tion prolongée de tout le corps avec la pommade d'Helmerich, précédée d'un bain savonneux. Les frictions avec le baume du Pérou, avec le styrax liquide additionné d'un quart d'huile et avec la pommade au naphtol (Kaposi) donnent également de bons résultats dans le traitement de la gale. Cette dernière préparation n'est pas exempte de danger chez les très jeunes enfants, surtout si la surface à frictionner est considérable. A cet âge, nous n'employons que le styrax ou le baume du Pérou qui sont moins irritants que la pommade d'Helmerich. Lorsque la maladie se complique d'éruptions secondaires, on traitera d'abord celles-ci par les bains et les applications émollientes.

PHTIRIASE.

La phtiriase du cuir chevelu (*poux de tête*) est très commune chez les enfants pauvres et mal tenus ; l'école est souvent la source de la contagion.

La pédiculose, outre le prurit qu'elle occasionne, peut amener des complications nombreuses ; les plus fréquentes sont l'impétigo granulata du cuir chevelu, l'eczéma par grattage de la nuque et, chez les enfants lymphatiques, les abcès du cuir chevelu et les adénites cervicales. Aubert a démontré par des pesées précises que l'impétigo pédiculaire est parfois à lui seul une cause de dépérissement ; dès que l'enfant en est guéri, il retrouve le sommeil, il reprend son teint normal et augmente de poids (Dubreuilh) (1).

Nous avons mentionné déjà (p. 528) le cas d'un enfant chez lequel les poux de corps paraissent avoir été la cause de convulsions.

Le traitement de la phtiriase commencera par la coupe des cheveux, puis ceux-ci seront nettoyés avec un peigne trempé dans du vinaigre, ce qui les débarrassera des lentes.

On détruira les poux par l'emploi d'un mélange à parties égales d'huile de pétrole de lampe et d'huile d'olives, dont on enduira les cheveux le soir en les recouvrant ensuite d'un bonnet, et on procédera le lendemain matin à un savonnage à l'eau de Panama ou au savon de soufre à 1 pour 10. Il suffit de répéter cette simple opération deux ou trois soirs de suite pour tuer tous les parasites (Dubreuilh). On a préconisé également le saupoudrage du cuir chevelu à la poudre de staphisaigre, les pulvérisations à la teinture de cévadille qui ne sont pas sans danger, les frictions à l'onguent gris ou au baume du Pérou (1 pour 10 d'axonge).

La prophylaxie consistera dans la désinfection des chapeaux et des oreillers, ainsi que dans l'isolement d'avec les enfants atteints de pédiculose.

(1) Dubreuilh, *Traité des mal. de l'enf.*, 1898, t. V, p. 567.

ECTHYMA TÉRÉBRANT.

L'ecthyma térébrant infantile (Fournier) est une maladie spéciale à la première enfance. Elle est une des complications des entérites et de l'athrepsie du premier âge, chez les sujets sales et mal tenus ; néanmoins Lailler et Fournier en ont observé quelques cas chez des enfants bien portants.

Après deux ou trois jours de prodromes caractérisés par de la courbature et des troubles digestifs, on voit apparaître sur les membres inférieurs, aux fesses ou à l'hypogastre, une éruption de papules, qui se transforment rapidement en vésico-pustules. L'épiderme se rompt bientôt spontanément ou sous l'influence du grattage et l'on voit se produire, en lieu et place de la pustule, une ulcération sanieuse qui tend à gagner en profondeur. L'aspect de la région malade est alors caractéristique, elle est d'un rouge sombre et livide et criblée d'ulcérations arrondies, qui semblent taillées à l'emporte-pièce.

L'ecthyma térébrant peut donner lieu parfois à des erreurs de diagnostic par sa ressemblance avec le chancre simple ou le chancre syphilitique (*variété chancriforme* de Fournier). Par sa marche centrifuge, il peut simuler aussi les syphilides pustulo-ulcéreuses circinées.

Lascoronsky (1) rapporte quelques cas de complications phagédéniques graves de cette affection, pouvant mettre à nu les os. Ainsi un enfant, traité dans le service de Lailler, présentait une ulcération large comme la paume de la main, qui, pénétrant profondément, avait amené la dénudation partielle du fémur et déterminé la mort du petit malade. Ces formes gangreneuses foudroyantes sont heureusement rares ; nous n'en avons jamais observé.

Le streptocoque, qui est le microbe pathogène habituel de l'ecthyma (Balzer et Griffon) (2), a été trouvé plusieurs fois dans le contenu des pustules ou des ulcérations de l'ecthyma térébrant. Ehlers (3) y a constaté deux fois la présence du bacille pyocyanique à l'état pur. Triboulet (4) a pu extraire le même microbe soit des ulcérations cutanées, soit du sang du cœur et des viscères après la mort chez un enfant de dix mois atteint de la même maladie.

Le pronostic n'est pas nécessairement grave, quand l'enfant peut être bien alimenté et guéri de son affection gastro-intestinale, surtout quand l'état général est relativement bon.

Le meilleur traitement local consiste à aseptiser les surfaces ulcérées par un lavage avec une solution de sublimé à 1 pour 5000 suivi d'un saupoudrage à la poudre d'iodoforme.

(1) G. Lascoronsky, *Thèse de Paris*, 1899.
(2) Balzer et Griffon, *C. R. de la Soc. de biologie*, 1897.
(3) Ehlers, *Hosp. Tid.*, 1890, t. VIII, p. 507.
(4) Triboulet, *Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 703.

GANGRÈNE DE LA PEAU.

La **gangrène symétrique des extrémités**, appelée aussi *maladie de Raynaud* (1), est rare à tout âge ; elle a été observée chez l'enfant. Maugue (2) en cite trois cas dans la première année, et trois dans la seconde année. Cette affection, qui siège le plus souvent aux dernières phalanges des orteils ou des doigts, est occasionnée par le froid. Bouchez (3) la considère comme la seconde période des engelures, ce que nous ne pouvons admettre vu la différence considérable de fréquence qui existe entre ces deux maladies.

Nous donnons comme exemple de cette affection une observation de Besson (4) relative à une petite fille de sept mois, qui présentait depuis trois semaines une teinte violette aux extrémités du médius et de l'annulaire des deux mains, teinte qui s'exagérait parfois en même temps qu'il survenait des crises douloureuses. Bientôt on observa sur la main de petites escarres noirâtres, sèches, entourées de phlyctènes et d'un œdème dur. Les parties malades furent pansées avec de l'ouate après avoir été baignées dans du vin aromatique tiède. On administra en même temps à l'enfant de l'extrait de belladone, à la dose de 4 milligrammes par jour, qui fut augmentée jusqu'à la dose quotidienne de 18 milligrammes. Cette dose, qui ne fut jamais dépassée, n'occasionna aucun phénomène d'intoxication, et fit disparaître dès le quatrième jour les crises douloureuses. Au bout de trois semaines, les tissus avaient repris leur coloration normale autour des lésions, dont la réparation s'effectuait rapidement. Au bout de deux mois environ, les doigts avaient retrouvé leur aspect normal, et il ne restait comme traces de la maladie, que deux petites cicatrices déprimées et blanches. Il n'y eut pas de rechute. De Rham (5) a observé chez une petite fille de huit ans, très anémique, un cas de la même affection qui se termina par la nécrose de plusieurs orteils et de la troisième phalange de quelques-uns des doigts.

La **gangrène de la peau disséminée** avait été déjà décrite chez les nouveau-nés par Billard (6), par Richter (7), par Bouley et Caillaut (8). Cette maladie a été dans ces dernières années le sujet de nombreux travaux, parmi lesquels nous citerons la monographie de M. Caillaud (9). On trouve déjà dans les anciens auteurs une description de cette affection sous le nom de *rupia escharotica* sous lequel nous l'avons décrite dans nos précédentes éditions.

(1) M. Raynaud, *Thèse de Paris*, 1862.
(2) C. Maugue, *Thèse de Paris*, 1895.
(3) Bouchez, *Thèse de Paris*, 1892.
(4) Maugue, *loc. cit.*, obs. II.
(5) De Rham, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1897, p. 574.
(6) Billard, *Traité des maladies des nouveau-nés*, 1828, p. 164.
(7) Richter, traduit in *L'Expérience*, 1838.
(8) Bouley et Caillault, *Gaz. méd. de Paris*, 1852, p. 410.
(9) M. Caillaud, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1897, p. 1 et 134.

La gangrène disséminée s'observe surtout dans la première enfance, et même jusqu'à cinq ans, chez des sujets débilités ou comme complication d'une maladie infectieuse telle que la rougeole, la tuberculose, la fièvre typhoïde, le paludisme, etc. Demme (1) l'a vue survenir sur des papules d'érythème noueux, Martin de Gimard (2) sur des taches de purpura, Hutchinson comme complication des vésicules de la varicelle (Voir p. 136) ou de la vaccine, Gastou et Canuet (3) dans le cours de l'impétigo.

La gangrène peut être primitive ou survenir secondairement sur une surface cutanée dénudée (vésicatoire). Dans le premier cas, on voit se produire des vésicules ou des bulles remplies d'un liquide louche et qui se transforment en pustules ; celles-ci s'affaissent ou s'ouvrent vers le quatrième jour, et on aperçoit à leur centre une escarre noire ou brune adhérente, entourée d'un empâtement livide, dur et rouge des tissus voisins. Il se produit un travail d'élimination qui amène la chute de l'escarre et laisse à sa place une ulcération à bords taillés à pic, à fond grisâtre et sanieux lorsque la gangrène a une évolution fatale, rouge et bourgeonnante lorsque la maladie tend vers la guérison. Dans ce dernier cas, il se forme des cicatrices persistantes, qui sont parfois prises à tort pour les stigmates de la syphilis.

La gangrène disséminée siège principalement sur le tronc ou à la partie supérieure des cuisses ; on l'a constatée aussi au cuir chevelu ; elle respecte généralement les extrémités.

Son évolution s'accompagne habituellement de troubles généraux caractérisés, tantôt par une fièvre intense, tantôt par de l'hypothermie ; on observe en même temps de la diarrhée et une prostration considérable des forces. L'urine est souvent albumineuse et renferme parfois du sucre.

La marche de la maladie est habituellement rapide. Dans les cas favorables, la chute des escarres se produit en huit ou quinze jours, et la formation des cicatrices est achevée du trentième au quarantième jour (M. Caillaud). La mort survient dans la moitié des cas au bout d'une à deux semaines, soit par l'adynamie déterminée par la gangrène, soit à la suite de complications, telles que la broncho-pneumonie, une arthrite purulente, l'endocardite, etc.

La nature infectieuse de la gangrène disséminée est incontestable ; c'est une maladie contagieuse, qui procède souvent par épidémies, surtout dans les milieux hospitaliers. Demme a extrait des bulles gangreneuses un bacille dont les cultures inoculées au cobaye ont reproduit la gangrène multiple ; Gastou et Canuet, ainsi que Hulot, ont incriminé le staphylocoque doré. Il faut admettre en outre, pour

(1) Demme, *Fortschritt der Med.*, 1887.
(2) Martin de Gimard, *Thèse de Paris*, 1888, obs. VIII et X.
(3) Gastou et Canuet, in *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1896, p. 549.

le développement de la gangrène, une prédisposition créée par une maladie antérieure et la débilitation du sujet.

La prophylaxie s'impose pour la gangrène de la peau, comme pour le noma ; il faut isoler avec soin les petits malades.

Le traitement antiseptique a souvent réussi à arrêter le processus morbide. On pourra plonger l'enfant un instant dans un bain sublimé (1,0 à 2,0 pour un bain de 50 à 60 litres) ; quand les plaies sont multiples, on les pansera avec des compresses humides antiseptiques, et quand l'escarre sera tombée, on saupoudrera l'ulcération d'iodoforme. A ce moment, un lavage au vin aromatique activera le travail d'élimination. On administrera à l'intérieur une potion au quinquina et une nourriture fortifiante, appropriée à l'âge de l'enfant.

PITYRIASIS.

Le **pityriasis alba** ou séborrhée du cuir chevelu est une maladie très fréquente chez l'enfant. Elle se présente sous trois formes différentes, la *séborrhée concrète* des nourrissons, qu'un préjugé déplorable et fréquent dans nos campagnes fait respecter et transforme ainsi en une calotte qui nuit au développement de la chevelure et peut devenir le point de départ de complications eczémateuses ou impétigineuses, la *séborrhée grasse* ou teigne amiantacée de la seconde enfance, la *séborrhée sèche* ou pityriasis alba proprement dit, qui est la cause la plus fréquente de l'alopécie chez les enfants chétifs ou convalescents de maladies infectieuses.

Nous ne parlerons que du traitement de ces affections qui consiste pour la séborrhée concrète en onctions avec l'huile de foie de morue et en lavages savonneux à l'eau tiède. Pour la séborrhée grasse, qui est parfois très rebelle, il faut y joindre l'emploi du *soufre*, soit en pommade à 1 pour 20, soit en lotions ; Brocq recommande de se servir pour celles-ci du polysulfure de potassium liquide (1 partie de polysulfure solide pour 2 parties d'eau) dont on met de 10 à 50 gouttes dans un quart de verre d'eau chaude avec quelques gouttes de teinture de benjoin.

Le traitement de la forme sèche se fait d'après les mêmes principes : décapage des écailles furfuracées par l'huile de foie de morue et le savon, pommade soufrée, et, dans les cas rebelles, pommade à l'huile de bouleau blanc (*oleum rusci*) à 1 pour 5, ou à l'acide salicylique à 1 pour 50.

Le **pityriasis rosea** de Gibert est une éruption pseudo-exanthématique, qui a été observée non seulement à l'âge adulte, mais aussi dans la seconde enfance, et qui n'a d'importance qu'au point de vue du diagnostic, puisqu'on peut le confondre avec certaines éruptions syphilitiques, avec l'herpès circiné parasitaire ou avec l'eczéma séborrhéique du tronc, causé souvent par le port de la flanelle. L'éruption siège habituellement sur le tronc ; elle disparaît au bout de six semaines à deux mois et n'a aucune gravité.

Le **pityriasis versicolor** est une maladie parasitaire déterminée par un champignon, le *Microsporon furfur* (Eichstedt) ; son évolution est chronique et peut durer des années si elle n'est pas combattue ; cette affection n'a guère été observée dans l'enfance, où elle est rare, avant l'âge de six, sept ou huit ans ; elle se présente alors avec son aspect caractéristique de taches brunes café au lait, formant des archipels irréguliers sur la partie supérieure du thorax.

Sabouraud (1) a observé chez un nourrisson un type aberrant constitué par un érythème pityriasique à éléments rouges et circinés qui avait été pris pour une syphilide secondaire et dont la nature fut reconnue par la constatation sur la peau de la présence de spores de *Microsporon furfur* en quantité prodigieuse.

Cette maladie légèrement prurigineuse et sans gravité cède toujours à des lotions de sublimé (liqueur de Gowland) ou même à quelques bains sulfureux.

PSORIASIS.

Le psoriasis est rare chez les jeunes sujets ; il s'observe cependant quelquefois dans la seconde enfance sous la forme discrète de *psoriasis guttata*, et ne présente pas à cet âge une prédominance aussi marquée dans le sexe masculin que chez l'adulte ; c'est alors presque toujours une maladie héréditaire ou familiale. Rille (2) en a signalé un cas chez un nouveau-né.

Loin d'affecter la santé générale, cette dartre s'observe volontiers chez des enfants vigoureux et sanguins. Elle nous a paru moins rebelle chez l'enfant que chez l'adulte. Le traitement habituel au savon noir et à l'huile de cade fait rapidement disparaître les poussées. Nous considérons le traitement interne par l'*arsenic* comme indiqué pour empêcher les récidives. La cure aux bains de Louèche a été également très recommandée. Kissel (3) a vu disparaître une éruption psoriasique du cuir chevelu chez un enfant à la suite d'un traitement par des pastilles de 0,15 de corps thyroïde, données à la dose progressive de deux à six par jour.

TUBERCULOSES CUTANÉES.

Nous ne décrirons ici ni la tuberculose verruqueuse, que nous n'avons jamais vue chez l'enfant, ni les gommes scrofuleuses de la peau, qui appartiennent à la chirurgie infantile.

(1) Sabouraud, *Traité des mal. de l'enf.*, 1898, t. V, p. 664.
(2) Rille, *Soc. de méd. de Vienne*, 17 mai 1895.
(3) Kissel, *Soc. de méd. des enfants de Moscou*, 8 déc. 1895.

Le **lichen scrofulosorum** (Hebra) est presque exclusivement une maladie de l'enfance et de l'adolescence.

Nous l'avons observé chez un jeune garçon sur les côtés du tronc sous la forme typique de petites papules jaunâtres non prurigineuses.

Lefebvre (1) rattache à la même affection une éruption du visage caractérisée par des papules acnéiformes présentant un petit orifice béant visible au-dessous du capuchon squameux qui recouvrait la petite papule et laissant une cicatrice froncée après la guérison ; il propose pour cette affection le nom de *folliclis tuberculeux*.

Haushalter (2) a réussi à prouver la nature tuberculeuse du lichen scrofulosorum par l'inoculation positive au cobaye. Les réactions typiques obtenues avec les injections de tuberculine dans 14 cas par Jadassohn (3) sont également une preuve en faveur de la dénomination d'Hebra.

Le **lupus**, maladie à évolution lente, dont la nature tuberculeuse a été établie par la constatation du bacille tuberculeux dans les tissus atteints par cette affection, débute presque toujours dans l'enfance ou l'adolescence.

Le *lupus hypertrophique* est la forme de la maladie la plus communément observée dans le jeune âge. Cette affection se manifeste presque toujours au visage et commence par la formation dans l'épaisseur de la peau de tubercules peu saillants, indolents et d'une coloration rougeâtre ; ces tubercules, en général assez nombreux, s'étendent peu à peu et peuvent occuper toute la face. La peau et le tissu cellulaire sous-jacent deviennent le siège d'un engorgement général ; le visage présente alors une bouffissure caractéristique et est parsemé de taches rougeâtres mêlées de quelques points blancs dus à la résorption de tubercules qui se cicatrisent sans s'ulcérer (Cazenave) ; les lèvres sont généralement gonflées. Quelquefois le lupus se propage au pavillon de l'oreille ou bien il se complique d'ectropion, d'épiphora, d'oblitération des narines ; il en résulte un aspect hideux de la face. Le lupus hypertrophique est en général une affection de longue durée, qui peut persister pendant toute la vie.

Besnier (4) a observé un cas de *lupus tuberculeux disséminé* sur un grand nombre de points de la surface cutanée chez une petite fille de quatre ans qui avait été atteinte de rougeole trois mois auparavant, et Philippson (5) a constaté une éruption analogue chez deux enfants à la suite de la scarlatine.

Le traitement général du lupus est celui de la scrofule. Le traitement local consiste en badigeonnages avec la teinture d'iode ou en

(1) Lefebvre, *Thèse de Nancy*, 1898.
(2) Haushalter, *Soc. de méd. de Nancy*, 27 mai 1896.
(3) Jadassohn, *Arch. für Dermat. und Syphil.*, 1890, t. XXXVII, p. 250.
(4) Besnier, *Ann. de dermat.*, 1889, p. 32.
(5) Philippson, *Berl. klin. Woch.*, 1892, p. 358.

frictions avec la pommade à l'iodure de soufre (axonge 30 grammes, iodure de soufre 1 gramme) ou à l'iodure de mercure (axonge 30 grammes, protoiodure de mercure 1 gramme), ou en applications de compresses imbibées d'une solution de sublimé au millième (Doutrelepont) (1). La scarification linéaire (Vidal), qui a donné des succès, est abandonnée aujourd'hui par crainte de l'infection du sang par le bacille. Dans les cas rebelles, on devra recourir au raclage avec la cuiller de Bruns suivi de la cautérisation au thermocautère ou au chlorure de zinc. Besnier a préconisé l'ignipuncture, qui peut être rendue indolore par l'emploi de la cocaïne.

L'**impétigo rodens** (*scrofulide pustuleuse*) n'est probablement qu'une forme du lupus, assez fréquente chez les enfants atteints de scrofule grave. Il débute par une éruption de petites pustules agminées qui se montrent au visage, le plus souvent au voisinage du nez, quelquefois même dans l'intérieur des narines. Ces pustules se transforment rapidement en croûtes quelquefois blanches ou jaunâtres, mais le plus souvent noirâtres et colorées par du sang. Lorsque les croûtes se détachent ou sont arrachées, on trouve au-dessous d'elles des ulcérations plus ou moins étendues, peu profondes, à bords irréguliers, à fond rouge pâle et blafard, sécrétant un liquide ichoreux. L'impétigo rodens ne s'accompagne ni de douleurs, ni de démangeaisons. Sa durée est généralement assez longue. La guérison succède quelquefois directement à la chute des croûtes ; on trouve alors au-dessous de celles-ci une cicatrice toute formée, d'une teinte violacée, mais qui pâlit peu à peu ; d'autres fois, au contraire, les ulcérations prennent une marche envahissante, détruisent sur une certaine étendue les parties molles de la face et pénètrent jusqu'aux os, qu'elles respectent cependant presque toujours. La maladie ne guérit alors qu'en laissant au visage des cicatrices difformes.

L'impétigo rodens est souvent difficile à distinguer de la *syphilide pustulo-crustacée ;* les antécédents, les symptômes concomitants et les effets d'un traitement antisyphilitique éclaireront mieux le diagnostic que l'aspect des lésions ; cependant, dans l'impétigo rodens, les pustules et les cicatrices présentent en général une teinte bleuâtre assez différente de la coloration cuivrée des tubercules syphilitiques.

Le traitement général a été indiqué à propos de la scrofule ; les applications de teinture d'iode ou de poudre d'iodoforme constituent le meilleur traitement local.

MALADIES RARES.

La **sclérodermie** est une maladie rare à tout âge. Bohn (2) admet qu'un quart des cas publiés appartient à l'enfance ; 6 d'entre eux ont

(1) Doutrelepont, *Monatshefte für prakt. Dermatol.*, 1884, n° 1.
(2) Bohn, *Gerhardts Handb.* Nachtrag, 1883, p. 240.

été signalés dès les premiers mois et on peut admettre que deux fois la maladie était congénitale. Haushalter (1) a observé la sclérodactylie chez deux sœurs, la sclérodermie en plaques disséminées chez une fille de onze ans, la morphée du front chez une fille de douze ans et un cas de sclérose atrophique en placards chez une fillette de sept ans.

Il existe chez les nouveau-nés une forme spéciale de sclérodermie caractérisée par l'apparition de placards sur le tronc, qui guérissent en général en quelques mois par résorption, plus rarement par atrophie cutanée. Cruse (2) en a décrit quatre cas et Neumann (3) un cas chez des enfants âgés de quelques semaines.

Le **lichen plan** ou maladie de Wilson n'est pas une maladie de l'enfance. Néanmoins Colcott Fox (4) en a décrit une forme spéciale chez les enfants dans la première année, surtout chez ceux qui sont chétifs ou rachitiques. Il s'agit d'une éruption disséminée sur le tronc et les membres et même sur la face, de papules grosses comme des têtes d'épingle, brunâtres ou violacées à sommet plat, lisse, luisant et souvent ombiliqué. Le prurit, quelquefois très marqué, peut faire d'autres fois défaut. L'éruption se fait en général en quelques semaines et dure quelques mois.

L'**éléphantiasis des Arabes** a été observé par Moncorvo (5) au Brésil chez des enfants ; il était congénital dans 12 cas et acquis dans 44 cas. D'autres auteurs ont rapporté quelques cas d'éléphantiasis congénital ou acquis observés en Europe chez les enfants (6). La filariose du tissu lymphatique des membres, qui est la cause la plus fréquente de l'éléphantiasis des Arabes, n'a pas été retrouvée par Moncorvo, qui a constaté dans plusieurs cas la présence du streptocoque.

Dans la grande statistique de Warnig citée par Tilbury Fox (7), la proportion des cas d'éléphantiasis observés chez l'enfant est de 16 pour 100.

Les auteurs recommandent pour le traitement de cette affection, les massages méthodiques et continus du membre éléphantiasique, l'usage des courants continus sur le membre atteint et de l'iodure de potassium à l'intérieur.

Le **xéroderma pigmentosum** (Kaposi) est une maladie d'origine congénitale. Elle a été observée parfois chez plusieurs membres d'une même famille, ainsi dans un cas chez sept frères. Elle n'apparaît en

(1) Haushalter, *Revue méd. de l'Est*, 1899, p. 274.
(2) Cruse, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1879, t. XIII, p. 35.
(3) Neumann, *Arch. für Kinderheilk.*, 1897, t. XXIV, p. 24.
(4) C. Fox, *Brit. Journ. of Dermatol.*, 1891, p. 201.
(5) Moncorvo père, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1886, p. 102 et 160. — Moncorvo fils, *Las lymphangites in infancia*. Rio de Janeiro, 1897.
(6) Voir en particulier les deux cas d'éléphantiasis congénital décrits par Variot et Chicotot à la Société de pédiatrie de Paris (séance du 11 avril 1899).
(7) Tilbury Fox, *Skin diseases*. Londres, 1873, p. 361.

général qu'un certain temps après la naissance, dans le cours des premières années de la vie, sous la forme de varicosités et de taches bigarrées, s'accompagnant d'une atrophie partielle de la peau qui, à la face, peut rétrécir le nez et la bouche ou produire de l'ectropion. Elle siège aux parties découvertes : à la face, sur le cou, les avant-bras, les mains, et chez les enfants qui ne portent pas de chaussure, sur les pieds et les jambes. La peau devient rugueuse et s'exfolie en fines lamelles furfuracées. Dans une dernière période, parfois très tardive, on voit se former sur les taches pigmentées de la peau des saillies variqueuses recouvertes d'un épithélium corné, qui peuvent devenir fongueuses et se transformer en véritables ulcères épithéliomateux. La maladie se termine fatalement dans le cours de l'enfance à la suite soit de la généralisation épithéliomateuse, soit de l'épuisement dû à une suppuration abondante.

CHAPITRE II

STROPHULUS

ÉTIOLOGIE. — Le strophulus s'observe particulièrement dans les deux premières années de la vie ; sa limite extrême est l'âge de cinq ans (Sanné) (1) ; il survient le plus souvent sous l'influence du travail de la dentition, de là le nom de *feux de dents* qui lui a été souvent donné ; on rencontre assez fréquemment des enfants qui sont pris d'une poussée de strophulus à chaque éruption de dents (Hardy). Les troubles digestifs, particulièrement ceux qui sont liés à la dilatation de l'estomac, prédisposent à cette affection.

DESCRIPTION. — Le strophulus est caractérisé par une éruption de papules plus ou moins confluentes, mais toujours distinctes ; ces papules ont le volume d'une tête d'épingle ou d'un gros grain de millet ; elles sont tantôt blanches, tantôt d'un rouge vif et s'accompagnent souvent d'un prurit assez intense qui porte l'enfant à se gratter continuellement et même à s'écorcher.

On peut distinguer avec Bateman plusieurs variétés de strophulus. Dans le *strophulus intertinctus*, les papules sont éparses et entremêlées de taches érythémateuses non saillantes ; dans le *strophulus confertus*, elles sont confluentes ; dans le *strophulus volaticus*, elles sont d'un rouge vif, disposées par petits groupes peu nombreux et disparaissent rapidement ; dans le *strophulus albidus*, elles sont blanches, et quelquefois entourées d'une légère aréole inflammatoire ; dans le

(1) Sanné, art. STROPHULUS du *Dict. encycl. des sciences méd.*, 1883.