

XI

IMPÉTIGO

PAR LE D^r CHARLES LEROUX

Médecin en chef du dispensaire Furtado-Heine.

Syn. : Gourme vulgaire; Impetigo contagiosa de Tilbury Fox.

Définition. — L'impétigo est une affection *contagieuse, inoculable et microbienne* (streptocoque), caractérisée par une éruption de vésicules ou de bulles (phlycténules) qui, rapidement, se transforment en croûtes jaunâtres, mellifluentes, ces dernières se desséchant et tombant sans laisser de cicatrices. C'est une affection générique de la peau qui doit prendre une place spéciale dans le cadre nosologique et qui doit être séparée nettement de diverses affections cutanées, en particulier de l'impétigo pustuleux de Bockhart, de l'eczéma et de diverses dermites.

Étiologie. — L'impétigo s'observe surtout chez les jeunes enfants, en raison de la fragilité de l'épiderme; plus rarement chez les adolescents et les adultes. Il est fréquent au moment du travail de la dentition; fréquent aussi à la suite des maladies fébriles de l'enfance, la rougeole, l'embarras gastrique, les diarrhées, les excès alimentaires. Il s'observe également à la suite de la vaccination; quelquefois même, les pustules de vaccin se recouvrent de croûtes impétigineuses. Enfin, il se développe, bien que plus rarement, à la suite d'un traumatisme léger de la face ou du cuir chevelu, d'une brûlure, d'une vésication mal soignée, ou encore d'une irritation de la peau par les poux ou les acares. La véritable cause de l'impétigo est, en somme, la pénétration épidermique du streptocoque. Il peut apparaître en toute saison, mais le printemps et l'automne semblent plus favorables à son éclosion que l'été et l'hiver. Il atteint plus particulièrement les enfants blonds, à peau fine, lymphatiques. Il n'est nullement l'apanage exclusif du lymphatisme et ne doit pas être considéré comme une scrofulide de la peau.

Contagiosité. — L'impétigo est nettement contagieux; plusieurs enfants de la même famille peuvent en être atteints simultanément. La contagion se fait ordinairement d'enfant à enfant, plus rarement d'enfant à adulte; et la mère ou la bonne qui portent et embrassent l'enfant en sont quelquefois atteintes, ordinairement plus légèrement. La contagion se fait par contact direct, par l'intermédiaire des objets de toilette (coiffures, éponges, serviettes). La contagion s'exerce en raison directe de la virulence (impétigo aigu) et en raison inverse de l'ancienneté de l'éruption (Ch. Leroux). On comprend, en raison de cette contagiosité, les *épidémies d'école*, de maison, qui ont été décrites à juste titre.

Inoculabilité. — L'impétigo est inoculable. Le fait a été démontré par

Vidal et après lui par de nombreux auteurs. C'est ordinairement par inoculation que se fait la contagion. Il est auto-inoculable spontanément; les enfants s'inoculent par le grattage ou au moyen de linges souillés, etc.; aussi un impétigo, d'abord limité à la face, peut-il s'étendre secondairement à tout le corps (auto-inoculations spontanées). Il est facilement inoculable aux enfants; faite dans des conditions favorables, l'inoculation donne 65,8 pour 100 de succès (auto-inoculations expérimentales, Ch. Leroux). Pour obtenir ces résultats, il faut prendre des éléments de formation récente, datant de quelques jours à peine, sinon on s'expose à un insuccès. L'impétigo est également inoculable en séries. Il est plus difficilement inoculable à l'adulte.

Bactériologie. — Dès que furent démontrées la contagiosité et l'inoculabilité de l'impétigo, il était indiqué d'en rechercher l'agent pathogène. La plupart des auteurs qui ont étudié la question, Bockhart, Dubreuilh, Bousquet, Louis Wickham, ont conclu à sa banalité et ont fait rentrer l'impétigo dans les manifestations multiples de la staphylococcie. Tous ou presque tous ont trouvé le staphylocoque pyogène, l'aureus, l'albus, le citreus, sous les croûtes.

Ch. Leroux, le premier (*Note à l'Académie de médecine*, octobre 1892), isole et décrit le *streptocoque de l'impétigo*; Kurth (1895), Daum (1895), Frank Brocher (1896), Balzer et Griffon (1897) retrouvent également le streptocoque. Enfin, dans un important travail (1900), Sabouraud reprend cette étude et arrive aux mêmes conclusions, à savoir que l'impétigo est nettement une affection streptococcique. Mais, alors que Ch. Leroux, Kurth en font un streptocoque spécial, Brocher le croit identique au streptocoque de Fehleisen, ainsi que Balzer et Griffon; c'est également l'opinion de Sabouraud. Son inoculation faite chez l'homme a donné à Ch. Leroux quelques résultats positifs (vésicules à streptocoques); Balzer et Griffon ont déterminé chez le lapin des abcès, des érysipèles de l'oreille et même des septicémies mortelles.

Symptômes. — L'impétigo est une éruption qui se développe ordinairement chez les enfants, tantôt sous forme aiguë, pyrétique, avec malaise, embarras gastrique (impétigo aigu); tantôt, au contraire, sans le moindre phénomène accessoire, l'éruption étant pour ainsi dire l'unique manifestation de la maladie.

L'enfant, ordinairement sale, se présente le visage couvert de croûtes, surtout au pourtour des orifices naturels, derrière les oreilles; les yeux pleurent, le nez coule; les commissures labiales sont croûteuses, fissurées; le cuir chevelu est constellé de larges plaques croûteuses, jaunâtres; les ganglions cervicaux sont engorgés; les ongles sont entourés de pus. Sur le corps, l'impétigo se répand accompagné souvent de croûtes d'ecthyma. Tel est l'aspect de l'enfant atteint de gourme vulgaire.

L'éruption débute par l'apparition sur la face de petites taches rouges, érythémateuses, auxquelles succèdent, en 24 ou 48 heures, des vésicules ou des bulles plus ou moins distendues par un liquide d'abord assez clair, qui rapidement se trouble et devient jaunâtre. Du volume d'une tête d'épingle,

d'une lentille, quelquefois larges comme une pièce de 20 centimes, prenant alors l'aspect de larges phlyctènes, ces vésico-bulles sont éphémères; adultes dès le troisième ou quatrième jour, elles se modifient rapidement. Quelques-unes s'ombiliquent par dessiccation de leur partie centrale, mais le plus ordinairement elles se rompent, soit spontanément, soit par grattage. Il s'écoule un liquide séreux qui se concrète en croûtes épaisses d'un jaune doré, molles, humides, mellifluentes, à couenne sous-jacente, pour l'impétigo récent; légèrement grisâtres ou verdâtres pour l'impétigo datant de quelques semaines. Les croûtes s'épaississent par suintement et atteignent chez certains enfants plusieurs millimètres d'épaisseur; chez d'autres, elles restent minces et larges. Peu à peu, le suintement diminue, en laissant une large macule rouge violacée, qui est souvent longue à disparaître. La guérison s'effectue sans ulcération du derme et sans la moindre cicatrice. L'affection évolue assez rapidement, en deux à quatre semaines; par poussées successives, elle peut durer six semaines, deux mois.

L'éruption débute en général par la face; souvent elle y reste localisée; son siège de prédilection est le pourtour des orifices, les lèvres, les narines, le menton, puis les joues, les oreilles, le front. Souvent elle prend à la fois la face et le cuir chevelu, particulièrement la nuque; moins fréquemment elle se généralise à toute la surface du corps.

Formes. — Les formes de l'éruption sont très variables. Tantôt elle est discrète; on voit quelques vésicules, quelques croûtes jaunâtres, arrondies, nettement circonscrites, disséminées sur les lèvres, le menton, les joues (*impétigo sparsa*). Tantôt elle est confluyente en larges groupes à éléments distincts, plus ou moins irréguliers, à dessins variés (*impétigo figurata*). Ce sont les deux formes classiques.

Fréquemment on observe chez les enfants et particulièrement à la face, au pourtour du nez ou de la bouche, derrière les oreilles, de vastes placards érythémateux, couverts de croûtes jaunâtres, craquelées, avec suintement abondant; le derme est enflammé, rouge, les ganglions engorgés; les croûtes tombent et se reforment. Au bout de quelques semaines, la dessiccation se produit, les croûtes disparaissent sans laisser de cicatrice. C'est l'*impétigo larvalis* ou *eczéma impétigineux aigu*. Il s'agit ici tantôt d'un eczéma impétiginisé secondairement, tantôt d'un impétigo aigu secondairement eczématisé.

Quelquefois, mais plus rarement, on observe une forme aiguë généralisée, caractérisée par le petit volume des éléments qui se répandent sur toute la surface du corps; les vésicules sont quelquefois ombiliquées, de petites croûtes jaunâtres leur succèdent rapidement. Au premier abord, on pourrait croire à une varicelle, sauf l'aspect des croûtes et s'il n'existait ordinairement à la face quelques croûtes plus larges ou quelques plaques d'impétigo figurata. On pourrait appeler cette modalité: *impétigo varicelliforme*. On a également rattaché à l'impétigo: l'*impétigo érysipelatodes*, caractérisé par de vastes placards éruptifs rouges, qui se couvrent rapidement de phlyctènes larges et d'une mince croûte; l'*impétigo scabida* à croûtes épaisses

rugueuses, adhérentes. Ces deux formes seraient quelquefois dues au streptocoque.

Enfin, Sabouraud rattache à l'impétigo deux formes également streptococciques: l'*impétigo circiné géographique* et l'*impétigo cannelé* ou *pétaloïde* du dos des mains et des avant-bras.

Il sera question des impétigos parasitaires à propos du diagnostic.

Évolution, infections secondaires, reliquats. — Chez les enfants bien soignés, l'impétigo guérit ordinairement sans complications, mais chez les enfants sales, mal tenus, il se complique souvent de diverses manifestations cutanées ou muqueuses, quelquefois même profondes. Toutes ces complications sont dues soit au streptocoque de l'impétigo, soit aux staphylocoques pyogènes qui pullulent rapidement sous les croûtes.

Les infections superficielles sont les plus fréquentes. A la face, mais particulièrement sur le cuir chevelu, les croûtes impétigineuses sont soulevées par une suppuration sous-jacente, le derme est rouge exulcéré, suppure abondamment. La guérison s'effectue néanmoins sans cicatrices. Les cheveux sont ordinairement entraînés avec la croûte et, après guérison, il en résulte une plaque de calvitie temporaire. Quelquefois, surtout dans les formes compliquées de dermites suppurées, une cicatrice se produit avec calvitie localisée permanente. On observe également des *lymphangites* du cuir chevelu, des abcès du derme, des collections sous-cutanées, décollant le cuir chevelu dans une étendue plus ou moins grande. Les *adéno-phlegmons* des régions cervicales et sous-maxillaires ne sont pas rares, des kéloïdes cicatricielles peuvent se produire.

La plupart des enfants atteints d'impétigo ont des *tournoles* qui contourment la matrice de l'ongle, le décollent en partie et guérissent ordinairement sans complications. L'*ecthyma* est très fréquent et fait en quelque sorte partie de l'impétigo. Souvent un enfant ne présente que quelques croûtes d'impétigo à la face et, au contraire, un *ecthyma* généralisé.

D'autres complications ne sont pas rares: c'est tout d'abord la *stomatite impétigineuse*, caractérisée par le développement sur la muqueuse buccale, au niveau de la face interne des lèvres et des joues, sur les bords et la pointe de la langue, de plaques blanchâtres d'apparence diphtérique, de forme circulaire, ovalaire ou polycyclique. Cette pseudo-membrane est mince, mais adhère intimement à la muqueuse. Ces plaques diphtéroïdes sont en général peu nombreuses; quelquefois il n'existe qu'une seule plaque à la face muqueuse d'une des deux commissures; sur la face externe se voit alors une croûte fendillée d'impétigo (perlèche impétigineuse).

C'est la *vulvite impétigineuse*, caractérisée par l'existence sur la peau des lèvres de croûtes, et du côté de la muqueuse d'érosions larges, arrondies, recouvertes d'un dépôt grisâtre diphtéroïde, avec engorgement des ganglions inguinaux, et ordinairement avec un écoulement vaginal purulent plus ou moins abondant.

C'est la *conjonctivite purulente*, accompagnée ou non de kératite phlycténulaire et coïncidant avec l'impétigo de la face; complications assez sérieuses par leurs conséquences: ulcérations, taches de la cornée, etc.

C'est l'*otorrhée* qui accompagne l'impétigo du pavillon de l'oreille et du conduit auditif externe.

Toutes ces manifestations laissent chez l'enfant, surtout si l'impétigo récidive, des *reliquats* qui lui donnent l'*habitus scrofuleux* : paupières rouges, nez gonflé avec coryza chronique, lèvre supérieure œdémateuse, patte d'oie commissurale, ganglions cervicaux, etc. Le terrain est préparé pour le bacille tuberculeux.

Signalons enfin, dans les cas plus rares, les *infections profondes* qui ont été observées : ostéomyélites, néphrites infectieuses, broncho-pneumonies, infections généralisées avec complications pleuro-cardio-pulmonaires, etc.

Diagnostic. — L'impétigo est ordinairement facile à reconnaître dans ses formes simples; il est plus difficile à déceler dans ses formes complexes ou, mieux, compliquées.

Entre l'impétigo et l'*eczéma*, les caractères différentiels sont les suivants : dans l'impétigo, les vésicules sont volumineuses, disséminées; les croûtes sont plus épaisses, plus jaunâtres, mellifluentes. Dans l'*eczéma*, les éléments sont plus petits, plus serrés; les croûtes forment plus facilement des placards; le suintement est plus abondant, se concrète moins; les croûtes sont moins arrondies, moins cycliques, plus foncées, plus craquelées que dans l'impétigo. Dans les formes complexes (*eczéma impétigineux*), l'hésitation est quelquefois possible, l'examen bactériologique peut être nécessaire pour trancher la question.

Entre l'impétigo et l'*ecthyma*, il n'y a qu'une différence légère de forme et non de nature, les deux affections étant dues au même streptocoque. L'élément primitif de l'*ecthyma* est plus franchement pustuleux; il repose sur une base enflammée avec une zone érythémateuse plus intense; la croûte est épaisse, noirâtre, aplatie; la suppuration sous-jacente est plus nettement purulente, le derme est légèrement érodé et, après la chute de la croûte, l'*ecthyma* laisse des traces plus longtemps visibles, souvent des cicatrices superficielles et même, chez les cachectiques, de profondes cicatrices. L'impétigo siège surtout à la face et l'*ecthyma* aux membres inférieurs. Lorsque l'impétigo occupe la face et diverses parties du corps et que l'*ecthyma* secondaire se développe, il est souvent difficile de faire la part des deux éléments.

L'*impétigo de Bockhart* est surtout une éruption pustuleuse péripilaire.

Les *impétigos parasitaires* sont ordinairement complexes. L'impétigo galeux est surtout polymorphe avec pustules, folliculites, *ecthyma*, etc.; son siège spécial, la présence de sillons, permettent d'en faire le diagnostic. L'*impétigo phtiriasique* (*I. granulata*) avec ses croûtes sèches, en boules, englobant les cheveux, son siège spécial à la nuque, est facile à reconnaître. Les impétigos secondaires aux *teignes* ne devront pas être méconnus.

Pronostic. — L'affection est bénigne par elle-même; elle n'a de conséquences que par ses complications qui résultent ordinairement d'un manque de soins, de la malpropreté.

Traitement. — Propreté et antiseptie locale, toniques généraux, voilà

la base du traitement de l'impétigo, qui guérit toujours dans de telles conditions.

Prophylaxie. — En raison de la contagiosité, il est nécessaire d'en préserver les enfants. La prophylaxie consiste à fermer l'école primaire, la crèche, à ceux qui en sont atteints; à éviter tout contact direct ou indirect par les objets de toilette; à recouvrir les parties malades d'étoffes faciles à laver ou de pansements antiseptiques; à exiger des parents une propreté rigoureuse et le lavage à l'eau bouillante de tous les objets, linges, etc., qui servent à l'enfant malade.

Traitement général. — Dans l'impétigo aigu, accidentel en quelque sorte, il n'y a guère de traitement général. Dans les impétigos à répétition, les *eczémas impétigineux* tenaces chez les enfants lymphatiques, les reconstituants sont indiqués : toniques amers, huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, sirop iodotannique, solutions polyphosphatées, etc.

Traitement local. — Dans les formes aiguës, faire des lavages, des pulvérisations, des applications de compresses humides avec les solutions suivantes : acide borique 20 pour 1000 grammes; bicarbonate de soude 5 gr. pour 1000 grammes; au besoin, sublimé à 1 pour 4000; eau d'Aliboud étendue au tiers, c'est-à-dire ayant la formule ci-dessous (Sabouraud) :

| | |
|---|-------------|
| ℥ Eau distillée camphrée à saturation et filtrée. | 600 grammes |
| Sulfate de zinc | 7 — |
| Sulfate de cuivre | 2 — |

Au bout de quelques jours, lorsque la dessiccation commence, on peut faire des onctions avec diverses pommades : vaseline boriquée au dixième, pommade d'oxyde de zinc, au sous-nitrate de bismuth dans les mêmes proportions, au salol au dixième ou au vingtième. Il est très utile d'isoler, autant que faire se peut, les parties atteintes pour éviter les grattages et les inoculations secondaires.

Dans les formes atoniques ou rebelles, on pourra utiliser l'huile de cade en badigeonnages, ou la pommade au précipité jaune au cinquantième, au quarantième, même au quinzième, en surveillant l'irritation des tissus.

Les formules suivantes sont excellentes :

Pommade de Vidal :

| | |
|---|-----------|
| ℥ Oxyde jaune d'hydrargyre . . . de 50 centigr. à | 1 gramme |
| Huile de cade de 1 gr. à | 3 grammes |
| Cérat sans eau | 20 — |

Pommade de Besnier :

| | |
|------------------------------|-----------|
| ℥ Emplâtre de Vigo | 5 grammes |
| Acide borique | 1 — |
| Vaseline | 50 — |

On étale cette pommade sur un linge fin et on l'applique sous forme d'emplâtre. On peut encore se servir de l'emplâtre de Vidal, qui est préférable à l'emplâtre de Vigo, trop irritant en général. On a recommandé

diverses autres substances qui ne paraissent avoir aucun avantage sur les précédentes.

Pour les impétigos parasitaires, sans négliger le traitement de l'impétigo, il faudra agir contre le parasite lui-même par les procédés ordinaires.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- HARDY. *Dict. de méd. et de chir. prat.* Art. IMPÉTIKO, t. XVIII, 1874, pour l'exposé des idées anciennes et pour la bibliographie. — TILBURY FOX. *British med. Journ.*, 1864. — *Journ. of cutan. med.*, 1868. — *Skin Diseases*, 1875. — VIDAL. Congrès de Genève, 15 septembre 1877. *Ann. de derm.*, 1878. — CHAUMIER. *Association franç. pour l'avancement des sc.* Congrès de Blois, 1884. — DEWEIRE. Sur la nature parasitaire et contagieuse de l'impétigo. *Arch. Soc. de méd. et de pharm. milit.*, 1885. — BOCKHART. Sur l'étiologie et la thérapie de l'impétigo, des furoncles et du sycosis. *Monat. für prakt. Dermatologie*, 1887. — COMBY. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, septembre et octobre 1888. — BOUSQUET. Étiologie de l'impétigo. *Thèse de Bordeaux*, 1888-1889. — SEVESTRE. *Soc. méd. des hôp.*, 26 juin 1891. — DUBREUILH. De la nature de l'impétigo et de l'eczéma impétigineux. *Ann. de dermat.*, 1890. — LÉLOIR. Cliniques de Tilbury Fox. *Union méd.*, février 1892. — DUPREY. Considérations sur l'impétigo et certaines de ses localisations chez l'enfant. *Thèse de Paris*, 1891. — BROCC. *Traitement des mal. de la peau*, 2^e édit., 1892. — THIBERGE. De l'impétigo. *Union méd.*, 31 août 1895. — CH. LEROUX. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 25 octobre 1892, et *Bull. méd.*, 26 octobre 1892 (streptocoque de l'impétigo). — De l'impétigo des enfants, affection contagieuse inoculable et microbienne (streptocoque de l'impétigo). *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, février-mars 1894. — KURTH. Streptocoque de l'impétigo contagieux. *Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheits-Amte*, VIII, 1895. Berlin. — DAUM. La bactériologie de l'impétigo : le streptocoque de l'impétigo. *Thèse de Paris*, 1895. — FRANCK BROCHER. Contribution à l'étude de la bactériologie de l'impétigo. Genève. *Thèse*, 1896. — BALZER et GRIFFON. *Soc. de biol.*, octobre 1897. Le streptocoque, agent pathogène constant de l'impétigo et de l'ecthyma. — Stomatite diphtéroïde impétigineuse à streptocoques. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, janvier 1898. — BALZER. Impétigo de Bockhart. *Bull. méd.*, 1902, n° 79. — DOYEN et ROUSSEL. *Atlas de microbiologie*. Paris, Rueff et C^o, 1897, p. 561. — VIDAL et BEZANÇON. Études des diverses variétés de streptocoques. *Arch. de méd. expér.*, mai 1896. — G.-H. LEMOINE. Le streptocoque. *Revue gén. Gaz. des hôp.*, 5 juin 1897. — BOULARAN-DEVAL. Étude historique et critique de l'impétigo au point de vue bactériologique. *Thèse de Paris*, 1899. — SABOURAUD. Art. IMPÉTIKO. *La pratique dermatologique*, t. II, p. 856, Masson, éditeur.

XII

ECTHYMA

PAR LE D^r CHARLES LEROUX

Médecin en chef du dispensaire Furtado-Heine.

Définition. — L'ecthyma est en quelque sorte un prolongement de l'impétigo, avec lequel il se fusionne très souvent; c'est un impétigo plus profond, ulcéreux. Comme lui, c'est une affection contagieuse et inoculable, relevant du streptocoque. Il est caractérisé par une vésico-pustule qui repose sur une base enflammée (pyodermite) et qui a tendance à s'étendre du centre à sa périphérie par inoculation sous-épidermique des parties voisines, tandis que le centre se recouvre d'une croûte brune, noirâtre, masquant une ulcération du derme plus ou moins profonde.

Étiologie. — L'ecthyma s'observe le plus souvent sur des enfants cachectiques, sales, miséreux. Chez le nouveau-né, il se développe au cours d'infections gastro-intestinales, de diarrhées infectieuses, souvent compliquées d'eczéma des fesses et des plis de l'aîne, dans le cours ou la convalescence des maladies aiguës : rougeole, fièvre typhoïde, pneumonie, bronchopneumonie, dans les cachexies syphilitique, tuberculeuse, alcoolique, etc.

L'ecthyma se rencontre aussi chez des enfants relativement bien portants. Il est journellement observé avec l'impétigo de la face et du cuir chevelu. Il complice souvent l'eczéma, l'urticaire, le prurigo, la furonculose, les pyodermes diverses. Dans le même ordre de faits rentre l'ecthyma secondaire à la phtiriasis, à la gale; la teigne est plus rarement en cause. Plus exceptionnellement que chez l'adulte, on observe chez l'enfant un ecthyma professionnel; nous l'avons vu chez de jeunes garçons employés chez des épiciers, des marchands de chiffons, etc. Nous l'avons observé comme complication de la paralysie infantile des membres inférieurs, et, dans un cas, d'une maladie de M. Raynaud.

L'ecthyma est inoculable (Vidal); sa contagiosité n'est pas douteuse; sa transmission par inoculation s'observe souvent soit entre les enfants qui partagent le même lit, soit par l'intermédiaire des linges, des objets de toilette.

Symptômes. — L'ecthyma est presque toujours secondaire, aussi le début en est-il difficile à saisir. Tantôt il s'agit d'un nourrisson cachectique qui présente dans la région interfessière et sur la face postérieure des cuisses des pustules, des ulcérations en cratère, des croûtes noirâtres; tantôt c'est un enfant, atteint d'impétigo de la face, qui porte sur le corps une éruption plus ou moins discrète d'ecthyma.

Les vésico-pustules, de dimensions variables, atteignant quelquefois le diamètre d'une pièce de 20 centimes jusqu'à celui d'une pièce de 2 francs,