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.

strophulus candidus, elles sont plus larges et sans aréole à leur base (1). Le siège de l'éruption est variable : tantôt c'est la face, tantôt le tronc ou les membres ; quelquefois les papules forment des groupes disséminés sur divers points de la peau.

Chaque poussée de strophulus dure de deux à dix jours, mais il peut en survenir plusieurs fois de nouvelles se succédant à intervalles rapprochés. La maladie ne s'accompagne pas en général de symptômes généraux ; quelquefois cependant on observe un léger mouvement fébrile ou quelques signes d'embarras gastrique.

Dans quelques cas exceptionnels, la maladie, prenant une forme chronique, paraît pouvoir se transformer, comme l'urticaire, avec laquelle elle présente quelque ressemblance, en prurigo chronique d'Hebra (Gebert) (2).

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic du strophulus est facile : la maladie ne peut guère être confondue qu'avec la *gale* ; elle s'en distinguera par sa courte durée, par l'absence de sillons à la surface de l'épiderme, et par son siège ; l'éruption n'est pas limitée au début aux membres inférieurs comme dans la gale des petits enfants.

TRAITEMENT. — On prescrira quelques bains émollients ou légèrement alcalins et la poudre d'amidon en application locale pour calmer le prurit. Si l'éruption est liée à la dyspepsie, le traitement général aura plus d'importance que le traitement local ; il sera avant tout hygiénique et on recourra aux moyens préconisés contre les troubles de la digestion (Voir p. 634).

CHAPITRE III

IMPÉTIGO

L'impétigo est une maladie infectieuse de la peau, contagieuse et auto-inoculable. On peut distinguer un impétigo *primitif*, l'impétigo proprement dit, et un impétigo *secondaire*, dû à l'infection de surfaces dénudées par d'autres maladies de la peau, et en particulier par

(1) Nous avons rapporté plus haut (p. 137) le cas d'un enfant à la mamelle qui présenta une éruption caractérisée par des papules surmontées de petites vésicules qui simulaient celles du début de la varicelle. Cette éruption, qui s'accompagnait de prurit, se prolongea pendant tout le temps de la sortie des premières incisives ; elle nous paraît devoir être rapprochée du strophulus, de l'affection décrite par Rilliet et Barthez sous le nom d'*herpès disséminé* (*loc. cit.*, t. II, p. 73), qui accompagne également le travail de la dentition, ainsi que de la *varicelle persistante* d'Hutchinson.

(2) Gebert, *Arch. für Kinderheilk.*, 1891, t. XIII, p. 185.

l'eczéma (eczéma impétigineux). Il ne sera question ici que de la première variété.

ÉTIOLOGIE. — L'*inoculabilité* du pus de l'impétigo soit sur le malade lui-même, soit sur d'autres sujets, est prouvée depuis longtemps [Tilbury Fox (1), Vidal (2)].

Sa *contagiosité* avait frappé déjà Tilbury Fox, Kaposi, Stelwagon (3), etc., qui admettaient deux variétés de la maladie, l'une non transmissible qui s'observerait surtout chez les enfants lymphatiques et scrofuleux, c'est notre eczéma impétigineux, l'autre qu'ils appellent *impétigo contagiosa*, dont Zit (4) a fait connaître une épidémie de 40 cas, dont 29 chez les enfants.

Leroux (5) a démontré que l'impétigo primitif est une maladie microbienne univoque, due à la présence d'un streptocoque qu'il croyait distinct des autres microbes en chaînettes. F. Brocher (6), qui a repris la question, a pu vérifier l'exactitude des faits avancés par Leroux, mais une inoculation accidentelle, faite avec une culture pure du streptocoque de l'impétigo, lui a prouvé que ce microbe ne se distingue en rien du streptocoque pyogène ; sa virulence, habituellement faible, peut être exaltée et déterminer des accidents graves (phlegmon diffus, panaris, etc.). Il cite des cas de contagion de l'impétigo, qui ont engendré chez les sujets contagionnés des tournioles (panaris épidermiques).

Quand la bulle d'impétigo s'est ouverte ou que la maladie est secondaire (eczéma impétigineux), le pus peut renfermer d'autres microbes que le streptocoque, en particulier des staphylocoques, soit à l'état pur, soit associés au streptocoque.

Griffon et Balzer (7) sont arrivés aux mêmes conclusions que F. Brocher ; Thibierge et Bezançon (8) avaient déjà fait les mêmes constatations pour l'ecthyma. On peut donc considérer l'impétigo comme la forme superficielle et l'ecthyma comme la forme profonde de la streptococcie cutanée.

DESCRIPTION. — L'impétigo débute en général par l'apparition sur la peau de taches rouges disposées irrégulièrement ou réunies entre elles, et qui sont le siège de démangeaisons ; bientôt sur ce fond érythémateux se montrent de petites vésico-pustules, formant habi-

(1) Tilbury Fox, *Skin diseases*. Londres, 1873, n° 223.
(2) Vidal, *Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1877-78, p. 329.
(3) Stelwagon, *Philadelphia med. Times*, 22 sept. 1883.
(4) Zit, *Arch. für Kinderheilk.*, 1887, t. VIII, p. 161.
(5) Leroux, *Bull. de l'Acad. de méd.*, octobre 1892, et *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, février 1894.
(6) Fr. Brocher, *Thèse de Genève*, 1896.
(7) Balzer et Griffon, *Soc. de biologie*, séance du 23 octobre 1897.
(8) Thibierge et Bezançon, *Soc. de biologie*, séance du 11 juillet 1896.

tuellement des groupes plus ou moins étendus et renfermant un liquide d'abord louche, puis opaque et purulent. Ces pustules se rompent et s'affaissent au bout de deux ou trois jours ; leur contenu s'écoule au dehors et se dessèche presque aussitôt pour former à la surface de la peau des croûtes adhérentes. Ces croûtes sont quelquefois d'un beau jaune (*melitagra flavescens*), mais chez les enfants elles présentent le plus souvent une coloration verdâtre ou noirâtre ; elles sont en général sèches, rugueuses, et s'accroissent en épaisseur par une exhalation continue qui se fait à leur face interne. Si elles se détachent, soit spontanément, soit artificiellement, elles laissent à nu une surface excoriée, rouge, enflammée, douloureuse et sécrétant un liquide purulent ou séro-purulent qui ne tarde pas à se concréter pour former de nouvelles croûtes. Sur les limites de la peau malade, on trouve en général quelques pustules disséminées non encore rompues (Bazin). La sécrétion purulente diminue peu à peu et finit par tarir, les croûtes deviennent moins épaisses, moins adhérentes et tombent enfin pour ne plus renaître ; on observe à leur place des taches rougeâtres qui disparaissent au bout de quelque temps, sans laisser de trace cicatricielle, quelle qu'ait été la durée de la maladie.

L'impétigo s'accompagne en général d'un prurit plus ou moins vif et qui est peu marqué, d'après Bazin, lorsque la maladie est d'origine scrofuleuse. Il ne provoque presque jamais de symptômes généraux et est compatible avec une santé du reste parfaite.

L'impétigo peut s'observer sur toutes les parties du corps, mais il atteint le plus souvent chez les enfants la face et le cuir chevelu.

L'*impétigo de la face* s'observe particulièrement chez les petits enfants ; il se montre en général sous la forme de plaques arrondies ou ovalaires plus ou moins bien circonscrites (*impétigo figurata*), qui restent quelquefois limitées à une joue, au front ou aux paupières, où elles peuvent s'accompagner de blépharite ciliaire. Souvent les plaques d'impétigo occupent la partie postérieure du pavillon de l'oreille, la commissure des lèvres ou l'entrée des narines, où elles forment des croûtes épaisses. D'autres fois, l'impétigo s'étend à la plus grande partie de la face, qu'il recouvre d'un masque hideux (*impétigo larvalis*) formé de croûtes fétides, d'un jaune brun, irrégulières, rugueuses, et qui se fissurent par places sous l'influence des mouvements du visage ; quelquefois ces croûtes sont colorées en noir par du sang, lorsque l'enfant les a grattées ou a cherché à les arracher. Cette forme de la maladie est souvent d'une assez longue durée et récidive facilement.

L'*impétigo du cuir chevelu* se présente aussi sous la forme de plaques disséminées, ou bien il occupe une large étendue.

Dans le premier cas (*impétigo granulata*), les pustules forment de petites masses confluentes, qui ne tardent pas à se dessécher et à se transformer en couches brunâtres très adhérentes qui emprisonnent

un certain nombre de cheveux ; il s'en détache de petites écailles sèches, friables, irrégulières, qui restent dans la chevelure et lui donnent un aspect sordide. Cette variété d'impétigo s'accompagne souvent de la présence de *poux*.

Lorsque l'impétigo est généralisé sur le cuir chevelu, celui-ci est recouvert d'une calotte épaisse et chagrinée, exhalant une odeur fade qui peut devenir à la longue horriblement fétide. Un liquide visqueux est sécrété par les surfaces atteintes ; il colle les cheveux et s'écoule sur la peau du front et de la partie postérieure des oreilles où il ne tarde pas à inoculer la maladie. Lorsque les croûtes se sont desséchées, la partie superficielle peut se détacher et laisse alors à nu une couche plus profonde d'un jaune clair qui ressemble aux croûtes du favus. L'impétigo généralisé du cuir chevelu est une des formes les plus chroniques de la maladie. La guérison est quelquefois suivie d'une *alopécie* partielle, mais qui n'est pas toujours incurable.

Marche. — L'impétigo peut être aigu ou chronique.

L'*impétigo aigu* débute après quelques symptômes fébriles, ordinairement peu accentués, mais qui peuvent être exceptionnellement assez intenses. Sa marche est assez rapide ; sa durée est en moyenne de deux à quatre semaines, mais elle peut être raccourcie par un traitement rationnel ; plus rarement l'impétigo passe à l'état subaigu ou chronique, en se reproduisant indéfiniment par de nouvelles poussées.

L'*impétigo chronique* évolue sans retentissement général et se perpétue par des auto-inoculations successives pendant des mois ou des années. Il n'est pas rare de le voir s'accompagner du développement de tournioles cutanées des ongles.

COMPLICATIONS. — Les *infections secondaires* ne doivent pas étonner dans une streptococcie de la peau ; elles sont néanmoins plus rares qu'on ne pourrait s'y attendre. L'impétigo du cuir chevelu peut s'accompagner d'abcès sous-cutanés, qui guérissent en général rapidement si on les incise de bonne heure et les traite antiseptiquement.

La *conjonctivite purulente*, accompagnée ou non de kérato-conjonctivite phlycténulaire, coïncide parfois avec l'impétigo de la face.

On a signalé également une *stomatite impétigineuse* (Voir p. 578), une *vulvite impétigineuse*, des adénites suppurées, dues au streptocoque ou à des infections secondaires par le staphylocoque. Chez des enfants affaiblis ou cachectiques, l'impétigo peut se transformer en ecthyma, affection due, comme nous l'avons vu, au même microbe.

Leroux (1) a signalé plusieurs cas de *broncho-pneumonie infec-*

(1) Leroux, art. Impétigo du *Traité des mal. de l'enf.*, 1898, t. V, p. 351.

tieuse mortelle survenue chez des enfants atteints de gourmes impétigineuses étendues et suppurées.

Les *néphrites* ont été également observées dans le cours d'eczémas impétigineux généralisés ; l'un de nous (Voir p. 868) en a signalé un cas relatif à un nourrisson qui succomba à des symptômes urémiques. Dans une observation de Haushalter (1), un enfant de deux ans présentait les symptômes d'un adéno-phlegmon sous-maxillaire à la suite d'un impétigo du pli mentonnier et de la narine gauche; il en résulta une néphrite aiguë, avec anasarque et albuminurie qui disparut, qui récidiva un mois après sous la forme d'une seconde poussée et se termina par une guérison définitive.

Dans une observation d'Hulot, une petite fille de deux ans présenta, à la suite d'un impétigo ulcéré étendu du cuir chevelu et d'abcès consécutifs dont le pus contenait des staphylocoques, des convulsions violentes avec fièvre. L'enfant succomba et l'on constata à l'autopsie une *thrombose des sinus*; un caillot recueilli dans le sinus latéral donna une culture de staphylocoques.

DIAGNOSTIC. — L'impétigo est une maladie facile à reconnaître; elle se distingue de l'*eczéma proprement dit* par son élément initial, qui est une vésico-pustule purulente d'emblée au lieu d'être une vésicule transparente, et par ses croûtes qui sont plus épaisses et plus rugueuses que celles de l'eczéma.

L'impétigo se distingue de la scrofulide pustuleuse (*impétigo rodens*) par sa marche plus rapide, par l'extension généralement plus grande des croûtes, par le prurit qui l'accompagne, et surtout par l'absence complète d'ulcérations de la peau ou de cicatrices après la chute des croûtes.

Le diagnostic avec le *favus* sera indiqué à propos de cette affection.

TRAITEMENT. — D'après un préjugé ancien et très répandu, il serait dangereux de traiter l'impétigo des enfants, et un grand nombre d'accidents ont été attribués à ce qu'on a appelé la *rétrocession des gourmes*. L'expérience des contemporains est peu favorable à cette opinion ; on voit souvent une maladie intercurrente faire disparaître momentanément une éruption impétigineuse, mais cette disparition est l'effet et non la cause de la complication. Nous pouvons affirmer que l'impétigo est une affection des plus bénignes, pourvu qu'on se donne la peine de faire tomber les croûtes ou de vider les pustules et les tournioles, puis de désinfecter la surface ainsi dénudée par un simple lavage au sublimé à 1 pour 1000 suivi d'un pansement aseptique. Aux lèvres et au pourtour de la bouche, où il est difficile de

(1) Voir : Lévy, *Thèse de Nancy*, 1897. — Hulot, *Thèse de Paris*, 1895.

maintenir un pansement, on obtient de bons résultats en remplaçant celui-ci par un badigeonnage avec la colle d'Unna à l'oxyde de zinc, qui a pour formule :

Oxyde de zinc	10 parties.
Gélatine	ãã 30,0
Glycérine	
Eau	

On commence par délayer complètement l'oxyde de zinc dans la glycérine, puis on ajoute de l'eau tiède, enfin la gélatine; on fait fondre le tout dans un bain-marie et on badigeonne avec un pinceau les parties dénudées.

Le traitement général ne sera utile que chez les enfants scrofuleux ou dans l'eczéma impétigineux (Voir le traitement de l'eczéma, p. 903).

CHAPITRE IV

PEMPHIGUS

Le *pemphigus chronique* à forme bulleuse ou foliacée n'est pas commun dans l'enfance et ne présente à cet âge aucun caractère spécial ; le *pemphigus aigu* est au contraire assez fréquent chez les petits enfants où il a été décrit sous le nom de *pemphigus des nouveau-nés*. Cette dernière affection présente deux variétés, l'une *maligne*, qui est presque toujours symptomatique de la syphilis héréditaire et qui a été décrite à propos de cette maladie (Voir p. 389), l'autre généralement *bénigne*, qui est une affection idiopathique ; c'est la seule dont nous nous occuperons ici.

ÉTIOLOGIE. — Le pemphigus aigu idiopathique s'observe le plus souvent dans les premiers jours de la vie ; ainsi, dans l'épidémie décrite par Besnier et Homolle (1), la maladie débutait de trois à six jours après la naissance. On la rencontre cependant quelquefois dans la seconde enfance ; L. Secretan (2) l'a observée chez une petite fille de six ans, Badaloni (3) chez une enfant de douze ans et Senator (4) chez une fille de seize ans.

Le pemphigus aigu sévit le plus souvent sous forme d'*épidémies* dans les maternités ou chez les sages-femmes ; des épidémies de pemphigus aigu des nouveau-nés ont été signalées particulièrement par Hervieux, Besnier et Homolle à Paris, par Klemm et

(1) Besnier et Homolle, *Union méd.*, 1874, nos 138 et 139.
(2) L. Secretan, *Revue méd. de la Suisse rom.*, févr. 1882, p. 152.
(3) Badaloni, *Morgagni*, juillet 1883, p. 415.
(4) Senator, *Deutsche med. Woch.*, 1886, no 1.