette affection elle-même doit être considérée, avec Jacquet, comme une dermite qui peut aboutir aux autres formes, mais qui s'en distingue par son élection pour les plis, alors que les dermites plus graves atteignent surtout les régions intermédiaires.

SYMPTÔMES. — Les dermites infantiles se présentent sous plusieurs formes qui représentent des stades plus ou moins avancés d'une même affection et dont les rapports sont évidents depuis les recherches de Jacquet ; il a démontré qu'aucune d'elles n'est d'origine syphilitique.

A son exemple, nous en distinguerons quatre formes.

1. **Dermite érythémateuse simple.** — Elle se révèle par une rougeur qui apparaît au niveau du périnée, autour de l'anus, sur le scrotum ou les grandes lèvres et les fesses, et s'accompagne d'une tuméfaction légère avec tension de la surface cutanée. L'affection en reste parfois là, mais elle peut s'étendre et gagner, d'une part, la face postérieure et la face interne des cuisses, et même le membre inférieur en totalité, d'autre part, la région lombaire et l'abdomen, même au-dessus de l'ombilic (Jacquet). La peau est alors d'un rouge ardent, chaude, épaissie : son épiderme est lisse, brillant, comme vernissé (1).

Les plis cutanés paraissent très profonds : à leur sommet, on peut constater des érosions qui fournissent un suintement analogue à celui de l'eczéma.

(1) V. JACQUET, *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, t. V, 1898.

Cette forme de dermite érythémateuse simple peut, nous en avons observé des exemples, s'accompagner et surtout être suivie d'une légère desquamation.

Elle guérit en quelques jours, ou se complique par l'apparition de vésicules. Dans les plis, les érythèmes et les fissures persistent assez longtemps.

2. **Dermite érythémato-vésiculeuse.** — Le tableau de la dermite simple peut être compliqué par la formation de vésicules qui aboutissent à des érosions.

Les *vésicules*, toujours rares, s'observent sur les bords des zones érythémateuses. Là où elles ne sont pas ouvertes dès leur origine par les frottements, leur contenu est clair ou trouble. Entre elles et les érosions, on constate toutes les formes intermédiaires.

Les *érosions* sont petites ; leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une lentille ; elles sont groupées au sommet des régions les plus tuméfiées et les plus saillantes, à la partie postérieure du membre inférieur. Un peu déprimées, parfois bordées d'une fine collerette épidermique, elles frappent par leur rougeur excessive.

Parfois ces érosions arrivent à coalescence et présentent des contours polycycliques.

Cette forme évolue par poussées successives et peut durer plusieurs semaines.

Des auto-inoculations à distance ont été décrites, sous forme de vésicules éphémères qui apparaissent au tronc et à la face (Parrot).

3. **Dermite papuleuse.** — A la suite des érosions, la dermite papuleuse se développe par bourgeonnement, par végétation de la région dénudée. La démonstration de l'origine de cette dermatose a été donnée par Jacquet qui a reconnu comme erronée l'opinion de Parrot attribuant une origine syphilitique à toutes les papules des fesses chez les enfants.

Ces papules se forment à la période où la rougeur et la tuméfaction cutanées ont disparu. Sur les régions occupées antérieurement par l'érythème, et peu de jours après l'apparition d'érosions, on voit des élevures convexes, mais aplaties, d'une couleur rouge sombre ou rouge vif, parfois nombreuses mais non confluentes (Parrot), parfois en très petit nombre. Elles sont d'un rouge plus intense à leur périphérie. L'épiderme est généralement luisant, tendu, à leur surface, et quelquefois cependant on observe au contraire une érosion et une collerette.

Les papules sont groupées, dans le cas où elles sont nombreuses, en îlots sur quatre régions isolées par les plis profonds du tégument (Parrot) : ce sont la fesse, la moitié supérieure de la cuisse, sa moitié inférieure, le mollet. Elles disparaissent lentement en laissant des taches pigmentées brunes, que l'on trouve dans l'intervalle des éléments encore en activité.

Du reste, on peut observer, en même temps que les papules, des

lésions d'érythème et des érosions d'origine vésiculeuse. Toutes les formes de la maladie sont ainsi réunies.

Par exception (Jacquet), les érosions et les papules peuvent siéger dans les plis.

4. **Dermite ulcéreuse.** — Lorsque les lésions se prolongent, chez des enfants mal soignés et surtout chez les cachectiques, on observe des ulcérations allongées ou irrégulières, dans le raphé périnéal, sur les talons, les malléoles, le sacrum, l'occiput (Jacquet). Elles intéressent toute l'épaisseur de la peau et dans les cas graves s'étendent même à l'hypoderme.

DIAGNOSTIC. — Il faut se rappeler que toutes les lésions des dermites infantiles, qui s'observent de préférence chez des enfants dont la santé est altérée, peuvent se rencontrer chez des syphilitiques; l'examen complet de l'enfant (muqueuses, plantes des pieds, paumes des mains) s'impose dans tous les cas.

Si l'on ne trouve aucun signe de syphilis en aucun point, on pourra, dans les cas typiques, lorsque les papules se développeront à la suite d'un érythème, lorsqu'on trouvera des érosions et les stades intermédiaires, quand ces éléments seront groupés sur les régions saillantes, affirmer leur origine non syphilitique. S'il y a le moindre doute, on agira, suivant le conseil de Jacquet, comme si la syphilis était reconnue, et la mère devra allaiter son enfant.

La *gale*, la *phtiriase*, donnent lieu à des lésions prurigineuses qui atteignent d'autres régions que les dermites infantiles; les jeunes enfants atteints de *gale* offrent toujours des sillons; les lésions du *prurigo* sont disséminées chez l'enfant; elles s'accompagnent d'urticaire bien net, et elles persistent pendant des mois.

Les limites des dermites infantiles simples et de l'*eczéma* de la première enfance sont incertaines (Jacquet). Vésiculeux, l'*eczéma* de l'enfant donne lieu à un suintement diffus, à des croûtes, est essentiellement prurigineux; l'*eczéma* séborrhéique atteint de préférence le cuir chevelu, la face; mais il existe des cas de transition; les conditions étiologiques qui amènent les *eczémas* de l'enfant se rapprochent de celles qui permettent le développement des dermatites infantiles simples, et il n'est pas étonnant d'observer des faits d'association.

Le diagnostic de la dermatite vaccinoforme infantile sera exposé au chapitre suivant.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions de ces dermites ont été étudiées par Menahem Hodara: à leur période érosive et papuleuse, l'épiderme est hypertrophié, du fait de l'œdème des cellules de Malpighi et de la couche cornée, qui a conservé des noyaux; la kérato-hyaline a entièrement disparu. Parmi les cellules du corps muqueux, certaines sont en altération cavitaire.

Le derme présente les signes d'une inflammation intense: les papilles s'hypertrophient; elles peuvent bourgeonner, d'où la forma-

tion des papules. Les vaisseaux, dilatés, peuvent être oblitérés par des thrombus leucocytaires qui subissent la transformation hyaline; en dehors d'eux, on constate la prolifération des cellules fixes et la présence de globules blancs.

On peut observer, à la surface, des croûtes renfermant des leucocytes polynucléaires, des squames formées par la couche cornée exfoliée, et, dans les croûtes ou dans les squames, des bacilles et des cocci en foyers.

Les ulcérations se produisent dans des tissus où l'inflammation est plus intense et qui sont infiltrés en totalité de leucocytes polynucléaires.

En somme, tous les caractères histologiques permettent d'admettre l'origine infectieuse de ces dermites.

TRAITEMENT. — a. *Traitement préventif.* — Le traitement préventif des dermites infantiles simples comprend tous les soins d'hygiène intestinale et cutanée que l'on doit donner à l'enfant. Les troubles gastro-intestinaux doivent être combattus par les moyens appropriés; même si l'érythème apparaît en l'absence de troubles digestifs, il y aura avantage à purger l'enfant avec du calomel et à le laisser pendant vingt-quatre heures à la diète lactée, en ne lui laissant boire que de l'eau bouillie.

b. *Traitement des formes érythémateuses.* — Les bains, chez les enfants atteints d'érythème au début, surtout chez les enfants gras, devront être peu nombreux; nous préférons les lavages à l'eau de son bouillie et tiède. Si l'on prescrit des bains, il faudra les donner très courts, y plonger l'enfant, puis l'essuyer au bout de deux minutes avec un linge fin; les fesses, les plis du périnée, les régions génitales, seront nettoyés avec de la vaseline pure; puis l'enfant sera poudré au talc. *Il faut proscrire tout savonnage de la peau.*

On s'abstiendra d'appliquer des vêtements de flanelle directement sur la peau. Les linges doivent être changés souvent; l'enfant sera essuyé et poudré en même temps.

c. *Traitement des formes érosives et papuleuses.* — Si l'érythème vient à se compliquer, on devra donner des bains additionnés de borate de soude à 20 p. 1000; à la suite, on appliquera des cataplasmes de fécule de pomme de terre, qu'on laissera plusieurs heures; enfin, on poudrera au talc ou au dermatol.

Toutes les pommades, dans le traitement des dermites infantiles, risquent d'amener des irritations; on ne sera autorisé à les employer que lorsque toute réaction inflammatoire aura disparu. Dans les formes papuleuses pures, les pommades salicylées faibles, telles que les suivantes, peuvent être essayées avec avantage:

Vaseline.....	17 grammes.
Oxyde de zinc.....	3 —
Acide salicylique.....	0 ^{gr} ,20. (L.)
HALLOPEAU et LEREDDE. — Mal. de la peau.	

DERMATITE VACCINIFORME DES JEUNES ENFANTS

Nous désignons sous ce nom une dermatose qui a été observée simultanément, en 1887, par E. Besnier, A. Fournier et l'un de nous (H.) et a reçu successivement les noms d'*érythème vacciniforme infantile*, de *syphiloïde vacciniforme infantile* (Besnier), d'*herpès vacciniforme* (Fournier), d'*ecthyma vacciniforme syphiloïde* (Hallopeau), d'*éruption papuleuse d'aspect vacciniforme et syphiloïde* (Feulard) : la dénomination sous laquelle nous la décrivons est celle que l'un de nous (H.) a adoptée dans l'étude qu'il lui a consacrée en reproduisant l'image dans la publication dite : *le musée de l'hôpital Saint-Louis* (20^e fascicule).

Cette dermatose est caractérisée par une *éruption, sur une base érythémateuse, de petites saillies papuleuses qui, d'abord surmontées d'une vésicule, prennent rapidement, en s'ombiliquant dans leur partie centrale, l'aspect de boutons de vaccine et se multiplient par auto-inoculations.*

ÉTILOGIE. — Cette maladie n'a été observée jusqu'ici que dans les premiers mois de la vie. Elle a pour condition prochaine la malpropreté; les enfants qui en ont été atteints portaient des linges infectés par le séjour d'urine et de fèces. Les auto-inoculations que dénote, en toute évidence, le mode de progression de la maladie, permettent d'affirmer qu'elle est due à la multiplication d'un microorganisme encore indéterminé.

SYMPTÔMES. — Le siège de prédilection de ces altérations est le pourtour des organes génitaux et de l'anus : elles se développent ainsi sur le rebord des plis fessiers, dans les régions inguino-crurales, à la vulve et particulièrement aux commissures des grandes lèvres; on les a signalées aussi sur le prépuce; les plis des cuisses et leurs rebords en sont également la localisation fréquente; nous les avons vues intéresser le creux poplité et descendre jusqu'à la partie externe de la jambe; elles sont rares en dehors des régions que nous venons de citer. Au niveau des rebords des plis cutanés et dans leur profondeur, les boutons occupent, le plus souvent, des parties en contact direct; ce fait est en faveur d'auto-inoculations.

Bouisson a pu assister, dans le service de Besnier, à leur début : il s'agit d'abord d'une tache érythémateuse qui souvent devient rapidement saillante sous forme d'un petit nodule; bientôt, cet élément est surmonté d'une petite vésicule, qui, rapidement, s'affaisse en même temps que le bouton grossit et se déprime dans sa partie centrale. Celle-ci prend, de la sorte, la forme d'une cupule, et son aspect simule alors, d'une manière frappante, un bouton de vaccine arrivé à maturité. Les auto-inoculations amènent la formation de séries de ces boutons qui tantôt restent isolés, tantôt se réunissent en groupes confluent,

dessinant, soit des bourrelets qui suivent le trajet des plis normaux, soit des plaques nummulaires.

Le volume de ces boutons varie de celui d'un grain de mil à celui d'une grosse lentille, qu'il peut même dépasser; leurs contours sont, tantôt circulaires, tantôt ovalaires; leur couleur a été comparée à celle de l'opale ou du blanc argenté; leur partie centrale est nettement déprimée, exulcérée, et d'une couleur rouge; le liquide qui s'y produit peut se concréter en une croûte ténue et chacun d'eux est entouré d'une légère aréole érythémateuse.

Nous avons indiqué que le groupement de ces éléments peut se faire sous la forme de *bourrelets* ou de *plaques polycycliques*.

Les bourrelets, uniformes, suivent le trajet des plis cutanés; nous avons vu leur largeur atteindre 8 millimètres et leur longueur 10 centimètres; leur saillie ne dépasse pas quelques millimètres; ils se détachent nettement, en dehors, des parties saines; leurs surfaces contiguës sont exulcérées; leur coloration est celle des éléments isolés. Les plaques confluentes sont remarquables par leurs contours polycycliques et leur dépression centrale; leur diamètre atteint jusqu'à 2 centimètres.

Les ganglions voisins peuvent être douloureux et tuméfiés. L'éruption peut se prolonger longtemps avec de nouvelles auto-inoculations si l'enfant continue à être tenu malproprement; dans le cas contraire, on voit les boutons s'affaisser rapidement; ils ne laissent d'autres vestiges que des macules plus ou moins pigmentées sans perte de substance.

DIAGNOSTIC. — Ces boutons peuvent simuler des *syphilides* : ils s'en distinguent nettement par leur coloration argentée ou opaline, leur ombilication, le caractère superficiel de leurs excoriations, leur groupement en longs bourrelets suivant les plis cutanés et leur disparition rapide, sans traitement spécifique, par les simples soins de propreté.

L'*érythème papuleux fessier post-érosif*, décrit par Jacquet, est constitué, comme la dermite vacciniforme, par des papules à bords surélevés et excoriés; il en diffère par les caractères suivants : l'éruption débute par des plaques rouges sans nodules; elles deviennent bientôt le siège d'excoriations remarquables par leur irrégularité; les papules ne se développent que secondairement; elles ne prennent pas la coloration opaline ou argentée; elles sont entourées par un fin plissement rayonné de l'épiderme; elles occupent les parties saillantes des fesses et des cuisses et non leurs replis.

L'*ecthyma térébrant* est, comme la dermite vacciniforme, constitué par des boutons auto-inoculables qui offrent les mêmes localisations et reconnaissent aussi, comme condition prochaine, la malpropreté; ils en diffèrent par ce fait qu'ils occupent les parties saillantes, et non les parties déprimées des plis régionaux, par le caractère de leurs bords taillés à pic, par la destruction profonde du tissu, par les cic-

trices qu'ils laissent à leur suite, par l'absence de bourrelets confluents, par les dimensions plus grandes des ulcérations, par la gravité du pronostic.

PRONOSTIC. — Il est des plus bénins; la maladie guérit rapidement par des soins de propreté et un pansement approprié.

NATURE DE LA MALADIE. — Il s'agit, en toute évidence, d'une infection locale par un parasite encore indéterminé : ses caractères cliniques, si nettement accentués, permettent de dire qu'il s'agit là d'une espèce morbide nettement différenciée.

TRAITEMENT. — Le défaut de contamination par des linges infectés, telle est la première condition pour enrayer le développement de cette dermatite.

On appliquera, sur les boutons, des compresses de tarlatane aseptique imprégnées de la solution parasiticide formulée précédemment (Voy. p. 38).

BALANO-POSTHITE ÉROSIVE CIRCINÉE

Cette maladie a été décrite par Berdal et Bataille en 1889 (1).

SYMPTÔMES. — Elle s'observe rarement à son début; on ne peut guère l'étudier qu'en pratiquant des inoculations expérimentales.

Les érosions primitives se montrent surtout dans la rainure balano-préputiale, moins souvent sur la face interne du prépuce et le gland. Elles sont tout à fait superficielles; leur forme est ronde; leur fond lisse, d'un rouge vif, produit une sérosité louche; leur bord est net, et, c'est là le signe le plus important, marqué par un liséré blanc, friable, légèrement soulevé, formant un mince bourrelet. Ces érosions sont multiples; s'accroissant peu à peu, elles finissent par entrer en contact : la rainure est alors totalement envahie et l'affection gagne la face interne du prépuce et le gland; la sécrétion devient abondante : c'est à ce moment, presque toujours, qu'on observe la maladie.

La majeure partie du gland est alors d'un rouge vif avec quelques marbrures; autour du méat seul, elle est normale. Les limites de l'affection dessinent des arcs de cercle irréguliers, des formes géographiques; on voit souvent plusieurs îlots érodés, à contours polycycliques; la face interne du prépuce peut être envahie en totalité. Les lésions s'accompagnent d'une suppuration jaunâtre, d'odeur nauséuse et de phimosis; elles déterminent, à cette période, de la douleur et de la cuisson.

La réparation se produit spontanément et commence par les régions atteintes les premières; le pus y devient séreux; elles perdent leur aspect ulcéreux; la guérison est relativement rapide, mais les rechutes et les récidives sont fréquentes. La durée est, en moyenne, de trois

(1) BERDAL, *Traité pratique des mal. vénériennes.*

à quatre semaines. Il existe des formes rebelles qui ont tendance à s'éterniser.

Berdal signale, comme complication, une lymphangite, tardive, fugace, indolente, atteignant plusieurs cordons; jamais elle ne suppure. Elle peut s'accompagner d'une poly-adénopathie indolente et passagère.

Le *diagnostic* repose sur la forme arrondie des érosions, le bourrelet blanc et friable qui les entoure, leur tendance à s'étendre excentriquement. Ces signes permettent de distinguer cette balano-posthite érosive circinée des balanites vulgaires, de l'herpès et des plaques muqueuses.

ÉTIOLOGIE. — La balano-posthite érosive circinée est une affection vénérienne; on ne l'observe jamais chez des individus vierges. On ignore quelle forme elle revêt chez la femme.

Le pus y contient toujours un grand nombre de microorganismes variés : le seul qui y soit constant, celui que Berdal et Bataille considèrent comme l'agent générateur de la maladie, est un spirille extrêmement mobile, colorable par la fuschsine aniliné étendue. Ils n'ont pu réussir à le cultiver.

Ce qui prouve bien la spécificité de la maladie, c'est son inoculabilité; on peut la reproduire, par grattage ou piqûre avec le pus, ou simplement par son dépôt sur la rainure balano-préputiale, à condition que le gland soit recouvert; elle garde toujours ses caractères essentiels.

TRAITEMENT. — Le traitement indiqué par Berdal est des plus simples. Si le malade peut décalotter, on lave la rainure avec de l'eau boriquée, on essuie avec de l'ouate on badigeonne avec une solution de nitrate d'argent à 1/30°, on lave à l'eau et on poudre avec le sous-nitrate de bismuth. Cette opération est répétée trois jours de suite. Si, au contraire, le malade ne peut décalotter, on fait des injections sous-préputiales de nitrate d'argent, au 1/50°, cinq jours de suite, et, en outre, plusieurs fois par jour, des injections résorcinées à 4 p. 100 ou de sublimé à 1/5000°. L'affection guérie, il convient de donner des bains locaux d'eau blanche étendue de son volume d'eau. (L.)

BALANITE PUSTULO-ULCÉREUSE

Du Castel (1) a décrit, sous ce nom, une affection du gland et de la rainure balanique confondue en général avec l'herpès génital, en raison de l'aspect des ulcérations, qui, comme celles de cette affection, ont des bords polycycliques et microcycliques.

L'affection est d'origine vénérienne; on ignore sous quelle forme elle se présente chez la femme. On sait que l'herpès survient souvent d'une manière spontanée.

(1) DU CASTEL, *Affections ulcéreuses des organes génitaux.*

A son début, l'affection est caractérisée par des pustulettes isolées, qui occupent surtout la rainure balano-préputiale. Ces pustulettes sont acuminées et jaunâtres; leur fond est exulcéré et granuleux; jamais on n'observe de vésicules.

Parmi ces pustulettes, les unes guérissent rapidement, les autres s'étendent et forment des ulcérations, très peu nombreuses en général. Celles-ci ont un liséré rouge éclatant; leur fond est grisâtre, pultacé; au-dessous de la couche pultacée, on trouve le derme granuleux: l'ulcération est donc plus profonde que dans l'herpès. La sensibilité provoquée par les frottements est assez vive.

La guérison est, en général, rapide, lorsque le traitement est fait d'une manière correcte.

L'affection se distingue aisément de l'herpès génital par la forme acuminée des pustules, l'absence constante de vésicules, la repullulation par formation de nouvelles lésions qu'on trouve à côté des ulcérations en activité, le nombre plus considérable des éléments, l'absence habituelle de récurrences.

Le chancre simple est plus profond, ses bords sont décollés, et le diagnostic se fait sans difficulté; au besoin, on chercherait le bacille de Ducrey ou bien on ferait une inoculation sur le bras du porteur.

Du Castel obtient une guérison rapide en touchant les ulcérations avec la solution au 1/10^e d'acide phénique dans l'alcool.

On poudre ensuite avec l'oxyde de zinc, l'aristol, le dermatol. (L.)

VERRUES VULGAIRES ET VERRUES PLANES

On donne le nom générique de verrues à des productions néoplasiques qui sont surtout constituées par des proliférations de l'épiderme et en particulier du corps muqueux (acanthome d'Auspitz) (1).

Les diverses variétés de verrues prennent le nom de *verruës vulgaires*, *verruës planes*, *verruës séniles*. Celles-ci constituent une affection tout à fait spéciale; certains auteurs admettent, également, une différence essentielle de nature entre les verrues planes et les verrues vulgaires; nous verrons cependant qu'elles se rapprochent à certains points de vue et que l'on peut sans inconvénients les étudier à côté les unes des autres.

1^o **VERRUES VULGAIRES.** — Elles se développent surtout chez les adolescents et les adultes, et de préférence sur les régions découvertes, les mains, la face dorsale des doigts, le visage, le cuir chevelu, la nuque; sur le corps, on les observe surtout au voisinage des saillies articulaires.

L'influence des irritations extérieures, des pressions répétées, des excoriations sur leur développement est manifeste: elles s'observent

(1) DUBREUILH, *Des hyperkératoses circonscrites* (Congrès de Londres, 1896).

surtout chez les manouvriers, tels que les cordiers, les tonneliers et les jardiniers.

Leur auto-inoculabilité et leur contagiosité sont universellement reconnues.

SYMPTÔMES. — La verrue vulgaire est une saillie dure, à surface irrégulière, dont le volume moyen varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois. Elle est aplatie, dans les régions où elle est soumise à des pressions, ou grossièrement hémisphérique, quelquefois filiforme ou rétrécie à sa base. Sa coloration est d'un gris sombre; si l'hyperkératose est très accentuée, elle devient jaunâtre. Sa surface est irrégulière, parsemée de saillies mamelonnées, qui offrent parfois un point noir à leur centre, et de dépressions; au toucher, elle est rude et sèche. A son pourtour, on peut constater un anneau hyperémique étroit; plus souvent, un épaissement de la couche cornée l'encadre comme la sertissure d'un verre de montre.

Rarement, la pression y provoque une légère sensibilité; toute douleur ainsi produite indique une complication inflammatoire.

Les verrues volumineuses, celles qui siègent dans les plis et celles qui sont soumises à des traumatismes multipliés, sont divisées par des sillons, des rhagades, et prennent un aspect fissuraire.

Le nombre des verrues peut-être très élevé; quelques-unes ou une seule sont beaucoup plus volumineuses: ce sont les premières en date; l'auto-inoculation explique le développement des autres.

Les caractères de ces lésions se modifient suivant leurs localisations: qui ont été bien étudiées par Dubreuilh.

A la face et au cuir chevelu, les verrues sont, à leur début, hémisphériques, du volume d'une petite tête d'épingle; à la loupe, elles offrent un piqueté rosé; plus tard, elles deviennent saillantes; leur surface offre de fins prolongements; à leur base, il n'y a pas d'hyperkératose, mais souvent on distingue un pédicule rosé.

A l'angle interne de l'œil et sur la caroncule lacrymale, leur aspect rappelle (Dubreuilh), celui de la crête de coq de la rainure balano-préputiale.

Aux mains, l'hyperkératose devient très marquée; à la région palmaire, les verrues sont aplaties, très dures et très sèches, entourées d'un disque corné qui peut les surplomber; elles occupent ainsi une loge très profonde.

Dubreuilh a encore étudié une variété mal connue de cette affection: c'est la verrue plantaire. Elle est consécutive à des traumatismes locaux répétés et ne coïncide guère avec des verrues des mains. On l'observe surtout au niveau de la tête du troisième métatarsien: elle a l'aspect d'un durillon recouvert d'une couche cornée très épaisse; au centre seulement, après ablation de la surface, on constate un état verruqueux, fasciculé et mou.

Les verrues peuvent disparaître spontanément et avec rapi-