

jour, vésico-pustuleuses ensuite et franchement purulentes le deuxième ou le troisième jour : elles s'ouvrent et laissent une petite ulcération recouverte d'une croûte. Tous les jours il en apparaît de nouvelles, si bien que chez un enfant infecté depuis quelque temps déjà, on voit, mélangées au hasard, des vésicules, des vésico-pustules, des pustulettes, des croûtes plus ou moins desséchées. Elles peuvent se produire sur toutes les régions du corps, inégalement réparties, mais leurs sièges de prédilection sont le cuir chevelu, dont la propreté est si difficile à obtenir, les fesses et la face postérieure des cuisses, qui macèrent presque constamment dans l'urine et les matières fécales, le cou et la partie supérieure du thorax, plus spécialement irrités par les vêtements mouillés de sueur. Le cuir chevelu en est quelquefois tout criblé ; puis, en certains points, plusieurs d'entre elles se réunissent, s'ouvrent et forment une érosion très superficielle, polycyclique, cachée sous une croûte peu épaisse, jaunâtre, d'aspect impétigineux. Sur les fesses, la partie inférieure du dos, la partie postérieure des cuisses, des mollets, des talons des nourrissons, il se produit d'abord de l'érythème, sur lequel les vésicules et les pustules n'apparaissent qu'après quelques heures ou quelques jours : mais, à cause de l'humidité permanente de ces régions, les vésicules s'ouvrent dès les premières heures et laissent de petites érosions punctiformes ou miliaires, dont le fond rouge vif tranche sur la teinte érythémateuse de la peau voisine : c'est là l'érythème vésiculeux des fesses, si fréquent chez les nourrissons, qui peut guérir rapidement par les simples soins de propreté, ou, en cas contraire, se transformer, comme l'ont montré MM. Sevestre et Jacquet, en érythème papuleux. Parrot, qui avait bien étudié ces papules, les attribuait à la syphilis, mais MM. Sevestre et Jacquet ont démontré qu'elles succédaient à l'érythème vésiculeux, et n'avaient que l'aspect des papules syphilitiques avec lesquelles il faut éviter de les confondre ; la dénomination de « papules syphiloïdes post-érosives », donnée par ces auteurs, tient compte de tous ces détails importants. L'érythème vésiculeux des fesses ne manque jamais chez les nourrissons quand il y a une autre manifestation de staphylococcie cutanée, mais il existe très fréquemment seul. Sur le cou et la partie supérieure du thorax, les vésico-pustules sont mélangées à de la miliaire blanche et rouge ; sur le reste du corps, elles siègent surtout autour d'autres foyers de suppuration.

Sur les muqueuses, les vésico-pustules prennent un aspect particulier qu'il nous suffit de signaler ; sur les lèvres, les gencives, la langue, elles constituent la stomatite impétigineuse diphtéroïde ; sur la conjonctive, la conjonctivite phlycténulaire ; sur la vulve, certaines éruptions analogues à l'herpès vacciniforme.

Les *abcès superficiels* se présentent sous la forme de petites nodosités, du volume d'une lentille, d'un pois ou d'une noisette, à surface rosée ou violacée, qui paraissent enchâssées dans l'épaisseur de la peau. Ces abcès se développent, en effet, dans l'épaisseur du derme et ont presque toujours comme point de départ le follicule pileux, très rarement une glande sudoripare, ainsi que l'ont montré Escherich et Hulot. Leur évolution est assez rapide ; le premier jour, la peau conserve sa coloration presque normale au

niveau de la nodosité dure, dont le volume final est atteint dès ce moment : le lendemain, la peau est rosée ou rouge, l'incision à ce moment donne déjà une gouttelette de pus ; le surlendemain, la pression de l'abcès entre le pouce et l'index fait apparaître au centre de la surface violacée un point blanchâtre, qui indique la collection du pus et l'amincissement de la peau : si on l'incise, il sort une assez grande quantité, toujours plus qu'on ne l'aurait supposé, d'un pus épais, crémeux, bien lié, et, deux jours plus tard, la cicatrisation est complète ; si on laisse l'abcès évoluer seul, il met ordinairement plusieurs jours, quelquefois deux ou trois semaines, à s'ouvrir et se cicatrise ensuite très rapidement. Dans certains cas cependant, que l'ouverture ait été spontanée ou faite au bistouri, la petite plaie ne se ferme pas et se transforme en une ulcération atone, à bords violacés, décollés. Les abcès intradermiques procèdent comme les vésico-pustules par poussées successives et l'on en trouve ordinairement de diverses grosseurs et aux différentes phases de leur évolution. Ils peuvent siéger sur toute la surface du corps, le cuir chevelu, la face, le cou, le tronc, les membres, tantôt irrégulièrement disséminés, tantôt réunis par petits groupes.

Les *abcès profonds* intéressent à la fois les couches profondes du derme et le tissu cellulaire sous-cutané, aux dépens duquel se fait surtout leur extension ; à leur niveau la peau conserve pendant plusieurs jours sa coloration normale : aussi est-il souvent nécessaire de palper attentivement toute la surface du corps pour découvrir des nodosités, dont le volume varie de celui d'un petit pois à celui d'un œuf de poule. Plus tard, lorsque l'abcès est déjà collecté depuis plusieurs jours, la peau rougit à sa surface, devient violacée, mince, et semble prête à se rompre ; l'abcès peut rester en cet état pendant des semaines, si l'on ne donne issue au pus, puis s'ouvre, laisse écouler un pus épais, crémeux, et tantôt se cicatrise assez rapidement, tantôt laisse une ulcération profonde, atone, sans tendance à la guérison. Sur la tête, l'abcès profond forme une saillie dure, adhérente à la peau, mobile sur les plans profonds, qui ne devient fluctuante qu'à la longue ; l'incision précoce, faite longtemps avant la fluctuation, est suivie en général d'une cicatrisation rapide ; l'incision tardive et l'ouverture spontanée laissent souvent une cavité, dont les parois ont peu de tendance à se recoller, s'escharifient parfois pour donner lieu à une large ulcération, qui met à nu les os du crâne sur une étendue plus ou moins grande ; même à ce moment la restauration est possible : j'ai vu guérir un enfant dont le crâne était dénudé sur l'étendue d'une pièce de 5 francs. Sur la nuque, l'abcès profond est souvent entouré d'une zone de lymphangite et forme au début un large placard rouge, empâté, qui s'étend sur les parties latérales et gêne les mouvements de la tête et des épaules, puis la collection purulente se forme pendant que la lymphangite périphérique s'atténue. Il en est quelquefois de même sur le tronc et les membres, mais ordinairement l'abcès se collecte sourdement sans réaction périphérique et peut passer un certain temps inaperçu. Lorsqu'il s'ouvre seul, et c'est toujours tardivement, on découvre quelquefois des fusées purulentes, des décollements, qui dissèquent les muscles et vont jusqu'au squelette ; ces dégâts se réparent toujours avec une extrême lenteur.

Les pustules, les abcès dermiques, les abcès profonds se groupent, se succèdent, alternent, suivant les cas, de façons très différentes. Chez les enfants atteints depuis deux ou trois semaines et mal soignés, on voit à la fois les trois ordres de lésions : la tête est criblée de pustulettes, recouverte de croûtes impétigineuses, de pus, et présente une dizaine d'abcès de volume variable et à différentes phases de leur évolution ; sur le cou, le dos et les fesses, sont mélangées des lésions de miliaire et des pustules ; sur tout le corps apparaissent de petites taches violacées correspondant à des abcès, tandis qu'une palpation un peu attentive permet d'en découvrir beaucoup d'autres, superficiels ou profonds : il n'est pas rare d'avoir à ouvrir en une même séance cinquante ou soixante abcès, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'un œuf. Entre toutes ces lésions la peau est sèche, écaillée, éraillée. Les ganglions des aines, des aisselles, du cou, sont plus ou moins volumineux ; quelques-uns d'entre eux, à la nuque notamment et plus encore les ganglions sous-maxillaires, sont suppurés. Chez les enfants tenus proprement, les lésions peuvent être très discrètes : une ou deux tournioles, un ou deux placards d'impétigo de la face ou du cuir chevelu, quatre ou cinq abcès gros comme des lentilles disséminés sur les avant-bras ou les mollets, ou un abcès gros comme une noix en un point quelconque du corps : tels sont ordinairement les seuls accidents. On peut entre ces deux extrêmes imaginer tous les intermédiaires. On peut aussi se représenter des débuts très variables : tel enfant a eu d'abord une simple tourniole, tel autre un érythème pustuleux des fesses, un troisième un abcès profond unique, qui s'est ouvert après 15 jours ou 5 semaines, etc., puis les lésions se multiplient, se généralisent.

Cette généralisation se fait lentement ou brusquement suivant qu'elle est due à la dissémination des microbes pyogènes à la surface de la peau, ou à leur pénétration dans le courant sanguin, à la pyohémie. Dans l'un et l'autre cas, il se fait des poussées successives ; mais, dans le premier, les abcès, dus à l'inoculation successive, à intervalles rapprochés, de la surface cutanée, sont peu nombreux à chaque poussée, inégaux, semblent se développer des couches superficielles de la peau vers la profondeur, ne s'accompagnent pas d'une aggravation rapide de l'état général et mettent souvent une dizaine ou une quinzaine de jours à recouvrir le corps ; dans le second, les abcès sont dus à des décharges microbiennes, qui se font dans la peau comme dans les viscères, sont extrêmement nombreux à chaque poussée, petits, presque tous égaux et se développent surtout dans la profondeur du derme, sont perceptibles au toucher 3 ou 4 jours avant d'être accessibles à la vue ; en même temps qu'eux apparaissent d'autres signes de pyohémie, des températures élevées et irrégulières, des localisations pulmonaires, l'aggravation brusque de l'état général. Dans le premier cas, la guérison est possible, après une évolution longue il est vrai ; dans le second, la mort ne se fait guère attendre plus de 7 ou 8 jours. Dans d'autres cas plus rares, c'est tout d'un coup qu'apparaît sous une peau saine comme une pluie de petits abcès, dont on ne trouve pas tout d'abord l'explication et qui ne sont qu'une des manifestations de la pyohémie, dont le point de départ peut être inconnu.

Les symptômes généraux sont, on le conçoit, non moins variables que les lésions que nous venons d'étudier. Les courbes de température diffèrent suivant les enfants, suivant le nombre, la profondeur, l'ancienneté des abcès, suivant les complications. On voit des enfants couverts de pustules, d'abcès sous-cutanés, d'escarres, rester apyrétiques jusqu'à la fin : ce sont en général des nourrissons athrepsiques, ou cachectisés par la misère, la tuberculose, une affection aiguë antérieure, et qui sont incapables d'avoir une température supérieure à la normale, pour lesquels, si l'on peut dire, la température normale constitue déjà de la fièvre. Chez d'autres, la fièvre procède par poussées, comme les abcès ; pendant trois ou quatre jours la température monte à 39° ou 39°,5, puis retombe pour une huitaine de jours ; chez d'autres, il y a de la fièvre légère tous les jours pendant toute la durée de la maladie ; chez d'autres, la fièvre est rémittente, à grandes oscillations, comme dans les pyohémies. L'élévation de la température peut enfin être due à une complication pulmonaire ou intestinale.

La langue est saburrale au début, sèche, dure à la fin dans les cas qui se terminent par la mort ; l'appétit est complètement perdu, l'enfant refuse tout aliment solide ; mais la soif est vive et les nourrissons boivent avidement leur lait, en grande quantité, ce qui empêche d'assurer la régularité des fonctions digestives. Celles-ci sont de fait toujours troublées : l'enfant a tantôt de la constipation, tantôt des selles diarrhéiques vertes ou blanchâtres.

**Formes.** — Les éléments éruptifs et les symptômes généraux se groupent de façons tellement diverses qu'il est bien difficile de donner une idée exacte des formes cliniques que peuvent revêtir les abcès cutanés. On a décrit des formes aiguës et des formes chroniques : quand on lit les observations, on voit que la notion de temps seule a permis cette division, qu'aucun symptôme n'est particulier à l'une plutôt qu'à l'autre, et qu'il est impossible de dire en présence d'un cas donné s'il durera peu ou longtemps : la fièvre, les symptômes généraux, l'agitation, l'amaigrissement, peuvent manquer ou exister, suivant les cas, dans l'une comme dans l'autre ; la longue durée peut tenir à la lente évolution d'une seule poussée d'abcès ou à la répétition des poussées qui, chacune pour son compte, évoluent d'une façon aiguë. On peut diviser les abcès en superficiels ou profonds suivant leur siège, mais il n'y a pas une forme avec abcès superficiels seulement, s'il y en a une avec abcès profonds seuls.

Il est difficile aussi de décrire des formes bénignes ou graves, car les cas en apparence les plus bénins peuvent s'aggraver brusquement et se terminer en quelques jours par la mort ; des cas en apparence graves peuvent se terminer rapidement par la guérison. La division suivante nous paraît embrasser le plus grand nombre des cas que l'on observe en clinique :

Forme pyohémique. . . . .	{	consécutives à une suppuration profonde.	
	{	consécutives à une suppuration cutanée.	
Forme phlegmoneuse. . . . .	{	confluente. . . . .	} avec ou sans poussées successives.
	{	secondaire. . . . .	
Forme torpide . . . . .	{	discrète. . . . .	} avec ou sans poussées successives.
	{	confluente. . . . .	
	{	discrète. . . . .	

La *forme pyohémique* est caractérisée par la multiplicité des abcès, leur petit volume, leur situation profonde, la gravité des symptômes généraux, l'évolution rapide vers la terminaison fatale. Lorsque la pyohémie est consécutive à une suppuration profonde, connue ou non, les symptômes généraux sont d'abord les seuls qui se présentent à l'observation : le malade est tantôt abattu, prostré, tantôt anxieux, agité; la face est pâle, les yeux bistrés, légèrement injectés, la peau sèche ou couverte de sueurs froides et visqueuses, le pouls fréquent; la température élevée est très irrégulière; tantôt à deux ou trois jours, pendant lesquels la température reste à 40°, en succèdent deux ou trois autres, où elle descend à 38°,5 ou 38° et fait espérer une détente, malheureusement illusoire; tantôt ce sont de grandes oscillations avec des différences de 2 ou 3 degrés entre le matin et le soir; la respiration est fréquente sans qu'il y ait à vrai dire de dyspnée; l'examen des différents organes, cœur, poumon, abdomen, système nerveux, ne donne que des résultats négatifs, on a l'impression d'être en présence d'une septicémie. Puis, les symptômes généraux restant les mêmes, ou s'étant encore aggravés, il se forme simultanément en un grand nombre de points de la peau, enchâssés dans sa profondeur, de petites nodosités grosses comme des grains de mil, des petits pois au plus; la peau tout d'abord conserve à leur niveau sa coloration normale et la palpation seule permet de les découvrir : dès ce moment ces nodosités contiennent du pus collecté, ainsi qu'on peut s'en assurer par l'incision; les jours suivants, ces petits abcès gagnent la surface de la peau, qui devient, à leur niveau, rouge, violacée, prête à se rompre. Pendant ce temps, de nouveaux abcès miliaires se forment en grand nombre, par décharges répétées, dans la profondeur, avec tous les caractères des premiers; l'état général s'aggrave, le facies est tout à fait altéré, la langue est sèche, rôtie; la respiration s'accélère et l'auscultation révèle la formation des foyers de broncho-pneumonie; l'urine est peu abondante, albumineuse; le ventre est ballonné, la rate et le foie sont augmentés de volume, la diarrhée n'est pas rare; souvent des symptômes cérébraux annoncent l'atteinte des méninges. C'est au milieu de ce tableau de la pyohémie que survient la mort, du 8° au 15° jour.

Quand la forme pyohémique vient compliquer la forme phlegmoneuse, elle revêt les mêmes caractères que dans le cas précédent. L'enfant, traité pour des abcès multiples, a conservé un bon aspect, sans fièvre, souvent même est en voie de guérison, quand tout à coup la fièvre s'allume, l'état général s'altère rapidement; rien d'abord n'explique ce changement brusque, et c'est seulement après quelques jours qu'apparaissent les abcès pyohémiques de la peau, caractérisés par leur production simultanée sur toute la surface du corps, leur petit volume, leur situation dans la profondeur du derme, la coloration normale de la peau à leur niveau. Leur apparition au milieu d'un cortège de symptômes graves, température élevée et irrégulière, dyspnée, altération profonde de l'état général, etc., permet d'affirmer le diagnostic de pyohémie avec le pronostic rapidement fatal qu'il comporte.

La *forme phlegmoneuse confluente* présente, ainsi que nous l'avons vu, d'assez grandes variétés. Elle peut être confluente d'emblée, ou à peu près,

par suite de l'inoculation presque simultanée d'un grand nombre de points du corps : c'est le cas par exemple dans la gale, le prurigo, ou encore chez les nourrissons mal tenus, qui macèrent constamment dans des langes souillés : en quelques jours se développent sur toute la surface du corps des vésico-pustules, des abcès superficiels et des abcès profonds. La fièvre alors s'allume, mais dépasse rarement 38°,5 ou 39°, avec une légère rémission matinale; l'enfant est agacé, grognon, a perdu l'appétit, mais a une soif vive, ce qui chez le nourrisson conduit à des tétées répétées et partant à la production de la diarrhée. Si l'on intervient à ce moment par un traitement approprié, on peut être assez heureux pour arrêter l'affection en une huitaine de jours; mais le fait est rare, et souvent, malgré les soins les plus minutieux, les poussées de pyodermite se succèdent pendant plusieurs semaines : on a ouvert, pansé tous les abcès, l'appétit renaît, la température est normale depuis 5 ou 6 jours, quand, sans qu'on ait commis de fautes, la température atteint de nouveau 39°, l'enfant est abattu et l'examen de la peau permet de découvrir soit un abcès profond, soit trois ou quatre abcès superficiels, soit un placard de vésico-pustules. Et ainsi quelquefois tous les 8 ou 10 jours.

La forme confluente succède souvent à la forme discrète : un enfant a deux ou trois petits abcès superficiels, quelquefois un seul depuis quelques jours; cet abcès, dont les parents s'inquiètent peu, à cause de son petit volume, s'ouvre seul, le pus qui s'en écoule contamine les parties voisines, tandis que l'enfant avec ses doigts en porte sur les divers points du corps : en 7 ou 8 jours se développent des vésico-pustules autour du premier abcès, des tournioles aux doigts, de la stomatite, de la conjonctivite, des abcès à la face, à la tête, au cou, aux poignets, là où l'enfant porte le plus fréquemment les doigts, puis bientôt un peu partout. A partir de ce moment, l'évolution est celle de la forme confluente d'emblée avec ses phases d'amélioration et ses poussées successives. Dans ces formes confluentes, si l'enfant a passé l'âge de 2 ans, si, plus jeune, il est vigoureux, il supporte assez bien ces alternatives de santé et de maladie, et finit par triompher. S'il s'agit, au contraire, d'un nourrisson chétif, débilité par une alimentation déficiente, par le rachitisme, ou mieux encore par la tuberculose généralisée chronique ou l'adénopathie bronchique, chaque poussée le laisse plus faible, plus pâle, les fonctions digestives deviennent de plus en plus mauvaises, l'amaigrissement est rapide et prononcé. En quelques semaines, 2 ou 3 mois au plus, l'enfant, s'il n'est pas emporté par une complication, succombe en pleine cachexie.

La *forme phlegmoneuse discrète* peut être caractérisée par l'éruption de quelques vésico-pustules, de deux ou trois abcès superficiels ou profonds, qui, incisés et bien pansés, ne se reproduisent plus. Si, au lieu de les inciser, on les a laissés s'ouvrir seuls, ce qui se produit en 8 ou 10 jours, il peut se faire plusieurs poussées successives, chacune d'entre elles restant discrète et se composant d'un petit nombre d'éléments. Ces formes s'observent surtout chez les enfants de plus de 2 ans, vigoureux, proprement tenus; elles n'altèrent pas la santé générale; un traitement rigoureux coupe presque toujours court à la maladie.

La *forme torpide* est le plus souvent *discrète*, mais peut être *confluente*. Dans le premier cas, il n'y a qu'un ou deux abcès, du volume d'une noisette ou d'une noix, développés primitivement dans la profondeur de la peau et gagnant peu à peu la surface; dans le second, au moins dix fois plus rare que le premier, il y a quelquefois 20, 50 et même 100 abcès disséminés sur les membres, le tronc, la face, les uns petits, situés dans le derme et enchâssés dans son épaisseur, les autres gros comme des noisettes, mobiles sous la peau, qu'ils ne pénétreront que plus tard. Ce qui caractérise la forme torpide, ce n'est ni le petit nombre des abcès, ni leur volume, ni leur situation, c'est leur marche lente, torpide, sans réaction générale d'une part, sans tendance d'autre part à la résorption ou à l'ouverture spontanée, c'est en un mot leur aspect d'« abcès froid ». Lorsque l'abcès a atteint son complet développement, la peau est à son niveau rouge, violacée, amincie et comme prête à se rompre, la fluctuation est d'autant plus manifeste que la collection est plus volumineuse; autour il n'y a pas de réaction inflammatoire, les ganglions correspondant à la région sont quelquefois gros, mais non douloureux; la fièvre manque, les fonctions digestives sont normales, l'enfant est simplement pâle, un peu anémié, sans que son embonpoint ait été modifié. En dehors de toute intervention, l'abcès peut rester en cet état plusieurs semaines et même 5 ou 6 mois; si, à ce moment, il s'ouvre seul ou si on l'incise, il y a à sa place une cavité à bords décollés, dont la cicatrisation peut être fort lente. La forme torpide n'a pas nécessairement une poussée unique et l'on peut trouver chez le même enfant des abcès, dont le début a eu lieu à 2 ou 3 mois de distance, et qui tous prennent la même marche; quelquefois cependant l'ouverture de l'un d'entre eux peut devenir le point de départ de la forme confluente, qui évoluera comme d'ordinaire, exposant l'enfant à toutes ses complications.

**Complications.** — Un certain nombre de complications locales, que nous avons déjà signalées, peuvent survenir au cours des abcès cutanés : la lymphangite, l'adénite suppurée, la gangrène, l'atonie des parties ulcérées, le décollement, les fusées purulentes. D'autres complications beaucoup plus graves peuvent encore se produire; ce sont la *broncho-pneumonie*, l'*entérite*, la *septicémie* et la *pyohémie* avec les diverses formes qu'elle est susceptible de revêtir : infection à caractères typhoïdes, méningite, thrombose des sinus, pleurésie purulente, péricardite purulente. Les complications locales et les complications pyohémiques<sup>1</sup>, ne présentant ni une interprétation difficile ni des signes particuliers dans l'affection qui nous occupe, ne nous arrêteront pas; nous ne retiendrons que la broncho-pneumonie et l'entérite, qui prêtent à quelques considérations spéciales.

La *broncho-pneumonie* complique fréquemment les abcès cutanés multiples qui persistent depuis un certain temps et en aggrave considérablement le pronostic : elle s'annonce par un peu de dyspnée, une toux sèche, quinteuse, de la fièvre; à l'auscultation, on trouve, dès ce moment, dans les deux

<sup>1</sup> Elles sont développées dans un autre chapitre de ce Traité. — Lire l'important mémoire de MM. Hutinel et Labbé : Contribution à l'étude des infections staphylococciques particulièrement chez l'enfant. *Arch. gén. de méd.*, 1896.

poumons, des râles ronflants et sibilants auxquels s'ajoutent bientôt des râles fins, humides, à l'une des bases ou aux deux; la dyspnée augmente, les râles fins se généralisent sans qu'on trouve d'ordinaire ni matité, ni souffle, et la mort survient en 7 ou 8 jours, quelquefois moins. A l'autopsie, on trouve du pus dans les bronches de moyen et de petit calibre, des noyaux de broncho-pneumonie rouges, gris ou suppurés avec les lésions habituellement concomitantes de congestion, emphysème, atelectasie. Dans le pus des bronches, dans le pus des vacuoles, dans les foyers non suppurés de broncho-pneumonie, on trouve les mêmes staphylocoques que dans le pus des abcès sous-cutanés. La relation de cause à effet entre les deux affections n'est donc pas douteuse, mais elle est susceptible de deux interprétations suivant les cas : la broncho-pneumonie peut être d'origine bronchique ou d'origine vasculaire. La plupart du temps, vraisemblablement, elle est d'origine bronchique; les microbes, qui recouvrent en quantité infinie la surface de la peau, sont à chaque instant inhalés ou portés à la bouche par l'enfant : cette pathogénie est la seule admissible dans les cas où l'on trouve le staphylocoque dans le poumon, mais non dans le sang. Lorsqu'on le trouve dans les deux, elle peut encore être applicable et il est permis de penser que l'infection sanguine s'est faite secondairement à l'infection pulmonaire et par elle. Dans quelques cas, toutefois, la broncho-pneumonie est certainement d'origine sanguine, elle est au même titre que la péricardite, la pleurésie, la méningite, les abcès miliaires du foie et du rein, etc., une des manifestations de la pyosepticémie.

Une autre complication non moins fréquente et presque aussi grave que la broncho-pneumonie est la *gastro-entérite*. La plupart des enfants atteints d'abcès sous-cutanés ont les fonctions digestives troublées : alternatives de diarrhée et de constipation, selles vertes ou panachées contenant des grumeaux de caséine non digérée; subitement se produisent quelques vomissements, les selles deviennent liquides, séreuses, blanches ou vertes, abondantes, répétées, la température s'élève à 40° et 41° et en deux jours l'enfant meurt dans le coma ou les convulsions; d'autres fois la température ne s'est élevée que pour retomber au-dessous de la normale, tandis que les vomissements et la diarrhée continuent, que les extrémités se refroidissent, que les yeux s'excellent : c'est le choléra infantile, qui se termine par la mort en 2 ou 3 jours. Dans un cas comme dans l'autre, l'intestin, le sang, les viscères ne renferment jamais le staphylocoque, mais toujours le *bacterium coli* virulent : c'est donc à lui qu'il faut attribuer la gastro-entérite, la septicémie et la mort; les lésions cutanées ne semblent avoir joué qu'un rôle prédisposant, soit en diminuant la résistance de l'individu, soit en troublant les sécrétions digestives et en permettant ainsi l'exaltation de la virulence du *bacterium coli*; il se peut aussi, mais le fait n'est pas démontré, que le staphylocoque arrivant dans les premières portions de l'intestin exalte, par un phénomène de symbiose, la virulence du *bacterium coli*, qui persiste seul et cause tous les accidents.

**Diagnostic.** — Le diagnostic d'abcès multiples est un diagnostic qui s'impose à première inspection. La *varicelle* suppurée, le *pemphigus*, la *der-*

*matite herpétiforme* sont des lésions bulleuses, qui restent pures, pendant un certain temps tout au moins : il est donc facile de voir se former les vésicules ou les bulles, de voir leur contenu limpide devenir louche, puis purulent, la bulle se crever et laisser à sa place une ulcération ordinairement superficielle : les éruptions de la varicelle ne se répètent guère plus de 12 à 15 jours même dans les formes anormales ; l'éruption de pemphigus et de dermatite herpétiforme se fait par poussées successives d'une durée fort longue avec, ordinairement, conservation d'un état général assez bon. Mais, comme nous l'avons vu, ces affections peuvent un jour se compliquer d'abcès sous-cutanés multiples, superficiels et profonds : la peau présente alors un mélange de lésions dont il faut savoir établir les relations. Il en est de même des abcès consécutifs à l'*impétigo*, aux *poux*, à la *gale* : l'affection primitive peut être masquée par l'autre ou tout au moins prendre le deuxième rang, mais la coexistence de lésions impétigineuses à la face et au cuir chevelu, de poux et des lésions de grattage dont le maximum est à la nuque, de sillons acariens, permet de faire le départ entre les différents ordres de lésions. Il est plus important encore, au point de vue du pronostic, de savoir, en présence d'une forme confluente d'abcès multiples, si l'on a affaire à la pyohémie ou non. En cas de pyohémie, les abcès sont égaux, petits ; perceptibles au toucher avant de l'être à la vue, ils sont semés sous la peau et semblent se développer de la profondeur à la surface ; l'état général est mauvais, l'enfant est prostré, a le teint plombé ; la fièvre est élevée, rémittente ou continue ; la respiration s'accélère, s'embarrasse ; d'autres signes de pyohémie se montrent et l'enfant succombe rapidement. Dans la forme confluente par inoculations multiples et successives, les abcès sont inégaux, souvent volumineux, très superficiels au début, semblent se développer de la surface vers la profondeur ; l'état général reste relativement bon, la fièvre est irrégulière, coupée souvent par plusieurs jours d'apyrexie ; la guérison est fréquente.

Le diagnostic le plus difficile est de savoir si les abcès torpides sont des abcès simples ou des *abcès tuberculeux*, ou encore des *gommés syphilitiques* ramollies. Longtemps, nous l'avons vu, on les a tous confondus sous le nom de gommés scrofuleuses de la peau. Ces abcès ont en effet la marche des abcès froids et leur développement chez des sujets anémiques, maigres ou bouffis, toujours pâles, à gros foie, grosse rate, polyadénopathie, rend souvent le diagnostic impossible : l'examen bactériologique du pus, qui permet souvent de constater le staphylocoque, l'inoculation aux cobayes qui donne des résultats négatifs au point de vue de la tuberculose, permettent seuls de trancher la difficulté. Les gommés syphilitiques sont relativement rares : l'examen de l'enfant, la constatation d'autres signes de syphilis héréditaire qui ne manquent jamais, l'examen bactériologique du pus, le traitement spécifique, permettent d'assurer le diagnostic.

**Pronostic.** — Un pourcentage de la mortalité portant sur tous les cas d'abcès multiples donnerait une idée fautive du pronostic de cette affection. Le pronostic, en effet, doit être porté dans chaque cas particulier, en se fondant sur l'âge de l'enfant, son état antérieur, la forme de la maladie, l'exis-

tence ou l'absence de complications : cette étude a été faite, chemin faisant, dans les chapitres précédents.

**Traitement.** — La *prophylaxie* des abcès multiples réside tout entière dans les soins de propreté et les précautions antiseptiques. Les soins de propreté ont pour effet de conserver à la peau sa souplesse, son fonctionnement parfait, sa résistance aux germes qu'elle porte à sa surface en même temps que la destruction d'un certain nombre de ces germes et l'atténuation des autres. Les bains quotidiens, que l'on donne aux nourrissons, le changement fréquent des langes, pour empêcher la macération de la peau dans l'urine ou les matières fécales, suffisent parfaitement à ce but : aussi, dans la classe aisée, qui peut et veut suivre ces prescriptions, est-ce tout à fait exceptionnellement qu'on observe des suppurations cutanées. Chez les enfants plus âgés, l'usage journalier du « tub » tiède ou froid peut remplacer les bains ; mais alors c'est à la propreté des mains qu'il faut spécialement veiller. Toute personne atteinte d'une affection suppurée quelconque doit être écartée de l'entourage du nourrisson ; si la nourrice a un abcès du sein, elle ne doit pas donner, bien entendu, le sein malade et doit faire son pansement avec des précautions telles que la contamination de l'enfant soit impossible. A l'hôpital, les enfants atteints de pyodermites sont forcément mélangés aux autres. Il est nécessaire de leur appliquer dans toute sa rigueur l'isolement par le box de M. Grancher : toute personne qui a examiné ou soigné l'enfant infecté doit laisser sa blouse dans le box, se laver les mains au savon, puis au sublimé, et mettre une autre blouse avant d'aller examiner ou soigner un autre enfant. On évite ainsi de porter directement les microbes virulents d'un malade à un autre. Le lavage des parquets et des murs remplaçant le balayage empêche le transport des germes par les poussières de la salle.

Quant au *traitement* de l'enfant infecté, il comprend avant tout deux indications : l'évacuation du pus des abcès, la protection des parties saines.

*L'incision n'est jamais trop précoce* : il est inutile d'attendre pour ouvrir un abcès que la peau soit rouge, ramollie à son niveau ; lorsque l'on sent l'abcès au doigt, si dur qu'il paraisse, c'est que le pus est collecté, et il faut l'évacuer : on est souvent, pour ne pas dire toujours, surpris de la quantité de pus contenu dans ces nodosités, que l'on ne croyait pas suppurées.

*L'incision doit être petite* : elle est toujours assez grande si elle donne issue facile au pus. On saisit entre le pouce et l'index gauches le petit abcès que l'on maintient et fait saillir pendant que de la main droite on enfonce le bistouri jusqu'au fond ; à ce moment, il est inutile d'inciser, on retire simplement le bistouri : la plaie cutanée ainsi faite est suffisante pour que la pression de l'abcès fasse sortir tout le pus ; la cicatrisation est complète en 24 ou 48 heures, quelquefois 3 ou 4 jours si la peau était trop amincie<sup>1</sup>.

<sup>(1)</sup> Cette ponction au bistouri pourrait être étendue à l'ouverture de tous les abcès à staphylocoques : en 1890 nous avons, le D<sup>r</sup> Reblaud et moi, appliqué cette méthode à tous les abcès du sein que nous avons ouverts ; dans les abcès trop volumineux nous mettions une petite mèche de gaze antiseptique destinée simplement à maintenir la petite ouverture béante pendant 3 ou 4 jours ; la guérison a toujours été complète en 5 ou 6 jours sans cicatrice apparente, ce qui ne nous paraît pas être un fait négli-

Tous les abcès que l'on peut sentir à la palpation doivent être *incisés en une même séance*, dût-on faire 60 ou 80 incisions : on n'a rien à redouter de la petite perte de sang qui en résulte ; son inconvénient est minime à côté de ceux qu'il peut y avoir à laisser des foyers de suppuration dans la peau d'un enfant. Le lendemain et les jours suivants jusqu'à guérison complète, il faut palper avec soin toute la surface du corps pour découvrir et inciser tout abcès qui a pu se former. Chaque abcès doit être recouvert soit d'un pansement sec à la gaze salolée ou iodoformée, ou, s'il est petit et isolé, d'une rondelle d'emplâtre rouge de Vidal. Les pansements humides conviennent moins bien que les pansements secs : ils augmentent souvent la desquamation de l'épiderme, irritent la peau et facilitent ainsi la pénétration des microbes dans son épaisseur. Pour désinfecter la peau des régions voisines et la débarrasser, dans la mesure du possible, des microbes que le pus a déposés à sa surface, les bains quotidiens sont indispensables. On peut donner des bains boriqués, ou même des bains de sublimé à 1/15 000 ou 1/20 000, en surveillant l'enfant dans ce dernier cas pour éviter l'intoxication, rare, il est vrai, mais possible. Il semble préférable d'employer les bains simples ou savonneux et d'enduire ensuite l'enfant de vaseline naphtolée à 1/10. Ce moyen doit être en tout cas employé lorsque les abcès multiples sont dus à la gale ou à la phthiriose : sans cette précaution, les abcès se renouvellent indéfiniment, puisque leur cause occasionnelle persiste.

geable. Nous avons fait de même une incision d'un centimètre de long dans un volumineux abcès à staphylocoques de la cuisse (500 gr. de pus) chez un homme, et dans un abcès à staphylocoques de la région lombaire (250 gr. de pus) chez une fillette de 10 ans : dans les deux cas la guérison a été complète en 6 ou 7 jours. Par contre, l'abcès du sein à streptocoques que nous avons incisé de la même façon n'était pas guéri après trois semaines et il nous a fallu faire une large incision.

## XIV

**INFECTIONS CUTANÉES**PAR LE D<sup>r</sup> J. HULOT

Ancien chef de clinique médicale de la Faculté de Paris.

Toutes les affections septiques et en particulier celles qui ont la peau comme origine ou comme localisation sont plus fréquentes encore chez le nourrisson et dans le cours de la première enfance qu'à tout autre âge de la vie. Débile encore et la plupart de ses organes inachevés, le nouveau-né se trouve exposé dès sa naissance aux attaques d'un nombre considérable de germes ou microbes pathogènes partout disséminés autour de lui. Or l'enfant est loin de pouvoir résister aussi facilement que l'adulte à ces attaques. Si, en effet, on considère d'une part le germe en lui-même avec toutes ses qualités de vitalité et de virulence et d'autre part le terrain sur lequel il évolue, on s'aperçoit bien vite que si la cause animée reste la même, le terrain, lui, est changé ; car le jeune âge constitue à lui seul une des conditions les plus défavorables pour l'organisme dans sa lutte contre l'envahissement des agents pathogènes.

Ce manque de résistance aux infections, si marqué chez le nouveau-né et le nourrisson, n'est pas d'ailleurs particulier à l'espèce humaine, les animaux le présentent également. Il est dû, autant que permettent d'en juger les travaux récents, à une réunion de causes dont les principales sont : l'insuffisance de la phagocytose et du pouvoir bactéricide des humeurs, du sang en particulier en rapport avec le développement incomplet des organes lymphoïdes et hémato-poïétiques, ganglions lymphatiques, moelle osseuse, rate, etc., la desquamation très active de la peau et des muqueuses qui entraîne à sa suite une perméabilité plus grande du revêtement cutané et dont l'importance a été bien démontrée par Epstein ; le développement incomplet dans beaucoup d'endroits de la couche cornée de l'épiderme signalée par Rémy et sur lequel j'ai moi-même insisté ailleurs ; la réaction fébrile à peine marquée que présente souvent l'enfant ; la faible alcalinescence du sang de nouveau-né, analogue à celle que l'on retrouve chez les enfants infectés. Si à ces diverses causes nous ajoutons encore la débilitation préalable réalisée par des maladies antérieures fréquentes à cet âge ou un manque de résistance spécial dû à des tares héréditaires organiques que rien parfois ne peut faire prévoir et que révèle seule la marche rapide et grave d'infections ordinairement bénignes, nous ne serons plus étonnés du nombre considérable d'infections que l'on observe dans les premiers jours de la vie.

Les portes d'entrée de ces infections sont relativement peu nombreuses. Les germes pathogènes ne peuvent en effet envahir l'organisme qu'en pénétrant au niveau des orifices naturels ou en traversant le revêtement cutané.