

## XVII

## ENGELURES

PAR LE D<sup>r</sup> LÉOPOLD BAUMEL

Professeur de clinique des maladies des Enfants à l'Université de Montpellier.

On désigne, sous le nom d'engelures ou d'*érythème pernio*, une maladie cutanée, bénigne le plus souvent, ayant pour siège les extrémités et caractérisée par de petites indurations intra-dermiques, circonscrites, recouvertes d'une rougeur plus ou moins intense et qui sont généralement le siège, au début du moins, de démangeaisons parfois insupportables. Cette maladie survient de préférence chez l'enfant, nous en verrons bientôt les raisons.

**Étiologie.** — Les engelures s'observent principalement l'hiver et semblent être le résultat de l'action du froid.

Comment cette cause agit-elle ? Sur quels éléments anatomiques porte-t-elle plus spécialement son action ? Quels sont les troubles fonctionnels et les lésions qui en résultent ? C'est ce que nous ne savons pas encore bien exactement.

S'agit-il, en effet, de la diminution pure et simple de la vitalité des éléments cellulaires, sur lesquels le froid exerce son action la plus intense ? Faut-il faire intervenir au contraire, comme intermédiaires, les systèmes nerveux ou vasculaire ? C'est ce que nous ignorons d'une manière absolue. Doit-on enfin voir là, tout simplement, une action (coagulante par exemple) du froid extérieur sur les liquides intra-vasculaires (sang, lymphe) ou intercellulaires (cutanés ou hypodermiques) des extrémités ? Voilà tout autant de questions dont la solution ne nous paraît point possible, à l'heure présente.

Peut-être y a-t-il intervention ou action commune de plusieurs de ces causes, c'est ce que ni la physiologie, ni l'anatomie pathologique, n'ont pu encore suffisamment élucider.

Étant donnée la bénignité habituelle (mais non constante, nous le verrons plus loin) de cette maladie, bien des traités classiques de pathologie médicale, de pédiatrie et même de dermatologie, restent muets à son sujet ou n'en donnent que des descriptions banales et sans grande importance.

Nous renverrons le lecteur, que cette étude intéresserait plus particulièrement et qui désirerait avoir à son égard des détails que ne peut contenir un exposé comme le nôtre, au remarquable article *CONGÉLATION* de M. le D<sup>r</sup> Servier, in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1876), au Traité des maladies de la peau, du professeur Neumann (1880), enfin à l'article, beaucoup plus récent, mais malheureusement un peu succinct, de M. le D<sup>r</sup> G. Thibierge, tome II du *Traité de médecine* (Charcot-Bouchard, 1894).

Si la cause externe, habituelle, sous l'influence de laquelle se développent les engelures, est le froid, il s'en faut de beaucoup que celle-ci soit suffisante

par elle-même. Elle a besoin le plus souvent, pour atteindre un pareil résultat, du concours de certaines causes internes ou conditions particulières et individuelles, telles que : le jeune âge, le lymphatisme, la scrofule, peut-être même la syphilis, enfin l'anémie.

Toutes les causes débilitantes, en un mot, capables d'atténuer dans une certaine mesure les réactions physiologiques de l'organisme, sont de nature à favoriser l'apparition des engelures, sous l'influence de l'action du froid. Mais ce sont surtout celles que nous venons d'énumérer, qui nous paraissent agir plus efficacement encore que toutes les autres, dans ce sens. Voilà pourquoi nous éprouvons le besoin de dire quelques mots de chacune d'elles en particulier.

C'est surtout pendant l'*enfance* que se montrent, fréquemment, les engelures. Deux conditions également puissantes à les produire, en dehors de l'action du froid, contribuent largement à cette fréquence même. Nous voulons parler de la délicatesse ou finesse du tégument, offrant une résistance moindre à l'action du froid, et par suite une impressionnabilité plus grande à cette cause ; mais, aussi, de la prédominance des tissus mous et du système lymphatique, de la lymphe en un mot, à cette période de la vie.

Ces conditions se retrouvent parfois, à un âge plus avancé, à un moindre degré d'intensité cependant. C'est ainsi que, chez toute personne lymphatique, la prédominance du système de même nom constitue une sérieuse prédisposition aux engelures et une circonstance des plus favorables à leur production, sous la simple action du froid.

Le *sexe* semble, à son tour, jouer un rôle considérable dans leur développement. C'est ainsi que la peau fine et délicate de la femme, la prédominance, chez elle, du tissu cellulaire en général et sous-cutané en particulier, l'anémie enfin, à laquelle elle est si sujette, sont autant de raisons pour lesquelles on observe souvent les engelures, chez la femme comme chez la jeune fille.

L'*anémie*, à elle seule, suffit en effet pour favoriser la production de cette maladie cutanée. Or, l'anémie est à son tour très fréquente chez l'enfant. Ses causes les plus habituelles sont, en dehors des nombreuses maladies, aiguës ou chroniques, qui peuvent la déterminer : la mastication incomplète par carie d'évolution ou névralgie dentaire et les vices alimentaires, au moment surtout où s'effectue la croissance plus ou moins rapide. Leur action débilitante est précisément en rapport direct de cette rapidité même.

Enfin, il est certains états diathésiques particuliers, le plus souvent héréditaires, tels que la *scrofule* et la *syphilis*, qui nous paraissent jouer un rôle considérable, non seulement dans la production, mais surtout dans la chronicité ou l'aggravation de l'*érythème pernio*.

Nous aurons à y revenir ultérieurement, surtout quand nous nous occuperons des ulcérations auxquelles peuvent aboutir, dans certains cas, les engelures, qui se terminent le plus souvent, au contraire, par résolution.

**Symptomatologie.** — Le premier symptôme qui attire l'attention, lorsqu'il existe des engelures, est une tuméfaction cutanée, plus ou moins intense, présentant une rénitence particulière, s'accompagnant habituellement d'une



sensation de chaleur incommode, avec démangeaison, parfois légère, mais souvent aussi absolument insupportable, que la chaleur extérieure augmente toujours, ainsi d'ailleurs que tout frottement, volontaire ou non, pratiqué à sa surface.

*Siège.* — Les engelures ont, pour siège de prédilection, les extrémités, surtout les doigts et les orteils, mais aussi le nez et les oreilles, principalement le bord libre du pavillon.

Pendant les premiers jours, la tuméfaction persiste telle qu'elle était tout d'abord ou va même s'accusant de plus en plus. On constate généralement, au niveau des engelures, les quatre principaux symptômes de l'inflammation : *rubor, tumor, calor et dolor*.

Après une durée d'un ou plusieurs septénaires, ces symptômes subissent simultanément une atténuation sensible. Petit à petit, la peau reprend son aspect normal et sa consistance physiologique. La guérison, dans ces cas, s'opère par résolution pure et simple.

Ce n'est guère qu'au pavillon de l'oreille que l'on voit parfois l'épiderme, qui recouvrait l'engelure, se dessécher et prendre une consistance légère, lui donnant facilement l'aspect d'une croûte. Celle-ci s'enlève, d'ailleurs, d'elle-même ou le moindre grattage, avec l'ongle, rend sa chute facile. Il en résulte une véritable exulcération cutanée, au-dessus de laquelle l'épiderme se forme à nouveau, avec son épaisseur et sa densité premières; et cela, aussi souvent que le moindre frottement ou grattage en provoque la chute, jusqu'au jour où celle-ci laisse à nu un épithélium néoformé, suffisamment résistant pour s'opposer à toute transsudation séreuse ou sanguine et pour protéger le derme sous-jacent. Dès lors, cet épithélium acquiert, de jour en jour, une consistance et une vitalité de plus en plus grandes, jusqu'au moment où il revêt toutes ses qualités normales.

Une légère teinte rosée dénote, jusque-là, cet endroit, comme étant celui où existait antérieurement l'*érythème pernio*.

Mais les choses ne se passent pas toujours aussi simplement. On voit en effet, parfois, les engelures devenir le siège, non seulement d'exulcérations épidermiques, mais même d'ulcérations dermiques, et cela, quel que soit le point sur lequel elles se sont primitivement développées. Les doigts et les mains, principalement leur face dorsale, sont souvent le siège de pareilles complications. Nous avons observé, chez une jeune fille de 12 ans, des lésions de cet ordre. Elles furent des plus prononcées et elles méritent bien d'attirer un instant notre attention.

Tous les ans, en hiver, les mains et les doigts de cette enfant présentaient, à leur face dorsale, une coloration violacée, à peu près générale à première vue, en raison du nombre considérable d'engelures qui s'y développaient; puis, au milieu même de chacune des taches violacées, qui constituaient cet ensemble, survenaient des ulcérations plus ou moins étendues, plus ou moins profondes, dont la cicatrisation, malgré le traitement le plus rationnel et le plus énergique, nécessitait un temps assez long, de 6 semaines à 2 mois.

Cette fillette, très anémique et aménorrhéique, était d'un tempérament

lymphatique des plus marqués, ainsi que sa mère, d'ailleurs. On pouvait même se demander si la scrofule n'était pas en cause chez elle, en raison de l'aspect et de la durée des ulcérations, produites chaque année par les engelures. Dans les anamnétiques du sujet, nous ne trouvâmes rien de particulier, si ce n'est l'existence, à l'âge de 8 ans, d'un *mal*, de nature difficile à préciser, qui aurait eu pour siège la face et que l'enfant aurait contracté, alors qu'elle allait en classe, dans une des principales villes de France.

Ce mal n'était-il pas la syphilis? Nous ne saurions certainement l'affirmer. Toutefois, il nous est permis de nous le demander, en présence de la réapparition annuelle et de la *ténacité* toute particulière de ces engelures *ulcérées*, peu communes, il faut le reconnaître, pour ce double motif.

La syphilis acquise n'est pas rare dans les écoles. Nous en avons cité un cas, relatif à un enfant de 8 ans. Chez lui, nous n'avons pu trouver d'autre cause, à la syphilis dont il était porteur et qui se traduisait par des plaques muqueuses buccales, que la non-interposition, entre sa bouche et le robinet de la fontaine de l'école qu'il fréquentait, d'une timbale, diminuant, par sa plus grande surface, le danger du contact et susceptible de lavage, au moins *spontané*, par l'eau naturellement versée. De cette façon, auraient été rendues moins nombreuses les chances d'une pareille contagion, fatale, pour ainsi dire, lorsque des enfants, les uns malades, les autres sains, viennent successivement appliquer leurs lèvres sur un robinet, qui conserve à sa partie externe, non lavée par l'eau, le virus facile à recueillir, dans ces conditions, avec toute son intensité<sup>1</sup>.

Si nous avons longuement insisté sur ces faits, c'est pour montrer le bien-fondé, du moins en apparence, sinon en réalité, de l'opinion que nous avons formulée au sujet de la jeune fille aux engelures, chez laquelle, d'ailleurs, le traitement antisiphilitique, nous le verrons plus tard, nous réussit pleinement.

Quant à l'aspect particulier des plaies et à la lenteur de la cicatrisation, elles trouvent une explication toute naturelle, sinon dans la spécificité de la lésion, du moins dans l'état lui-même des parties couvertes d'engelures.

Les mains habituellement *froides*, même lorsque la malade prenait la précaution de les envelopper (mitaines, pansement, linges divers), étaient *tuméfiées* dans leur ensemble. Les orteils, sur lesquels se développaient aussi des lésions identiques, en moins grand nombre toutefois, présentaient, à peu de chose près, les caractères que nous allons décrire.

Les pieds étaient, généralement, moins froids que les mains. Ils l'étaient, cependant, d'une façon appréciable.

La couleur des téguments, porteurs d'engelures ulcérées, était, aux pieds comme aux mains, *violacée*.

<sup>(1)</sup> L'enfant, dont nous parlons en ce moment, donna la syphilis à sa sœur, jeune fille de 18 ans aussi peu vicieuse que lui-même, certainement par la communauté des ustensiles de vaisselle (cuillère, fourchette, verre). Cette jeune fille, à son tour, donna à son frère, jeune nourrisson de quelques mois à peine, un chancre induré de la lèvre supérieure. Le nourrisson transmit la syphilis à sa mère, qui l'allaitait (chancre du mamelon). De sorte que, sur 8 personnes dont se composait la famille (le père, la mère et 6 enfants), 4 furent atteints, ainsi que nous l'avons indiqué. Les 4 autres ne furent préservés que grâce aux précautions hygiéniques et prophylactiques les plus sévères, conseillées par nous.



Les ulcérations présentait un *fond grisâtre et blâfard*, recouvert d'un *pus sanieux* ou même sanguinolent, soit que, laissées à découvert ou protégées par un pansement, elles fussent traumatisées dans les divers mouvements exécutés (même pour mettre des vêtements ou les poser), soit que les pièces du pansement lui-même adhérassent, à un moment donné, à la plaie, en raison de leur siccité ou par suite de l'évaporation et de la condensation des liquides interposés (sang, pus, etc.).

Les parties malades (mains et pieds) étaient comme tuméfiées et presque œdémateuses, dans leur ensemble. Leur basse température, leur tuméfaction, les indurations, les érythèmes et les ulcérations signalées plus haut, expliquent suffisamment et la circulation difficile et la moindre vitalité des parties; d'où l'état atonique des plaies et leur pénible et lente cicatrisation. Tout ceci, bien entendu, indépendamment de l'état général, anémique et lymphatique, de la malade; sans parler de la nature, peut-être scrofuleuse ou même spécifique, des lésions.

On conçoit aisément, en présence de ce cas grave d'engelures des pieds et surtout des mains, que les choses puissent aller encore plus loin et qu'avec de tels désordres cutanés les parties profondes (tissus fibreux, musculaire, osseux) puissent se prendre à leur tour.

Nous n'aurions point été surpris, pour peu que les choses eussent duré plus longtemps dans le cas qui nous est personnel, de voir des engelures aussi intenses et aussi persistantes, survenant en plein développement et au moment même de la croissance, envahir les phalanges, les métacarpiens, les articulations métacarpo-phalangiennes et y produire de l'ostéite, de la carie, de la nécrose même, enfin des arthrites simples ou suppurées.

Nous avons eu la bonne fortune d'éviter tout cela, grâce à une guérison, tardive sans doute et lente, mais arrivée à temps toutefois.

Du côté des pieds et surtout des mains, il ne reste plus, désormais, qu'un nombre de cicatrices assez considérable.

Elles ont, en moyenne, la dimension d'une pièce de 50 centimes et siègent, surtout, dans le voisinage des articulations métacarpo-phalangiennes, principalement à la face dorsale des mains.

La mince couche des parties molles de cette région rend compte, jusqu'à un certain point, de l'action plus intense du froid sur le tégument à ce niveau, de même que la superposition, presque immédiate, de celui-ci aux os sous-jacents explique les faciles traumatismes qui s'y produisent, ainsi que la vitalité moindre dont il est le siège.

La couleur blanc rosé des cicatrices tranche vivement sur la coloration normale des parties avoisinantes.

**Diagnostic et Pronostic.** — Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de confondre les engelures avec tout autre maladie cutanée.

Il en est deux, cependant, qui présentent avec elles certaine analogie, tellement grossière, toutefois, que la confusion ne nous paraît guère possible. Nous voulons parler de l'érythème noueux, qui siège le plus souvent aux membres, inférieurs de préférence, mais non point particulièrement aux orteils; enfin, de l'urticaire, dont les démangeaisons se rapprochent, beau-

coup plus que celles de l'érythème noueux, des démangeaisons produites par les engelures, mais dont le siège est habituellement différent et la généralisation beaucoup plus grande.

Thibierge signale, comme susceptibles d'être confondus avec les engelures, l'érythème polymorphe, le lupus érythématoïde, la lèpre, la sclérodémie, les lésions des extrémités que l'on peut rencontrer dans certains cas de syringomyélie, ainsi que dans les névrites périphériques.

La durée habituellement éphémère des engelures, leur production rapide, à une époque de l'année toujours la même, seront d'ordinaire, d'après lui, d'excellents éléments de diagnostic différentiel.

Ce diagnostic sera cependant plus difficile, nous devons le reconnaître, quand on se trouvera en présence d'engelures chroniques, avec lesquelles il serait plus facile de confondre, non seulement les maladies cutanées dont parle M. Thibierge, mais encore les nodosités d'Heberden, les dépôts tophacés que l'on observe si communément chez les goutteux, etc. Ces engelures chroniques sont assez rares, surtout chez l'enfant. Nous ne les avons, pour notre compte, jamais observées. Nous avons cru toutefois devoir les mentionner, en raison de la possibilité de leur existence.

Le pronostic des engelures est, dans l'immense majorité des cas, sinon toujours, des plus bénins. Il faut cependant reconnaître que, dans quelques cas exceptionnels, soit par suite d'un traitement tardif ou mal conduit, soit par le fait d'un état général, particulièrement fâcheux, du sujet, on peut voir, comme chez la jeune fille dont nous avons parlé plus haut, les engelures revêtir un certain caractère de gravité qui, on l'admettra facilement, peut même dépasser les limites dans lesquelles il nous a été donné de l'observer.

**Traitement.** — Quant au traitement à instituer, il nous paraît des plus simples. Il s'adresse à l'état local ou à l'état général.

Localement, on devra protéger les extrémités d'une façon suffisante (chaussures, gants, etc.), pour éviter l'impression trop vive du froid et surtout les variations brusques, les à-coups, de température.

Non seulement le froid sec, tel que l'exposition à l'air, au vent, mais surtout le froid humide (immersion fréquente des mains dans l'eau, principalement en ce qui concerne les jeunes filles, qui se livrent assez souvent aux occupations ordinaires du ménage), devront être scrupuleusement évités. On devra, même, interdire aux malades de se laver les mains trop souvent, dans la journée, précisément pour éviter l'inconvénient, auquel nous faisons allusion et qui consiste à voir un liquide, froid d'emblée ou surtout refroidi, séjourner au contact de la peau des extrémités atteintes d'engelures.

Cette action pathogénique pourrait, en effet, s'ajouter à celle qui a provoqué la première manifestation du mal.

Voilà pourquoi nous ne voyons pas bien, en ce qui nous concerne, la nécessité de bains locaux (manulaves ou pédiluves), même médicamenteux, sous prétexte de guérir ou de faire avorter des engelures à leur début. Nous ne concevons pas, davantage, l'utilité de pommades quelconques à cette période; pommades qui, même résolutive ou astringente, ont pour inconvénient sérieux de refroidir les extrémités et de rendre plus intense, sur



celles-ci, l'action du froid extérieur. Une chaleur excessive ne conviendrait pas non plus; car, les démangeaisons qu'elle suscite ou exagère, gênantes par elles-mêmes, peuvent en outre, par le grattage qu'elles provoquent, rendre plus facile l'érosion ou l'ulcération cutanée, qu'il faut éviter autant que faire se peut. Celle-ci, une fois produite, les lavages antiseptiques (eau phéniquée à 1 pour 200, ou boriquée à saturation) nous paraissent indiqués, avant l'application, que l'on doit faire 2 fois par jour sur ces plaies, de poudre d'iodoforme ou de salol.

L'usage du nitrate d'argent solide peut devenir nécessaire, soit pour aviver, exciter les plaies sanieuses, blafardes ou atoniques, soit pour réprimer les bourgeons exubérants, au moment où tend à se produire la cicatrisation. Enfin, un traitement général est souvent indispensable. Le fer et le quinquina, dans l'anémie; l'iodure de potassium, dans le lymphatisme et la serofule; la liqueur de Van Swieten, précédant ou accompagnant l'iodure, dans la syphilis, trouvent, suivant les cas, leurs indications isolées, simultanées ou successives.

Les bains de mer, prescrits l'été, peuvent bien souvent prévenir ou atténuer les atteintes d'engelures, qui, sans leur intervention, surviendraient fatalement ou se produiraient plus intenses, l'hiver suivant.

Il est parfois utile, plusieurs années de suite, de recourir à ce traitement, préventif par excellence, en raison des modifications profondes qu'il apporte à l'état général et à la nutrition, en raison, aussi, de la tonification qui en résulte pour l'organisme tout entier et le tégument externe lui-même.

## XVIII

## ZONA

PAR M. RENÉ MILLON

Médecin des Dispensaires d'enfants de la Société philanthropique.

Le zona est une affection dont la connaissance est très ancienne. Les anciens la désignaient sous des noms variés : *ignis sacer*, *feu de Saint-Antoine*, etc. Longtemps confondue avec l'érysipèle et les dermatoses à extension progressive, elle n'est entrée dans la nosographie qu'avec Borsieri qui la décrit comme une maladie *sui generis* et lui consacra un chapitre dans ses *Institutes*. Son existence véritable ne date toutefois que du jour où l'on sut rattacher son origine à une lésion du système nerveux. Romberg, en 1851, qui signala l'influence des lésions des nerfs sur les fonctions des tissus; Lasègue (1852); Charcot (1859), montrant l'influence du système nerveux sur certaines affections de la peau et commençant ainsi l'histoire des trophonévroses; Samuel (1860), émettant la théorie des nerfs trophiques, tous ces auteurs préparèrent le terrain et facilitèrent les découvertes ultérieures. Bærensprung enfin (1861 et 1865) décrit une lésion des nerfs intercostaux et des ganglions spinaux en rapport avec le développement d'un zona thoracique. A partir de ce moment, on accorda au zona l'attention qu'il mérite. Il est impossible, en effet, à un état morbide de présenter un intérêt plus complexe : se rattachant simultanément aux dermatoses, aux lésions du système nerveux périphérique et central et aussi aux maladies infectieuses, son intérêt grandit chaque jour.

Chez l'enfant, on ne s'est pourtant jamais beaucoup intéressé à cette maladie, qui, d'ailleurs, se présente avec des caractères atténués et une bénignité évidente. Généralement les traités ne lui accordent qu'une brève mention et c'est à peine si quelques auteurs se sont particulièrement occupés de cette question. Bierbaum<sup>1</sup> lui consacre, par deux fois, une courte étude. Lee<sup>2</sup> en fait une monographie spéciale. Bohn<sup>3</sup> s'en occupe à plusieurs reprises et en trace une esquisse dans le manuel de Gerhardt. Signalons encore Kaposi<sup>4</sup> et plus récemment Taylor<sup>5</sup>. En France, Trousseau, Hardy, parlant du zoster en général, donnent de bons aperçus de sa variété infantile; Fabre<sup>6</sup>, de Commeny, dans son mémoire bien connu, en présente un certain nombre d'observations; Henri Leroux, dans l'article du *Dictionnaire encyclopédique*, et M. Descroizilles, dans son *Traité des maladies des enfants*,

<sup>(1)</sup> BIERBAUM. *J. f. Kinderkr.* Erlang., 1860 et 1865.<sup>(2)</sup> LEE. On herpes zoster in children. *Med. Press et Circ.* London, 1868, XLV, 656.<sup>(3)</sup> BOHN. *Jahrb. f. Kinderh.* Leipzig, 1868-1869, II, et art. MAL. DE LA PEAU, in *Handbuch der Kinderkr. von Gerhardt*. Nachtrag, 1885.<sup>(4)</sup> KAPOSI. Bemerk. zur Etiologie des Zoster. *Wien. med. Wochenschr.*, 1889.<sup>(5)</sup> TAYLOR. Herpes zoster in children. *Phila. Polycl.*, 1894, III, p. 511.<sup>(6)</sup> FABRE. *Mém. sur le zona*. Paris, 1882.