

ments sont douloureux. Or, il n'est pas rare, dans ces cas, de voir la dermite s'exagérer, devenir rapidement gangreneuse, diphtéritique, fibrineuse, phlegmoneuse, accidents qui, dans les cas les plus favorables, guérissent avec des pertes de substance qui seront remplacées par des cicatrices, ou qui, comme je l'ai déjà vu, peuvent déterminer en quelques jours la mort, après des phénomènes d'éclampsie et de collapsus. »

Moussous l'a ramené à ses proportions véritables¹. Il a le même aspect et les mêmes allures que chez l'adulte, se localise toujours aux points de frottement de deux surfaces cutanées. On le voit au pli de l'aîne, dans les sillons génito-cruraux, dans l'espace interfessier, au creux de l'aisselle, très fréquemment aussi dans les plis de la peau qui se forment au niveau du cou et de la nuque, s'étagent le long de la face interne des cuisses. Il a une prédilection pour le sillon qui sépare le cuir chevelu du pavillon de l'oreille. Au début, la rougeur existe seule, mais bientôt, l'hyperstéatidrose aidant, la peau macère et répand une odeur sébacée très désagréable.

Quant aux rapports de l'intertrigo avec les autres dermatites infantiles, Moussous n'y fait pas allusion. Je suis impuissant à combler cette lacune ; il me paraît toutefois qu'il y a entre ces diverses lésions des points de contact et des différences. Toutes sont des variétés de *dermite simple*, et leur anatomie pathologique doit être fort voisine. Les dermatites diffuses débutent souvent par de l'intertrigo et, en tout cas, quand elles envahissent les plis, ont en ces régions une physionomie fort semblable. De plus, il est inexact, comme le disent la plupart des auteurs, et comme je l'ai cru moi-même, que les vésicules et les érosions respectent *constamment* les plicatures cutanées. En revanche, je ne me rappelle pas y avoir vu de papules post-érosives, et cela ne laisse pas d'être surprenant, quand on réfléchit que c'est justement là que *nichent* le plus volontiers diverses lésions bourgeonnantes et végétantes. D'autre part, si l'on admet identité ou grande analogie entre ces dermatites, il n'est pas très aisé de comprendre que l'une, l'intertrigo, s'observe chez l'adulte avec les mêmes caractères que chez l'enfant, tandis que les autres variétés deviennent introuvables. Donc, je le répète, la question demeure obscure.

Il va m'être néanmoins possible maintenant de présenter au lecteur un tableau synthétique de cette classe de dermatoses :

Dermites infantiles simples.	Dermite au 2 ^e degré.	{	Dermite au 1 ^{er} degré ou érythémateuse. Érythème simple.	{	Érythème vésiculeux pur.
			érythémato-squameuse. Érythème squameux.		Érythème vésiculeux érosif.
				érythémato-vésiculeuse. Érythème vésiculeux	
	Dermite au 3 ^e degré ou ulcéreuse.				
	Dermite intertrigo.				{ simple. érosive. ulcéreuse.

(¹) *Loc. cit.*, p. 56.

Évolution. — Il faut envisager ici l'évolution progressive et l'évolution régressive. La première peut, dans les cas les plus légers, être très limitée : la dermite reste à sa *phase initiale*, c'est-à-dire celle où l'érythème presque pur la constitue. Même à ce degré, l'évolution est encore variable, selon l'étendue de la dermatose et ses localisations ; dans les plis par exemple, elle est plus tenace que partout ailleurs, plus tenace aussi au plan postéro-inférieur et interne du corps qu'aux autres régions. De plus, elle est sujette à des disparitions plus ou moins brusques et à des réviviscences, en rapport avec des modifications mal connues, mais positives, de l'état général.

Ces réserves faites, cette forme, dans l'ensemble, est la plus fugace et en quelques jours tout peut rentrer dans l'ordre. Assez souvent au contraire elle passe à la deuxième phase, ou vésiculeuse, qui d'ailleurs se montre fréquemment d'emblée. Ici, lésion cutanée un peu plus profonde, un peu plus durable aussi, et presque toujours la *dermite vésiculeuse* évolue vers la phase *vésiculo-érosive*. Là encore nulle gravité de la dermatose *en soi* ; vésicules et érosions post-vésiculeuses peuvent guérir *individuellement* en quelques jours. Mais d'une part, et je chercherai plus loin à établir pourquoi, la petite lésion peut passer à une phase plus avancée (papuleuse ou ulcéreuse) ; d'autre part, les poussées successives sont fréquentes, si bien que la durée *d'ensemble* peut être portée à plusieurs semaines. Des considérations analogues s'imposent quand les érosions bourgeonnent (dermites papuleuses pures, papulo-érosives, ou mixtes, polymorphes). Cette évolution peut se faire avec une surprenante rapidité (en 48 heures, ou même moins, en quelques jours au plus) et quant à la régression, elle est à peu près aussi rapide. Mais là aussi, la dermatose peut évoluer par *poussées successives*, subordonnées à celles de la dermite vésiculeuse. Par contre, dans la forme *ulcéreuse*, celle où le derme est profondément entamé, l'on ne doit plus s'attendre à ces alternatives rapides d'évolution et de régression : l'ulcère une fois constitué est beaucoup plus *fixe* et *durable* que la gamme des lésions précédentes. On verra que cette différence est tout entière subordonnée à l'état général ; que l'ulcère proprement dit dérive de son altération profonde, qui peut être *minime* au contraire dans chacune des autres variétés. Donc, au total, la lésion cutanée est bénigne envisagée *en soi* ; et l'exception faite pour la forme ulcéreuse n'est qu'apparente : si l'ulcère est durable, c'est qu'il exige pour se produire une profonde viciation des tissus ; le pronostic de ces dermatoses ne saurait donc être envisagé qu'après l'étude de leurs conditions biologiques générales.

Anatomie pathologique. — Parrot le premier l'a soigneusement étudiée : il a indiqué le mode de formation des vésicules aux dépens du corps muqueux de Malpighi dont les cellules à un premier degré paraissent claires, tuméfiées, *hydropiques*, puis à un degré plus avancé, « se rompent, communiquent les unes avec les autres, et disparaissent complètement » ; c'est alors que la lame cornée séparée du corps muqueux forme une voussure que remplit le suintement émané des cellules muqueuses malades (phase vésiculeuse). Un peu plus tard, l'opercule corné qui correspond à la voussure *se brise* ; celle-ci est alors convertie en une légère crevasse laissant

suinter le liquide muqueux à sa surface (érosions post-vésiculeuses).

Parrot signale en outre l'hyperémie du réseau veineux du derme et, *parfois*, la prolifération nucléaire de la couche dermique superficielle.

A côté de ces lésions de l'érythème vésiculeux, Parrot étudie celles de l'érythème papuleux, *dermatose distincte pour lui de la précédente*, je l'ai dit plus haut. Ici, dit-il, le travail morbide s'est accompli surtout dans le derme qui, dans la couche papillaire et parfois jusqu'aux glandes de la sueur, est le siège d'une multiplication nucléaire, ayant les vaisseaux pour point de départ.

Dans l'*érythème ulcéré*, Parrot relève « la prolifération excessive des éléments de l'épiderme et du derme, l'étouffement vasculaire qui en résulte, et la nécrobiose consécutive des nouveaux produits ».

En somme, Parrot, cliniquement comme au point de vue anatomique, a méconnu la relation directe, la *filiation*, unissant la phase papuleuse à la phase vésiculo-érosive des dermatites simples de l'enfance.

Menahem Hodara, par contre, a fait tout récemment une étude histologique minutieuse de ces lésions, d'où ressortent un complément des travaux de Parrot, d'intéressants détails inédits, et une entière confirmation anatomique de l'évolution papuleuse des lésions vésiculo-érosives, telle que je l'énonçai en 1886 et que Menahem Hodara accepte pleinement, comme Sevestre, Moussous, etc. Voici la substance de ces recherches nouvelles :

Sur les coupes d'un cas de dermatite squameuse, érosive par places, papuleuse en d'autres points, que Menahem a d'abord étudiée, on voit l'épiderme très gonflé et augmenté de volume. Il y a *œdème* de la couche granuleuse et de la partie supérieure et moyenne de la couche épineuse. A ce niveau la kératohyaline a presque disparu; la couche cornée basale est gonflée, et conserve des noyaux aplatis. L'œdème de la couche épineuse est parenchymateux, *intracellulaire*; l'altération cavitaire est fréquente. Au contraire l'œdème intercellulaire est relativement insignifiant. Il y a formation d'une squame plus ou moins épaisse provenant de la transformation graduelle de la portion œdémateuse en une couche homogénéisée desquamante, dans laquelle le protoplasma est incolore et les noyaux seuls colorables. Cette couche desquamative superficielle est par places soulevée, en voie d'élimination, en d'autres places totalement éliminée, laissant à nu quelques rangées, parfois très minces, de cellules épidermiques. Là où tout l'épiderme est transformé en squame on voit par places la squame détachée du derme, soulevée, mais non encore éliminée, recouvrant quelques points érosifs du derme; ou bien encore l'élimination totale de la squame met à nu quelques points du corps papillaire d'une étendue d'une à deux papilles ou davantage. Dans cette couche exfoliative on ne trouve pas de leucocytes; on en voit seulement quelques-uns à la surface des points érosifs. Au corps papillaire et au derme, tout l'arbre vasculaire, capillaires compris, est extrêmement dilaté. La lumière des vaisseaux regorge de globules rouges et blancs. Cette hyperémie avec stase leucocytaire est surtout marquée au corps papillaire et plus encore

(*) Je remercie très vivement le distingué histologiste de m'avoir communiqué une partie de son travail avant son insertion dans les *Monatshefte für prakt. Dermat.*

au niveau des points érosifs. Les leucocytes poly et mono-nucléaires obstruent en plus ou moins grand nombre la lumière des vaisseaux superficiels, constituant de petites thromboses leucocytaires. En colorant les préparations par les méthodes de Unna ou de Weigert, on voit qu'un nombre plus ou moins grand des leucocytes accumulés sont totalement ou en partie transformés en substance hyaline sous forme de *corps hyalins* luisants, isolés ou conglomérés, en masse ou blocs grossiers et irréguliers, et au milieu de ces *thromboses hyalines* se trouvent des leucocytes entiers ou des débris leucocytaires non encore transformés.

Ces thromboses hyalines occupent une portion plus ou moins grande du calibre de la plupart des capillaires et vaisseaux superficiels, et parfois même obstruent totalement la lumière du vaisseau. Il y a dilatation modérée des espaces lymphatiques du derme, très prononcée au corps papillaire. Les papilles sont gonflées, doublées de volume; leurs cellules conjonctives périthéliales et intervasculaires ont proliféré, l'émigration leucocytaire y est manifeste. Au niveau de quelques-uns des points érosifs, les papilles totalement à nu ou recouvertes de squames soulevées, en voie d'élimination, ont subi des altérations particulières; elles sont saillantes et augmentées de volume relativement aux papilles voisines recouvertes d'épiderme dont elles dépassent le niveau, constituant en ces points de petites saillies dermiques. *Ces papilles sont en état de prolifération et de bourgeonnement; on voit au sommet de certaines de ces papilles saillantes plusieurs petites saillies secondaires, comme de petits bourgeons, et dans toutes ces papilles bourgeonnantes il y a prolifération des cellules conjonctives périthéliales et intervasculaires excessivement prononcée ainsi que la dilatation des capillaires et des espaces lymphatiques.* Ce processus prolifératif des éléments conjonctifs papillaires, observé dans nos préparations à un degré très avancé, explique, dit Menahem, le mode de formation des pseudo-papules dermiques décrites par Jacquet et par Sevestre comme complication de certaines érosions de l'érythème et confirme l'opinion de ces auteurs sur le mécanisme de ces lésions. Il existe aussi d'ailleurs des érosions où non seulement on n'observe pas de bourgeonnement du corps papillaire, mais où les érosions restent déprimées au-dessous du niveau de la peau. Dans les parties non érosives de la même affection, l'auteur a relevé, outre l'œdème intracellulaire et la disparition de la kératohyaline, la présence au sein de la couche desquamante d'accumulations de leucocytes polynucléaires, transformant ces parties de la squame en petites croûtes isolées. En quelques points, l'épiderme entier a subi cette transformation et tend à s'éliminer, mettant à nu une partie du corps papillaire, créant ainsi parfois un petit ulcère suppuratif.

Dans toute la couche exfoliante superficielle ainsi qu'au niveau des croûtes on trouve, à la superficie, de grands foyers de bacilles et de cocci, mais nulle part on ne voit de staphylocoques. Mêmes lésions dermiques: hyperémie, hyperplasie et hypertrophie protoplasmique des cellules conjonctives périthéliales et intervasculaires, dans le corps papillaire surtout. Stase et émigration leucocytaire dans les vaisseaux superficiels, très abon-

dantes en général au-dessous des croûtes, mais *pas de thromboses hyalines*. Dans un deuxième cas, les pièces provenaient d'un enfant de six mois atteint d'érythème fessier à érosions et ulcérations multiples. Lésions histologiques analogues aux précédentes. Toutefois, Menahem Hodara n'a point relevé ici la présence de thromboses hyalines leucocytaires, et quoique les lésions papillaires soient manifestes au niveau des érosions (dilatation vasculaire, prolifération des cellules conjonctives périthéliales et intervasculaires), une seule des érosions présente de la tendance à bourgeonner. Une autre, par contre, la plus grande, constitue une véritable *ulcération*; elle est recouverte jusqu'à la partie moyenne du derme d'un amas abondant et épais de leucocytes polynucléaires, foyer de suppuration ayant détruit la plus grande partie du tissu des papilles et du corps papillaire, en laissant intacts çà et là des vestiges papillaires et des portions de tissu conjonctif. Sur les bords de l'ulcération, quelques cellules épithéliales très altérées, dont quelques-unes ont subi cette prolifération nucléaire spéciale nommée « ballonnirende Degeneration ». On voit qu'en somme, si Parrot a bien décrit le processus qui conduit à la vésiculation, et la vésicule elle-même, il a méconnu le mécanisme de la *papulation post-érosive*; Menahem Hodara, au contraire, l'a très explicitement indiqué, bien qu'il n'ait pas eu l'occasion d'observer un cas typique de la variété papuleuse, à la vérité la plus rare.

La description si minutieuse de cet auteur, je dois l'ajouter maintenant, m'a porté à penser que j'ai commis un excès de généralisation en croyant toute papule dérivée d'une érosion post-vésiculeuse. Je me demande aujourd'hui si un certain nombre d'érosions, avec papulation consécutive, ne peut pas succéder à un autre mécanisme. Il me semble que les lignes où Menahem montre la couche squameuse, soulevée par places, caduque en d'autres, sans qu'il y ait vésiculation véritable à ce niveau, *mais n'en laissant pas moins à nu quelques points du corps papillaire*, est tout à fait de nature à autoriser cette supposition. Cela, d'ailleurs, ne modifie pas fondamentalement le mécanisme de ces formations papuleuses.

Genèse et causes. Pronostic. — L'obscurité est encore grande. Ni le muguet, comme le croyait Valleix, ni l'irritation causée par les *féces*, comme le disait Seux⁽¹⁾, ni l'athrepsie, contrairement à l'opinion de Parrot, ne peuvent être acceptés comme la raison suffisante de cette classe de dermatoses. Le muguet fait très fréquemment défaut, c'est un fait d'observation vulgaire; la dermite se développe fréquemment *avant* la diarrhée et peut longtemps lui survivre. Quant à l'athrepsie, si l'on ne peut nier l'extrême fréquence de la plupart de ces dermatoses pendant son évolution, il n'est pas moins vrai qu'on les voit aussi chez des enfants vigoureux, bien portants, nullement athrepsiques: Seux avait déjà cité des faits de ce genre. Et cette remarque, vraie à titre général, l'est plus encore en ce qui concerne la variété papuleuse; je crois l'avoir établi, contre Parrot. Sevestre, Cadet de Gassicourt⁽²⁾, Moussous, etc., ont confirmé cette opinion, dont le pourquoi paraîtra clairement un peu plus loin.

(1) SEUX, *Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés*, Paris, 1855.

(2) CADET DE GASSICOURT, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1887, p. 454.

Reconnaissons l'action évidente des *féces*: l'irritation qu'ils exercent, plus encore peut-être leurs altérations chimiques et biologiques (selles *acides*, selles *vertes*, etc.) sont des facteurs de première importance, mais capables seulement de *renforcer*, non de *créer* de toutes pièces, et par conséquent d'*expliquer* ces dermatoses. Il y a donc un autre élément en jeu et le fait, sur lequel Moussous insiste judicieusement et que j'ai comme lui plusieurs fois constaté, de leurs alternatives rapides d'écllosion et de délitescence, *est bien pour faire suspecter l'intervention du système nerveux vaso-moteur*. Or, il est manifeste que des troubles digestifs variés, *même sans diarrhée* (renvois, vomissements, etc.), je l'ai observé tout récemment encore de manière positive, accompagnent *souvent* et parfois *précèdent* la dermite; que l'évolution dentaire normale et surtout anormale provoque indéniablement, entre autres *sympathies*, des irritations cutanées dont la dermite simple est l'une des plus vulgaires⁽¹⁾. Le tube digestif paraît donc être un point de départ fréquent de ces dermatoses, quelle que soit d'ailleurs la modalité, réflexe ou autre, qui préside à ces retentissements. Mais il n'est probablement pas le seul: Moussous a noté, avec raison encore, que parfois il est impossible de relever le moindre trouble dans la santé de certains enfants atteints pourtant de poussées érythémateuses « fréquentes et prolongées⁽²⁾ ».

Si la cause des dermatites infantiles reste obscure, le *mécanisme* qui préside à la production de certaines variétés est, par contre, assez clair. Il est notoire que les érosions, post-vésiculeuses ou autres, se groupent aux points *maxima* de contact et de frottements; que, d'autre part, les papules post-érosives naissent de la réaction du derme mis à nu et irrité; et la *force de bourgeonnement* semble être en raison directe de la vitalité dermique. Ainsi s'expliquent deux faits opposés et complémentaires: la fréquence des formes vésiculo-érosives aux premières semaines de la vie et chez les enfants débiles; le passage à l'étape suivante (forme mixte, ou forme papuleuse, *plus rares*) chez des enfants plus avancés en âge, et généralement vigoureux.

Ces considérations s'éclairent encore et se complètent par l'étude des variétés ulcéreuses: ici non seulement la force bourgeonnante dermique fait défaut, mais il y a *réaction inverse*, régression et nécrose des tissus sous-épidermiques. Nous voyons alors paraître, comme Parrot l'a bien indiqué, aux points principaux de contact, des ulcères plus ou moins profonds, dénudant parfois les os aux talons, aux malléoles, au sacrum, en d'autres points encore. Or, ces variétés ulcéreuses sont propres aux enfants débilités, malingres, athrepsiques. On doit le voir maintenant, la dermatose, quel que soit son degré, présente des inconvénients, mais nul danger, et l'*état général* est le seul guide valable du pronostic.

Diagnostic. — Facile d'ordinaire, il peut être fort épineux. Dans l'ensemble, ici comme en matière de pronostic, l'état général est le meilleur guide: s'il reste bon, s'il n'y a pas de fièvre, pas de troubles fonctionnels de quelque importance (les troubles digestifs mis à part, cela va sans dire),

(1) Moussous admet que la forme vésiculeuse ne saurait être en cause au cours de l'évolution dentaire. Je crois cette opinion trop absolue.

(2) Moussous, *Loc. cit.*, p. 41.

les chances seront déjà pour une dermatite simple plutôt que pour telle ou telle dermatose infectieuse. Cela, bien entendu, doit être pris *en gros*, car, pour ne citer qu'une exception formelle, l'état général, il faut le savoir, peut être bon dans la syphilis *acquise*, et même aussi, quoique très rarement, dans l'*hérédosyphilis*. D'autre part, si l'intégrité de l'état général doit, en règle, orienter le diagnostic de préférence vers l'idée de dermatite simple, la réciproque est loin d'être vraie au même degré, puisque, nous l'avons vu, la plupart des formes de dermatite sont compagnes fréquentes de troubles digestifs variés, de l'athrepsie. Cela dit, je vais signaler les diverses dermatoses susceptibles d'être confondues avec les dermatites simples en étudiant successivement : 1° les formes généralisées; 2° les formes circonscrites.

Formes généralisées. — Ce sont surtout les variétés érythémateuses, érythémato-squaméuses, vésiculeuses et mixtes qui sont à envisager ici.

Les deux premières ne sauraient en imposer pour l'une des fièvres éruptives à érythème étendu et desquamatif : la scarlatine, la rougeole, la rubéole comportent de la fièvre, des troubles fonctionnels connus et avertisseurs. D'autre part, la roséole syphilitique est rare chez les enfants en bas âge¹ et en tout cas existe seule bien rarement.

Il suffit de faire mention des diverses roséoles et érythèmes infectieux, toxiques, ou toxi-infectieux; de la roséole vaccinale, de la roséole simple. Les unes (diphthérie, angines, septicémies diverses, intoxications variées) seront soupçonnées grâce à leur brusquerie d'apparition, et surtout à la coexistence des symptômes de la maladie causale; l'autre (roséole simple) n'est peut-être, comme chez l'adulte, qu'un *mythe*, appelé à disparaître de la nosologie, quand on connaîtra mieux les toxi-infections de l'enfance.

Je me borne à signaler l'érythème simple syphilitique et l'érythème squameux, tels que les ont décrits Gailleton et Madier-Champvermeil; leur description, je l'ai dit, ressemble à s'y méprendre à celle des formes érythémato-squaméuses de la dermatite; ils peuvent à coup sûr, comme chacune de celles-ci, exister chez un enfant syphilitisé, mais rien jusqu'ici ne permet de les considérer eux-mêmes comme une éruption d'essence spécifique. Sevestre, Moussous, etc., sont de cet avis.

La forme *vésiculeuse* des dermatites simples, quand les vésicules ont apparu assez brusquement et en grand nombre, pourrait prêter à confusion avec la varicelle; la variole au début, la miliaire sudorale, toutes erreurs qu'un peu d'attention permettra d'éviter.

Les formes *mixtes*, où coexistent à la fois, avec des zones érythémateuses, vésicules, érosions et papules, pourraient être simulées par la phtiriase, la gale, le prurigo de Hebra. D'une manière générale, en présence de cet ensemble de lésions, on doit *toujours soupçonner les parasites*, et faire alors un examen soigné de la tête (poux, lentes), du linge de corps (poux des vêtements); on doit chercher avec soin les sillons acariens (poignets, cous-de-pied); savoir — renseignement de premier ordre — si mère, nour-

(¹) Cf. L. JACQUET. Des manifestations de la syphilis héréditaire précoce. In *Gaz. des hôp.*, 1889, p. 322.

rice ou garde quelconque, dans *toutes les classes sociales sans exception*, se grattent ou sont atteintes d'une lésion cutanée prurigineuse. Après cette enquête seulement, on aura le droit de songer au *strophulus*, ou prurigo essentiel, très rare d'ailleurs dans les premiers mois de la vie, et que les formes simples de dermatite, en raison de leur fugacité même, ne sauraient longtemps simuler.

L'*eczéma* de la première enfance est trop mal connu, ses points de contact avec les dermatites simples trop ignorés, ses limites trop incertaines, pour qu'on puisse s'exprimer avec quelque précision à son sujet. Il faut savoir pourtant que, dès le jeune âge, il y a sur ces plaques érythémateuses des fissures et des rhagades eczématisques, suintantes, empesant le linge; que ces lésions peuvent coexister avec la *calotte sébacée* de la tête; que, sous cette calotte et diffusant autour d'elle vers le front, les oreilles, les joues, on peut voir de la rougeur, des squames, du suintement, l'aspect de l'eczéma séborrhéique en un mot. Mais il faut renoncer, pour le moment, à décider s'il y a coexistence de deux lésions, simple modification de l'érythème par un terrain spécial, etc., bref, confesser son ignorance.

Formes locales. — Les variétés papuleuse et ulcéreuse méritent, au point de vue diagnostique, une sérieuse attention.

Je me suis, chemin faisant, suffisamment étendu sur l'analogie entre la dermatite papuleuse (syphiloïde post-érosive), et diverses éruptions spécifiques. Je rappelle que la syphiloïde post-érosive peut exister sous forme d'ilots disséminés (fesses, cuisses, mollets) ou sous forme de plaques agminées, principalement péri-anales; que ses éléments, pris *un à un*, ressemblent souvent beaucoup à ceux de la syphilis; toutefois j'ai décrit, et Sevestre et Moussous ont retrouvé, *autour* de quelques papules post-érosives, un plissement *fin, rayonné*, que jamais je n'ai vu autour d'un élément spécifique quelconque. Mais c'est là une minutie dermatologique, j'en conviens, et il vaut mieux s'appuyer sur l'intégrité ordinaire de la peau, des muqueuses, des viscères, du système osseux, etc., sur la *vigueur* de l'enfant; sur la coexistence de lésions érythémato-vésiculeuses.

La difficulté, déjà grande, arrive à son summum en cas de lésions diverses de la peau et des muqueuses (coryza simple, blépharo-conjonctivite, fissures eczématisques des lèvres, intertrigo rétro-auriculaire simulant plus ou moins fidèlement les plaques muqueuses, etc., etc.). J'ai cité dans ma thèse un cas de ce genre : c'est une véritable *pseudo-syphilis*¹.

Enfin, il est à peine besoin d'y insister, il est clair que les dermatites simples et leurs variétés ne sont pas *incompatibles* avec la syphilis, acquise ou héréditaire, et leurs diverses manifestations, et qu'il peut être très malaisé de différencier les unes des autres. On me dit qu'à plusieurs reprises le diagnostic de *dermite syphiloïde* a entraîné la contamination de telle garde, de telle nourrice : que puis-je à cela, sinon conseiller une étude attentive, une extrême prudence, et d'agir, dans le doute, comme si la spécificité était reconnue? *C'est assez dire qu'un cas suspect doit entraîner l'exclusion de tout allaitement mercenaire.*

(¹) L. JACQUET. *Loc. cit.*, p. 29.

J'arrive à un autre ordre de lésions, très syphiloïdes aussi, mais certainement non *syphilitiques*, et fort mal connues encore. Je veux parler d'éruptions génito-crurales et fessières, constituées par des papules rondes, exulcérées ou croûteuses au centre, surélevées à leur périphérie sous forme d'un bourrelet blanc grisâtre d'aspect couenneux, le tout reposant sur une aréole rose ou rouge. E. Besnier¹, Feulard, Hallopeau, A. Fournier² ont étudié cette singulière dermatose, d'aspect vaccinoïde, ou vaccino-syphiloïde. Comme ces auteurs, comme Moussous, j'en ai vu quelques cas, et comme eux ne puis que les signaler en m'associant à leur opinion relative à la non-spécificité, à la distinction nécessaire d'avec les dermites simples, et aussi à l'ignorance totale de leur nature. J'ai vu, *une fois*, un enfant d'un an environ porteur à la rainure fessière de *trois* ou *quatre* papules vaccinoïdes, ombiliquées, non exulcérées ou croûteuses encore; j'auto-inoculai au bras cet enfant avec le liquide de l'un de ces éléments: il se développa dans les délais normaux une papule franchement vaccinoïde d'aspect. Ce cas, bien incomplet, peut-il autoriser à voir dans cette dermatose une localisation accidentelle anormale et déformée de la vaccine? Je me sens tout au plus le droit de le soupçonner.

La dermite *ulcéreuse* prête, elle aussi, à diverses confusions: limitée en certains points de pression *maxima* (talons, malléoles), elle est facile à reconnaître, nulle autre lésion n'ayant cet aspect et cette localisation symétrique. Encore faut-il ne pas s'en laisser imposer par la coexistence fréquente des ulcérations buccales, produites par le même mécanisme et que Parrot a si bien décrites chez les athrepsiques (ulcérations du frein, plaques ptérygoïdiennes, etc.).

Dans les cas, assez fréquents chez les athrepsiques, où la dermite ulcéreuse atteint la région fessière, la difficulté devient plus grande. D'une part, en effet, il n'est pas rare que les lésions *syphilitiques* de cette région, ayant à subir des contacts irritants continus, s'ulcèrent par sphacèle superficiel de l'épiderme et même du derme, et seule alors, la concomitance de lésions spécifiques en d'autres points de la peau ou des muqueuses peut aider à sortir d'embarras. D'autre part, diverses variétés d'ecthyma (ecthyma aigu, ulcéreux, térébrant, etc.) se montrent aussi en ces régions ou peuvent se surajouter aux lésions plus superficielles de la dermite ulcéreuse simple.

Mais on se rappellerait que l'ecthyma, surtout la variété térébrante, survient d'ordinaire spontanément, sans lésion antérieure, affecte une évolution rapide, creuse *profondément*, et parfois se généralise.

Traitement. — Il doit être local et général.

1° *Traitement local.* — Dans les degrés légers de l'intertrigo et de la dermite érythémateuse simple, les soins d'hygiène et de propreté vulgaire peuvent suffire: on doit veiller à ce que les surfaces irritées ne soient pas laissées au contact, en maintenant entre elles un peu d'ouate hydrophile imprégnée de vaseline simple ou saupoudrée de talc ou de sous-nitrate de bismuth; l'enfant ne sera ni emmaillotté, ni serré étroitement, mais on devra

(¹) E. BESNIER. Syphilis et syphiloïdes infantiles. *Bull. méd.*, juin 1887, et *Annales de dermat.*, 1889.

(²) A. FOURNIER *Bulletin médical*, 1889.

laisser une certaine liberté à ses jambes; ses langes devront être en toile douce, souple, *usée*, et changés dès qu'ils auront été souillés.

Dans les degrés plus avancés (formes vésiculeuses, érosives, papuleuses, mixtes), indépendamment des soins précédents qui sont de règle, on devra veiller à ce que l'enfant ne soit pas maintenu sur le dos ou sur le siège, mais souvent *retourné* et tenu sur le ventre: cela afin d'éviter une compression trop prolongée du plan postéro-inférieur du corps.

Il faudra, en outre, faire prendre un ou deux bains par jour: ces bains seront tièdes et faits soit d'eau simple, soit, pour les cas où il y a tendance aux érosions cutanées, d'eau très légèrement antiseptique (acide borique au 1/50 ou sublimé au 1/5000). Ils devront, surtout en cas de bains de sublimé, être *très courts*, et ne pas dépasser quelques minutes.

L'enfant, retiré du bain, sera essuyé doucement, *sans friction*, et poudré abondamment à la poudre d'amidon, de talc ou de sous-nitrate de bismuth. Si le poudrage paraît insuffisant, il faudra recouvrir les surfaces irritées de corps gras tels que vaseline *pure*, ou d'une couche épaisse de pâte de zinc, telle que la suivante:

Vaseline.	30 grammes
Oxyde blanc de zinc.	} aa 10 —
Talc de Venise.	

On pourra poudrer par-dessus cette couche. Pour enlever la pâte, on la ramollira en l'imprégnant doucement de vaseline pure, quitte à l'appliquer de nouveau après chaque bain. On doit bien savoir qu'au cas de réaction inflammatoire violente des téguments, se traduisant par leur tuméfaction œdémateuse, une vive rougeur et de la chaleur, l'onction d'une pommade anodine comme la précédente, ou même de vaseline pure peut être *irritante*. Il faut alors se borner aux bains, au poudrage, ou mieux recourir aux cataplasmes de fécule de pomme de terre (faits à l'eau *simple* et non boriquée ou antiseptique), souples, moelleux et refroidis, que l'on appliquera *sans les recouvrir de taffetas gommé* ou de baudruche quelconque, et qu'on changera dès qu'ils seront échauffés.

2° *Traitement général.* — Il doit viser, selon les cas, tout trouble dans la santé générale de l'enfant; mais, dans l'espèce, les fonctions digestives sont presque toujours en cause. Il faut combattre, par des moyens appropriés, non seulement la diarrhée, jaune ou verte, mais aussi les coliques, la pneumatose intestinale, les vomissements, etc. C'est assez dire que l'alimentation sera soigneusement dirigée et surveillée suivant les règles exposées précédemment en détail¹. Enfin l'on devra, chez les enfants ayant dépassé les premiers mois, s'inquiéter du travail de dentition, et en modérer, par les moyens usuels, les réactions trop vives.

(¹) Tome I de ce traité.