

applications de collodion iodoformé sur la tête et le cou. On donnera en même temps l'iodure de potassium à l'intérieur. A part ces quelques moyens, la médication est purement symptomatique.

Parmi les sédatifs on pourra avoir recours à l'*opium*, à la *morphine*, ou au *chloral* dans le cas de convulsions violentes; aux applications de *glace* sur la tête et la colonne vertébrale; les *bains tièdes* sont indiqués pour les petits enfants quand ils souffrent beaucoup et sont agités.

Pour combattre l'hyperthermie on donnera les *antipyrétiques* à l'intérieur et on usera prudemment des bains tempérés. Dans le cas de collapsus ou de coma profond, on donnera des stimulants, *musc*, *camphre*, *préparations ammoniacales*. On surveillera attentivement l'état des yeux et des oreilles et on combattra les processus inflammatoires par les moyens appropriés. On nourrira le malade avec du bouillon, des œufs, du lait. En cas de vomissements incessants on essaiera les *lavements peptonisés* (Leyden, Emminghaus); les préparations artificielles de Kemmerich et Weyl sont aussi à recommander.

Pendant la convalescence, il faut au malade les plus grands ménagements pour son intelligence et il faut lui interdire la fréquentation de l'école pendant des mois. La maladie étant de nature contagieuse il est indiqué de prendre toutes les mesures prophylactiques régulières.

2. — Érysipèle.

Sous le nom d'érysipèle (de *ερυθρος* rouge et de *πελας* peau; d'après Krause, l'étymologie serait *πελας* près, voisin, c'est-à-dire rougeur continue) on comprend une affection produite par la pénétration d'un micro-organisme dans la peau ou dans la muqueuse, caractérisée par une rougeur inflammatoire et du gonflement nettement limités, qui s'étendent en surface autour du point de départ; elle s'accompagne de fièvre et de phénomènes généraux graves, et peut être suivie de complications variées.

Orth, Klebs, Hüter, Koch, Lukomski avaient prévu la nature bactérienne de l'affection, et depuis les recherches de Fehleisen

l'érysipèle est devenu une des maladies microbiennes les mieux connues. Il est produit par un streptocoque qui pénètre dans la peau ou dans une muqueuse par une solution de continuité, et, en s'y multipliant, provoque une inflammation qui tend à gagner en surface. La solution de continuité peut, il est vrai, être minime et échapper entièrement à l'observation, surtout si elle est située sur une muqueuse, dans une région difficilement accessible à l'examen. La muqueuse nasale, le pharynx nasal sont très souvent le point de départ de l'érysipèle; les lésions produites par la vaccination servent très souvent chez les enfants de porte d'entrée au streptocoque de l'érysipèle. C'est une maladie éminemment contagieuse et qui s'attache aux logements, aux objets, à la literie, aux vêtements, au parquets et aux parois des pièces; elle se transmet directement par le malade ou par l'intermédiaire d'une tierce personne.

La contagion peut résulter aussi d'inflammations d'apparence catarrhale de l'espace naso-pharyngien (*coryza érysipélateux*), qui ont pour cause le streptocoque de l'érysipèle (1). Cette maladie se rencontre chez des enfants très jeunes, chez les nouveau-nés, et elle donne lieu à de fréquentes épidémies dans les hospices ou les hôpitaux d'enfants mal tenus. L'incubation dure de 15 à 60 heures.

Anatomie pathologique. — Sur le cadavre, la peau des parties malades paraît à peine modifiée macroscopiquement. Au microscope, on trouve les lymphatiques de la peau bondés d'innombrables microcoques en chaînettes disposés en amas; les vaisseaux sanguins sont dilatés, remplis de sang; entre les cellules de la couche de Malpighi existe un exsudat liquide assez abondant qui, par places, soulève l'épiderme en formant des bulles volumineuses. Au niveau des amas formés par le streptocoque, la peau est infiltrée de cellules lymphoïdes sorties des vaisseaux.

(1) L'érysipèle ne naît pas nécessairement de l'érysipèle; la fièvre puerpérale, les septicémies traumatiques, certains phlegmons, certaines angines, particulièrement celle de la scarlatine (Heubner, Lenhartz), peuvent être l'origine de cas d'érysipèle. Toutes ces maladies sont en effet le fait d'un streptocoque. Les recherches de Cornil et Babès, Passet, Lenhartz, Doyen, Widal ont montré l'identité de ces microbes en chaînettes, qui, suivant le mode d'introduction et le degré de virulence, produisent telle ou telle maladie. (L. G.)

Les lésions sont surtout marquées au niveau des parties envahies en dernier lieu, tandis que les parties primitivement atteintes présentent les mêmes lésions à un degré moindre. Les viscères présentent des modifications variables, d'après la nature et la gravité des complications ; on peut trouver de l'hyperhémie des méninges, de l'inflammation du poumon, de la pleurésie avec épanchement, des exsudats dans le péritoine, du gonflement du foie, des reins, de la rate, de la péricardite et de l'endocardite, des adénopathies.

Symptômes et marche. — Suivant l'intensité de l'infection, la maladie débute par un frisson ou par une attaque d'éclampsie, apparaissant violemment au milieu d'une fièvre intense ; la température atteint rapidement 40° ou 41° et plus. Si l'érysipèle ne débute pas par les membres, les extrémités sont souvent froides, glacées même. Le pouls est extrêmement fréquent ; en outre, prostration profonde, agitation, jactitation et, chez les enfants plus âgés, somnolence et délire. En même temps, graves symptômes gastriques : la langue est chargée, collante, la bouche sèche, les vomissements fréquents.

Bientôt, la région de la peau envahie devient rose, se gonfle et se distingue très nettement de la peau saine ; elle devient très douloureuse, au point que la pression arrache des cris aux enfants plongés dans la torpeur. Si l'érysipèle a commencé par le nez, l'organe est gonflé, les conjonctives rouges, les paupières enflées, et l'enfant ne peut les ouvrir. Le gonflement limité par un bord saillant, envahit la peau du front, le cuir chevelu, les oreilles, les joues, transformant la face en une masse informe. Comme dans la scarlatine, les parties rouges et infiltrées se distinguent nettement d'une bande de peau pâle qui descend du front sur les parties latérales du nez en faisant le tour de la bouche.

La rougeur et l'infiltration ne persistent pas longtemps : les parties atteintes se dégonflent, pâlissent, se rident, et commencent à desquamier ; s'il s'est formé des vésicules, l'épiderme se détache en grandes lames. En conservant toujours son bord saillant, la rougeur envahit les parties voisines, descend du cuir chevelu sur la nuque en formant tantôt des îlots isolés, tantôt des prolongements irréguliers, en pointe.

Le processus peut alors se limiter, rester stationnaire et une défervescence critique brusque vient terminer la maladie. Mais dans

beaucoup de cas le processus continue sa marche envahissante, atteint successivement la poitrine, les bras, l'abdomen et, par poussées successives qui se prolongent pendant deux, trois et quatre semaines, arrive jusqu'aux extrémités inférieures. Les parties primitivement atteintes se flétrissent et desquament, phénomènes déjà décrits. L'envahissement peut se faire, suivant la localisation primitive, dans un ordre inverse du précédent : le processus peut partir des extrémités pour envahir le reste du corps, ce qui heureusement est assez rare, car il reste ordinairement plus circonscrit. Pendant cette migration, l'intensité des phénomènes généraux qu'on observe dépend de deux facteurs : de la fièvre et de la nature des complications. La fièvre est généralement très élevée, avec des rémissions matinales peu marquées. On observe pourtant des oscillations très irrégulières ; la température tombe de 41° à 37°, quand l'érysipèle commence à se limiter et à rester stationnaire, quand il s'est arrêté, par exemple, à la nuque ou à la région fessière ; puis nouvelle ascension à 39 ou 40°, généralement moins haut que la première fois. Dans les cas favorables, la défervescence définitive se fait également après des oscillations.

Les cas qui doivent se terminer par la mort présentent une température très élevée, de 41° et plus. Dans ces cas on trouve les extrémités froides, glacées, le corps brûlant, le pouls imperceptible, la respiration superficielle, irrégulière ; l'agitation est continuelle, les jeunes enfants poussent des cris et des gémissements, les enfants plus âgés sont pris de délire violent ou de stupeur profonde, avec grincements de dents et jactitation ; le cœur faiblit de plus en plus et la mort est la terminaison habituelle de cet état.

Chez d'autres enfants ce sont les complications qui dominent la scène : méningite cérébrale et spinale accompagnée de convulsions, de raideur de la nuque et de strabisme ; œdème de la glotte, pneumonie lobaire ou lobulaire, endocardite et péricardite. Dans d'autres cas encore l'érysipèle se complique de néphrite et de troubles de la miction, d'abcès du tissu cellulaire sous-cutané et de gangrène envahissant de préférence le scrotum ou la vulve. Dans quelques cas on a signalé encore du sclérème généralisé avec hypothermie, paralysie cardiaque et mort consécutive. L'érysipèle, s'il envahit tout le corps, doit être considéré comme une maladie terrible pour le premier âge ; s'il gué-

rit, il laisse l'organisme dans un état de ruine que le moindre choc renverse. La formation d'abcès dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans la thyroïde, comme je l'ai observé, la transformation caséuse des ganglions bronchiques avec tuberculose miliaire consécutive, les suppurations articulaires peuvent déterminer la mort au bout de quelques semaines ou de quelques mois. Chez d'autres enfants on observe encore des phénomènes nerveux graves, du spasme nutans (1), du nystagmus, des otites avec surdité consécutive.

L'érysipèle ne présente pas toujours une évolution rapide. Dans quelques cas son évolution est trainante : il se localise dans certaines parties du corps, puis disparaît en laissant un certain degré de gonflement, et réapparaît de nouveau aux mêmes endroits. Il existe alors une sorte d'érysipèle à rechutes provoquant l'infiltration chronique des parties atteintes et l'épaississement éléphantiasique de la peau du nez, des oreilles, des extrémités. Cette tendance aux rechutes distingue l'érysipèle d'autres maladies infectieuses.

Diagnostic. — La coloration rose tendre, diffuse de la peau, nettement séparée des parties saines par un rebord saillant, la tendance de l'affection à envahir les parties voisines, permettent de faire le diagnostic. Du reste, on peut dire d'une façon générale que lorsqu'on a vu l'érysipèle une fois on ne le confond plus avec les autres dermatites ou érythèmes, grâce à sa coloration, à sa délimitation nette et à sa consistance spéciale.

Pronostic. — Le pronostic de l'érysipèle dépend de sa localisation, de son extension et de l'âge du malade. L'érysipèle du cuir chevelu peut se compliquer de méningite ; si l'affection débute par l'oreille ou le pharynx, l'œdème de la glotte qui l'accompagne quelquefois peut être cause de mort. Le pronostic est d'autant plus grave que l'érysipèle est plus étendu, la maladie plus longue, la fièvre plus élevée,

(1) Le spasme nutans désigné encore sous le nom de *tic de Solaam*, est caractérisé par des crises convulsives, limitées à la tête et au tronc, dans lesquelles l'enfant incline la tête et plie légèrement le corps en avant avec une grande rapidité et de 20 à 100 fois de suite ; pendant ce temps l'intelligence s'obscurcit ; l'enfant paraît hébété. On considère cette affection comme une forme de l'épilepsie, à laquelle elle aboutit souvent. Les troubles intellectuels et cette terminaison la distinguent de la maladie des tics convulsifs. (L. G.)

les complications plus graves. Un érysipèle simple, peu étendu et sans complications, se termine ordinairement par la guérison, sauf cependant chez les nourrissons.

Traitement. — La thérapeutique varie avec l'étendue de l'affection, l'intensité de la fièvre et la nature des complications. La nature microbienne de l'érysipèle étant parfaitement admise, le traitement doit agir dans ce sens. On a d'abord essayé d'arrêter la maladie par l'application directe des antiseptiques sur la peau. La *poudre d'iodoforme*, les badigeonnages avec de la *glycérine phéniquée* (à 3 0/0) ou avec un mélange composé (térébenthine 2 p., teint. d'iode 1 p., glycérine 5 p.) ; les frictions avec des *pommades phéniquées* ont donné quelquefois de bons résultats. Les compresses tièdes de *sublimé* au 2000^e ont été essayées avec des résultats variables. L'application des antiseptiques est quelquefois suivie, surtout chez les tout jeunes enfants, d'infiltrations violentes et dangereuses du tissu cellulaire sous-cutané. On pourrait dire la même chose des frictions avec une pommade à la *résorcine* (résorcine 5, axonge et lanoline à 10), ou des badigeonnages faits avec une solution au 20^e de *trichlorophénol* dans la glycérine (Jurinsky) ou avec de l'acide sulfhydrique étendu (Polanyi), ou avec l'essence de térébenthine ou l'acide borique (acide borique 4, glycérine 30). L'*ichtyol* en pommade (ichtyol et vaseline, parties égales ; recouvrir les parties après friction, avec de l'ouate salicylée) ou en solution, est mieux supporté (1).

Les succès de la méthode externe ont fait recourir à la *méthode hypodermique* : injections sous-cutanées d'acide phénique au 2000^e, scarifications des parties atteintes et irrigation consécutive avec des solutions faibles d'acide phénique ou de sublimé. Cette méthode, qui a donné de bons résultats, doit être appliquée avec beaucoup de réserve aux enfants, qui sont si sujets à l'intoxication par l'acide phénique ou le sublimé.

On a encore essayé de combattre les processus infectieux par l'administration à l'intérieur de substances antifermentescibles, telles que *benzoate de soude*, *acide phénique*, *eau oxygénée* (eau oxygénée 2, dans 120 d'eau, glycérine 3, par cuillerées à café toutes les

(1) L'onguent mercuriel simple peut être employé avec efficacité ; mais il faut surveiller attentivement l'état de la bouche. (L. G.)

heures ou toutes les deux heures). La *résorcine*, l'*essence de térébenthine* par cuillerées ou demi-cuillerées à café, 3 ou 4 fois par jour, ont donné des résultats variables.

Le traitement local et étiologique ne doit pas faire perdre de vue les règles de la thérapeutique générale. L'hyperthermie sera combattue par les enveloppements froids; le délire violent, les convulsions par les compresses de glace ou par une vessie de glace appliquées sur les parties atteintes. On se gardera bien d'administrer les antipyrétiques énergiques et dépressifs, tels que salicylate de soude, etc., ou même les sels de quinine. Cette abstention est d'autant plus indiquée dans l'érysipèle que les chutes brusques et spontanées de la température, sont capables de provoquer à elles seules des états adynamiques graves du cœur.

Pour combattre le collapsus on aura recours aux *toniques*, vin, bouillon, aux *stimulants* comme le camphre, le musc, l'éther, substances qui, administrées au moment opportun, sauvent quelquefois la vie du malade.

Les soins réclamés par les complications, sont exposés dans les chapitres consacrés à ces affections. Les abcès seront ouverts de bonne heure et pansés d'après les règles de l'antisepsie. Dans l'œdème de la glotte on est quelquefois obligé de pratiquer la trachéotomie.

3. — Coqueluche.

La coqueluche est une affection contagieuse qui se rencontre presque exclusivement chez les enfants et se caractérise par des accès de toux violente, suffocante, survenant d'une façon périodique. L'évolution est chronique, la durée parfois très longue. Une première atteinte confère ordinairement l'immunité.

Étiologie et anatomie pathologique. — La coqueluche reconnaît un mécanisme analogue à celui de la toux vulgaire. Les expériences physiologiques ont démontré que le nerf laryngé supérieur est le nerf de la toux et que d'autre part, la partie de la paroi postérieure du larynx située immédiatement au-dessous des cordes vocales (fosse inter-aryténoïdienne), de même que la bifurcation de la trachée, sont

les régions dont l'irritation provoque la toux la plus intense (Nothnagel).

On a voulu dernièrement faire du trijumeau un nerf de la toux, depuis qu'on a démontré que l'excitation du trijumeau dans la muqueuse nasale est capable de provoquer des attaques de toux violentes (Schadewald, Wille, Michael).

Comme *base anatomique* de la coqueluche, on a décrit une inflammation du larynx, de la trachée et des fosses nasales (Meyer-Hüni, Leber, v. Herff), mais les lésions domineraient surtout sur la fosse inter-aryténoïdienne et sur la trachée jusqu'aux bronches intrapulmonaires. Cette pathogénie localisatrice est admise par les auteurs qui expliquent la contagiosité de la coqueluche par l'existence dans les crachats de micro-organismes (Birch-Hirschfeld et plus récemment Afanasieff) et qui disent avoir reproduit la coqueluche vraie chez des lapins en inoculant ces micro-organismes sur la muqueuse respiratoire (Letzerich, Tschamer, Afanasieff) (1). Deichler dit avoir trouvé dans les crachats des enfants atteints de coqueluche, des protozoaires en forme de fer à cheval auxquels il attribue une action spécifique. D'après ces données la coqueluche serait provoquée par un catarrhe parasitaire de la muqueuse respiratoire et les phénomènes nerveux caractéristiques seraient la conséquence de l'irritation intense de la muqueuse produite par la pénétration des micro-organismes; ou bien l'affection serait, d'après les idées de Michael, une névrose réflexe dont le point de départ seraient les terminaisons nerveuses du trijumeau dans la muqueuse nasale. Coesfeld admet également que la coqueluche est une névrose réflexe et appuie sa façon de voir sur ce fait que les enfants sourds-muets ne sont jamais atteints de coqueluche.

On a opposé bien des faits à la *théorie pathogénique* de la coqueluche telle que nous venons de l'exposer. Les essais pour provoquer les quintes de toux caractéristiques chez des animaux auxquels

(1) Les recherches d'Afanasieff (*St-Petersb. medic. Wochensh.*, n° 39, 1887) et de Semtschenko, sont les seules qui réalisent des conditions de sécurité suffisante. Le bacille qu'ils ont décrit est mobile; il se cultive sur les milieux ordinaires. Inoculé en cultures pures dans la trachée de jeunes chiens et de lapins, il provoque tantôt une pneumonie mortelle, tantôt une inflammation catarrhale des voies respiratoires, des