

rapide et plus grave, à cause de l'absence de la réaction phagocytaire dans les premiers jours de la vie. Dans le second cas, l'affection est assez particulière pour mériter une description clinique spéciale.

L'érysipèle peut apparaître dès la naissance, du second au troisième jour, quelquefois beaucoup plus tard, vers le quinzième jour seulement. Comme l'a bien montré Trousseau, il débute ordinairement non par l'ombilic, mais par le pénis, d'où il gagne dès le lendemain le scrotum et la vulve : le surlendemain il s'étendra aux fesses, aux cuisses, et envahira tout le membre inférieur. Il est caractérisé par une rougeur vive de la peau, et par la dureté et la résistance du tissu cellulaire sous-jacent. L'enfant tombe dans un état d'abattement profond, et exprime sa douleur par des cris : la fièvre est peu vive en ce moment. La tendance envahissante de l'affection ne se limite pas : la région fessière est souvent atteinte, et il n'est pas rare de voir l'érysipèle gagner le dos, se propager au visage et au cuir chevelu. Les parties malades sont le siège d'une rougeur souvent luisante, œdémateuse ; elles sont limitées par un bourrelet moins saillant que chez l'adulte, et il n'est pas rare d'observer sur cette région des bulles remplies d'une sérosité jaunâtre.

La peau et le tissu sous-cutané sont infiltrés davantage dans les parties lâches : il y a tuméfaction considérable du pénis, du scrotum, de la vulve, des paupières, des pieds et des mains, souvent atteints ainsi que tout le membre supérieur. La peau pâlit dans les régions primitivement envahies, qui peuvent devenir le siège d'une légère desquamation. Les récidives ne sont point exceptionnelles sur les mêmes points.

La fièvre ne fait jamais défaut à cette période : il existe tous les soirs une exacerbation vespérale qui peut aller de 39 à 41 degrés. Le pouls est extrêmement rapide et petit. L'alimentation devient difficile : les enfants, qui étaient encore d'une manière satisfaisante le premier jour, refusent absolument le sein. L'évolution est parfois si rapide que tous ces troubles peuvent passer inaperçus.

Trousseau a été vivement frappé de la gravité du pronostic de l'érysipèle péri-ombilical des nouveau-nés, et il a insisté sur l'allure insidieuse qu'il prenait avant la terminaison fatale. Malgré l'apparence de vitalité des petits malades, bien qu'ils têtent parfois à merveille, que leurs cris soient vigoureux, ils succombent le lendemain, le surlendemain, ou même quelques heures après. La mort peut succéder au collapsus, aux suppurations de la plèvre et du péritoine, à la phlébite ombilicale, parfois à la pyéléphlébite.

Dans les seuls faits où l'on a pu observer la guérison, c'est grâce à la réaction phagocytaire tardive sur laquelle nous nous sommes longuement expliqué plus haut. La formation de nombreuses collections purulentes sous-cutanées est la règle en pareil cas. Ces abcès, en général curateurs, peuvent présenter des aspects divers, qu'il s'agisse du phlegmon péri-ombilical de Fualdès ou que l'on ait affaire à toute la variété des abcès sous-cutanés que Bouchut¹, Fredet², Vincent³ nous ont bien appris à connaître.

(¹) BOUCHUT. *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*, 1873.

(²) FREDET. Érysipèle gén. chez un enfant de 12 jours, abcès multiples. Guérison. *Gaz. des hôp.*, 1874.

(³) VINCENT. Érysipèle généralisé chez un nouveau-né, abcès multiples. Guérison. *Gaz. des hôp.*, 1874.

Ces abcès peuvent être uniques ou multiples, ils peuvent se succéder pendant 4 à 6 semaines, sans qu'il soit possible d'incriminer en aucune façon l'action des microbes d'infection secondaire. On incise ces collections purulentes, la fièvre tombe, et tout peut rentrer dans l'ordre : c'est là un mode de guérison que les recherches d'Achalme nous ont permis de comprendre ; Trousseau avait magistralement décrit le fait clinique, sans pouvoir l'expliquer.

D'autres complications ont été observées : parmi celles-ci, la gangrène est la plus fréquente. Toute la paroi abdominale peut se gangrener, laissant à nu les muscles de la région et les aponévroses. Le sphacèle des grandes lèvres et du scrotum n'est pas rare ; les testicules peuvent être ainsi complètement dénudés. Cette complication n'est pas toujours une cause de mort ; tout s'arrange souvent mieux qu'on n'aurait pu le supposer, et tous ces désordres se réparent : la cicatrisation est assez rapide, et quelquefois il ne persiste aucune trace de l'infection. Parfois, l'évolution est toute différente, et l'apparition de la gangrène s'accompagne des phénomènes généraux les plus graves, amenant rapidement la mort.

Quelquefois l'infection sous-dermique se complique de phlébite de la veine ombilicale : le foie peut être atteint par la voie veineuse, d'où hépatite infectieuse avec ictère. Quand nous aurons signalé les épanchements purulents des grandes séreuses, péritoine, plèvre, péricarde, et les cas rares de phlébite des sinus, nous en aurons terminé avec les complications possibles de l'érysipèle des nouveau-nés.

La terminaison de cette affection par induration dermique est exceptionnelle, et il est même permis de se demander, avec Hervieux et Achalme, si l'on n'a pas alors confondu l'érysipèle avec le selérome des nouveau-nés.

Pronostic. — Tout ce qui précède met bien en lumière la gravité du pronostic de cette variété d'infection streptococcique chez le nouveau-né. La mort peut arriver dans les premiers jours : elle peut survenir beaucoup plus tard, le vingt-troisième jour même, comme dans ce cas de Trousseau, où l'affection succédait à un phlegmon de la mamelle de la mère. La guérison n'est possible qu'au cas du passage de l'érysipèle à l'état chronique, et de formation de ces abcès curateurs dont nous avons expliqué plus haut la genèse et l'allure clinique.

Diagnostic. — Le diagnostic est facile quand la maladie est en pleine évolution ; les caractères si nets de l'érysipèle, sa rougeur luisante et foncée, sa marche envahissante, l'induration si profonde des téguments, une anomalie et un retard dans la dessiccation et la chute du cordon, l'aspect terne et grisâtre de la plaie ombilicale, tout cela peut aider à reconnaître l'affection. On y songera d'autant plus qu'on se trouvera en milieu épidémique, qu'on aura constaté d'autres cas d'érysipèle, ou que la mère, atteinte d'affection puerpérale, sera soignée par la même infirmière ou la même garde que son enfant. Dans certains cas, le diagnostic n'est point aisé, et l'on se trouve en face de difficultés presque insurmontables.

La lymphangite gangreneuse du scrotum chez le nouveau-né a des analogies d'autant plus grandes avec l'érysipèle qu'il existe une parenté entre

ces deux affections : cependant, l'aspect très particulier de gangrène blanche (Duvernay)¹ plaide en faveur de l'érysipèle.

L'eczéma rubrum peut simuler la plaque érysipélateuse par son aspect rouge, luisant et tuméfié. Si l'on a pu assister au début de l'affection, on notera des différences : l'eczéma rubrum ressemble dès son origine à un eczéma banal, c'est-à-dire qu'il existe des vésicules, d'abord petites, qui deviennent plus volumineuses, pour constituer par confluence de véritables bulles ; la desquamation se fait par longs lambeaux, enfin il n'est pas rare de le voir envahir d'abord la figure et la tête, puis une autre région, les mains, les parties génitales, sans qu'il y ait extension de proche en proche, comme on l'observe dans l'érysipèle.

On peut en dire autant de l'urticaire pigmentée, qui débute dans la première enfance, parfois quelques jours seulement après la naissance. Elle se caractérise par une éruption de plaques érythémateuses de quelques centimètres de diamètre, sur lesquelles se produisent soit des élevures d'un rouge vif, soit des éléments d'urticaire avec centre blanchâtre surélevé, et zone périphérique rouge. Les éléments s'affaissent et se pigmentent en prenant une teinte jaune clair, parfois brunâtre, pouvant alterner sur le thorax, le dos et l'abdomen, avec des taches de nouvelle formation qui donnent à l'enfant un aspect caractéristique. La ressemblance avec l'érysipèle n'est possible que s'il survient des poussées érythémateuses donnant aux plaques primitives une rougeur foncée et livide qui peut gagner les espaces intermédiaires de peau saine. La recherche des premiers stigmates de l'affection rendra toute confusion impossible (Brocq).

Les bulles de pemphigus, qu'il s'agisse du pemphigus syphilitique ou du pemphigus épidémique des nouveau-nés, ont un aspect tout particulier simulant de très loin l'érysipèle. On note d'abord une tache d'un rouge foncé ne disparaissant pas par la pression, puis l'épiderme se soulève, et il se forme une bulle, en général volumineuse, qui se remplit de sérosité verdâtre : la bulle se rompt et laisse à sa place une surface rouge lisse, qui se dessèche peu à peu en se recouvrant d'un épiderme nouveau.

Les érythèmes, l'érythème intertrigo, et surtout l'érythème simple, ressemblent peu à l'érysipèle. Ils siègent au niveau des plis cutanés, des plis inguinaux et en général dans la région fessière. Il se montrent soit sous forme de petites taches isolées et disséminées, soit sous forme de plaques plus ou moins étendues. Ils disparaissent au début par la pression du doigt, mais peuvent suinter, saigner facilement et parfois s'excorier : ils sont en général liés à un vice d'alimentation de l'enfant.

L'œdème des nouveau-nés, bien décrit par Depaul, s'observe peu de jours après la naissance, quelquefois dès le premier jour, au mollet, à la face postérieure des cuisses, aux mains et aux organes génitaux. La peau est de couleur jaunâtre ou rouge violacé : elle est dure, tendue, difficilement dépressible, et peut ne garder qu'imparfaitement l'impression du doigt ; la température n'est pas élevée comme dans l'érysipèle, mais au contraire abaissée.

(¹) L. DUVERNAY. *Gazette heb. de méd. et de chir.*, 12 octobre 1902.

Le sclérome des nouveau-nés de Parrot sera d'un diagnostic facile : survenant en général du deuxième au dixième jour après la naissance, il débute d'abord par les membres inférieurs, à leur partie postérieure, puis il atteint le dos, la région lombaire et enfin tout le corps. A son niveau, la peau devient rigide, et fait complètement corps avec les parties profondes, gênant les mouvements de l'enfant : la coloration peut être blanc jaunâtre, ou bleuâtre et livide. On note également de l'abaissement de la température.

Le diagnostic de l'érysipèle ombilical du nouveau-né bien établi, la tâche du médecin n'est pas terminée. Il faut s'enquérir des conditions dans lesquelles il s'est développé, chercher s'il ne succède pas à l'infection de la mère, ou s'il n'est pas dû à la contagion par un autre enfant. On conçoit toute l'importance d'une pareille enquête pour protéger les autres nouveau-nés dans une Maternité.

Traitement. — C'est en une sage prophylaxie que réside presque tout entier le traitement de l'érysipèle des nouveau-nés : sa gravité excessive, les moyens encore bien imparfaits que l'on possède pour le combattre, tout commande de l'éviter. Par un pansement aseptique bien fait, par une désinfection sérieuse des mains des personnes chargées des soins du cordon et de la plaie ombilicale, on n'aura guère d'infection à déplorer. S'il existe des bourgeons suppurants, s'il s'écoule en grande abondance ces lochies ombilicales sur lesquelles insistait tant Lorain, des badigeonnages au nitrate d'argent, des solutions astringentes antiseptiques, telles que le permanganate de potasse, suffiront à prévenir tout accident par la suite.

En face d'un érysipèle confirmé, une alimentation régulière, soit par continuation des tétées, soit par gavage de l'enfant, permettra de soutenir l'état général. Localement des applications antiseptiques humides, telles que des compresses imbibées d'eau boriquée, peuvent rendre des services. On pourra tenter aussi l'emploi des injections salines qui donnent de si bons résultats chez l'adulte ; mais on conçoit combien il est peu facile d'utiliser d'une façon méthodique le lavage du sang chez le nouveau-né.

La question de la sérothérapie de cette forme d'érysipèle est à l'heure actuelle bien difficile à juger. L'influence des sérums anti-streptococciques sur les accidents puerpéraux est encore à l'étude : les résultats ne sont pas aussi encourageants que ceux observés sur l'érysipèle des adultes¹. Chez le nouveau-né, on a publié successivement des observations de guérison² et d'autres d'insuccès³ de la méthode, et, à l'heure actuelle, il est encore bien difficile de se faire une opinion exacte sur sa valeur.

ÉRYSIPELE DES ENFANTS PLUS AGÉS

Bien que plus rarement observé, l'érysipèle des enfants plus âgés reconnaît les mêmes causes que celui de l'adulte ; il peut envahir la face et gagner toute la surface cutanée ; il s'accompagne des mêmes complications et guérit

(¹) CHANTEMESSE. *Semaine médicale*, 1^{er} janvier 1896, et *Congrès de médecine de Paris*, 1900.

(²) ROGER. *Soc. de Biologie*, 50 MAI 1895. — STEELE. *British medical journal*, 7 décembre 1895.

(³) BAR et TISSIER. *Soc. obstétricale de France*, 16 avril 1896.

de la même façon. Tous les auteurs qui ont traité des maladies de l'enfance sont d'accord sur ce point : l'érysipèle des enfants présente les plus grandes ressemblances avec celui de l'adulte, et n'en diffère que par quelques caractères cliniques dans les formes rares d'érysipèle vaccinal et d'érysipèle des scrofuleux.

Étiologie. — L'érysipèle peut succéder à une plaie quelconque du tégument, à une érosion, à une pustule de variole, une bulle de varicelle, aux lésions impétigineuses de la peau, etc. C'était autrefois une complication redoutable de la vaccine : ces faits sont très rares aujourd'hui, depuis l'application rigoureuse des soins antiseptiques de la peau et des instruments, l'emploi des pulpes glycerinées, mauvais milieux de culture pour les microbes d'infection secondaire, et l'oblitération de la plaie vaccinale par le collodion. Les notions de contagion et d'épidémicité ont ici la même importance que chez le nouveau-né.

Les filles, atteintes moins souvent que les garçons, le sont parfois au moment de la puberté, et avant l'apparition des règles. Rilliet et Barthez¹ ont constaté un érysipèle à répétition chez une jeune fille.

Pathogénie. — Introduit dans le derme ou dans le tissu sous-dermique par l'une des portes d'entrée que nous venons d'énumérer, le streptocoque ne franchit pas ici, comme chez le nouveau-né, les lymphatiques et les ganglions pour passer directement dans la voie sanguine et provoquer une septicémie mortelle : la réaction leucocytaire, loin de faire défaut, est à son maximum. Le microbe, englobé par les leucocytes polynucléaires, est détruit dans le trajet de ces leucocytes à travers les vaisseaux lymphatiques jusqu'aux ganglions, l'action des leucocytes mononucléaires n'étant que secondaire et plus tardive. Si l'engorgement des vaisseaux est trop considérable, si la fibrine du sérum en se coagulant ralentit le courant lymphatique et empêche le cours des leucocytes et des microbes contenus dans leur intérieur, la rétention des streptocoques dans les espaces conjonctifs provoque la suppuration du tissu sous-cutané, et le phlegmon érysipélateux est constitué. Tel est, d'après les travaux de Renaut², de Metchnikoff³ et d'Achalme⁴, le processus de défense de l'organisme, qui peut aboutir à la résolution ou à la suppuration, quelle que soit la théorie que l'on adopte pour en expliquer le mécanisme intime.

Anatomie pathologique. — Comme chez le nouveau-né, les lésions disparaissent rapidement sur le cadavre. La coloration de la peau est peu vive, et le bourrelet périphérique peu saillant : quelquefois elle est violacée, épaissie, dure comme de la peau congelée (Renaut) ; l'épiderme peut se détacher en larges lambeaux.

Depuis les recherches de Vulpian⁵, de Renaut, de Felheisen, de Cornil, de Metchnikoff, on admet que la cutite est la lésion dominante, opinion que les travaux d'Achalme viennent encore de confirmer.

(1) RILLIET ET BARTHEZ. *Traité des maladies de l'enfance*, troisième édition, 1887, t. II, p. 807.

(2) RENAUT. Contribution à l'étude anatomique de l'érysipèle et des œdèmes. *Thèse de Paris*, 1874.

(3) METCHNIKOFF. *Virchows' Archiv*, Bd CVII, heft II.

(4) ACHALME. *Loco citato*, p. 85 et 100.

(5) VULPIAN. *Archives de physiologie normale et pathologique*, 1868, p. 314.

La lésion débute par le corps papillaire du derme pour gagner les couches successives de l'épiderme : l'aspect microscopique est différent suivant le degré d'acuité de l'inflammation, et on peut, d'après Felheisen, décrire 5 zones à la plaque érysipélateuse. La zone périphérique, saine en apparence, est infiltrée de sérosité abondante contenant des leucocytes polynucléaires sortis des vaisseaux, des éléments du tissu conjonctif en voie de prolifération, et de longues chaînettes (de 6 à 12 grains) de streptocoques. La zone intermédiaire, le bourrelet, nous montre la lésion en pleine activité avec accumulation considérable d'œdème et de cellules migratrices : les streptocoques en chaînettes plus courtes (de 2 à 5 grains) commencent à émigrer vers les capillaires lymphatiques. Dans la zone centrale la lésion est en voie de résorption : la sérosité est moins abondante ; les vaisseaux lymphatiques se remplissent de leucocytes englobant des streptocoques qui tendent de plus en plus à s'y engager.

La sérosité du derme gagne peu à peu l'épiderme ; elle fuse dans le corps muqueux en y entraînant des cellules migratrices. Les cellules du corps muqueux subissent, comme l'a montré Cornil, une atrophie nucléaire et une dégénérescence vésiculeuse. Les cellules du stratum granulosum, privées d'éléidine, desquament facilement. Elles sont décollées par la sérosité de celles du stratum lucidum, et il en résulte la formation d'une phlyctène qui peut s'infecter directement par les streptocoques ou par les microbes normaux de la peau. Les squames peuvent contenir des streptocoques qui ont traversé toutes les couches épidermiques, fait qu'Achalme a d'ailleurs constaté rarement ; cet auteur n'en a jamais rencontré dans la gaine des poils et dans l'intérieur des glandes sébacées ou sudoripares.

Le tissu cellulaire sous-cutané est presque toujours envahi soit par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques, soit par propagation interfasciculaire. Dans les régions où le tissu conjonctif est lâche, comme aux paupières, il existe un œdème énorme avec exsudation liquide abondante qui peut se terminer par un phlegmon ou par gangrène. Si le tissu conjonctif est serré, dense, adhérent, comme à la face, la tension augmente dans les espaces conjonctifs, et le bourrelet saillant est très accentué. Dans les régions où le derme est très mince et le tissu cellulaire peu serré, comme à la cuisse, à la paroi antérieure de l'abdomen, l'infiltration s'étend en un empâtement diffus sans bourrelet appréciable. Dans le tissu adipeux, les vésicules graisseuses sont séparées les unes des autres par des interstices remplis de cellules migratrices contenant des microbes. Achalme n'en a jamais rencontré dans l'intérieur des cellules adipeuses : ces dernières peuvent, selon Renaut, disparaître et revenir à l'état embryonnaire.

Les vaisseaux lymphatiques contiennent de la sérosité et des leucocytes englobant les streptocoques qu'on ne retrouve jamais dans les ganglions lymphatiques : ces vaisseaux ne font en général que charrier les microbes, et leurs parois, presque toujours indemnes, ne sont contaminées que dans les cas d'extrême virulence et de faible réaction leucocytaire ; il y a lymphangite et adénite pouvant passer à la suppuration.

L'érysipèle des enfants peut se terminer par gangrène comme chez

l'adulte, et on peut observer toutes les complications ordinaires de l'affection, endocardite, pneumonie, néphrite, etc.

Symptômes. — Chez l'enfant, l'érysipèle peut débiter par la face, et sa marche ne présente rien de spécial. Il est précédé de frisson, en général unique, d'une légère angine, de nausées, de vomissements; quelques heures après, plus rarement 1 ou 2 jours après, sur le nez, à l'angle de l'œil, au pavillon de l'oreille, une petite rougeur apparaît. La peau est gonflée, tendue, douloureuse, et la plaque d'érysipèle est limitée par un bourrelet saillant. L'affection peut rester localisée à une partie du visage ou l'envahir complètement, le tuméfiant et le rendant méconnaissable. Les points atteints, abandonnés par le processus inflammatoire, reprennent leur coloration normale et sont le siège d'une desquamation plus ou moins intense. La fièvre est continue, avec légères rémissions matinales; elle s'accompagne d'anorexie, de constipation, de céphalalgie violente et parfois, chez le jeune enfant, de délire et de convulsions; elle tombe du 6^e au 10^e jour assez brusquement et marque la fin de l'affection.

L'érysipèle peut débiter par un autre point du corps, ou s'étendre de la face au cou, au thorax et aux membres, d'une manière progressive. Comme chez l'adulte, il peut être serpigineux, ambulante: il peut suppurer ou devenir gangreneux, et présenter une série de complications, sur le cœur, les reins et surtout les voies respiratoires.

L'érysipèle à répétition n'est pas rare chez les enfants: chez les jeunes filles on note une certaine relation entre les poussées successives qu'il peut donner, et les diverses étapes de la vie génitale; il précède quelquefois les premières menstruations. Une des formes de cet érysipèle, fréquente dans l'enfance, c'est l'érysipèle dit *des lymphatiques et des scrofuleux* « chez les enfants pâles, gros, bouffis, à la lèvre supérieure saillante, à la peau molle¹ ». Sujets aux engelures et aux gerçures, aux fissures prolongées des lèvres, à l'eczéma impétigineux et à l'impétigo du nez et des oreilles, atteints de blépharo-conjonctivite, d'érosions ecthymateuses du cuir chevelu, ces enfants sont facilement exposés à prendre un érysipèle qui a une marche toute spéciale. « Invasion peu bruyante, fièvre modérée ou nulle, gonflement considérable, mais peu rouge et peu douloureux, marche lente et non envahissante, récidives très fréquentes² », tels sont ses caractères.

L'érysipèle vaccinal, bien rare heureusement aujourd'hui, survient, soit immédiatement après l'inoculation du vaccin, soit dans les jours qui terminent l'évolution de la pustule vaccinale, à la suite du grattage ou de l'écorchure de ces pustules par l'enfant, ou de la prise de vaccin avec un instrument septique. Cette forme d'érysipèle peut rester localisée au membre supérieur, et durer quelques jours seulement, ou affecter une marche progressivement envahissante, véritable érysipèle ambulante, du pronostic le plus grave.

Pronostic. — L'érysipèle des enfants âgés de plus de 5 mois est infiniment moins grave que celui des nouveau-nés: s'il ne survient pas de

(¹) CRITZMANN. *Archives générales de médecine*, janvier 1892.
(²) COMBY. *Traité des maladies de l'enfance*, 1895, p. 151.

complications, l'évolution est d'une bénignité relative. Toutes les considérations que nous avons développées sur la réaction leucocytaire, présente chez les uns, absente chez les autres, en font facilement comprendre les raisons. La formule hémoleucocytaire de l'érysipèle (Chantemesse et Rey) peut donner des renseignements précieux sur l'évolution de l'infection. « La richesse de la leucocytose, et surtout de la polynucléose, est en rapport étroit avec la gravité de la maladie¹. »

Diagnostic. — Le diagnostic, plus aisé qu'après la naissance, est facilité par la présence du bourrelet saillant et œdémateux qui manque rarement ici. Il est inutile d'insister sur les maladies qui peuvent simuler l'affection, et dont la description a été détaillée plus haut: certaines indurations érythémateuses diffuses sont quelquefois d'un diagnostic difficile chez les enfants scrofuleux et lymphatiques, mais l'induration est plus profonde, elle dépasse les limites du tissu sous-cutané et dure beaucoup plus longtemps.

Traitement. — On essaiera par des lavages aseptiques répétés et une occlusion parfaite de soustraire à la contamination toutes les plaies et érosions des enfants.

Le traitement, identique à celui préconisé chez l'adulte, se bornera à soutenir l'état général, et aux applications aseptiques émollientes. L'emploi de la sérothérapie antistreptococcique est encore sujet aux mêmes réserves que chez le nouveau-né. L'utilisation de l'argent colloïdal, soit en frictions, soit en injections intra-veineuses, dans les cas graves, peut donner de bons résultats.

(¹) CHANTEMESSE et REY. *Presse médicale*, 1^{er} juillet 1899.