

L'ictère malin ne peut guère être confondu avec aucune autre maladie, surtout dans les conditions de climats où nous l'avons observé. La fièvre typhoïde compliquée d'ictère, complication du reste fort rare, pourrait seule donner le change dans les premiers jours de la maladie; mais l'intensité de la coloration ictérique et les hémorrhagies multiples, surtout celles de la membrane muqueuse gastrique et intestinale qui se produisent dans les premiers jours de l'ictère, ne permettraient point au doute d'être de longue durée.

Il serait hors de propos d'insister longuement sur le diagnostic différentiel entre l'ictère grave et la fièvre bilieuse grave des régions intertropicales. Cependant il nous faut constater ici que les deux éléments principaux de l'ictère grave, à savoir l'ictère et les hémorrhagies, se rencontrent dans cette dernière maladie qui se distingue de l'ictère grave par un type rémittent plus ou moins accusé, et par des accès de frisson répétés.

Quant à l'hépatite de nos pays, si, comme l'ictère grave, elle présente la coloration ictérique de la peau, et souvent des hémorrhagies, la clinique nous apprend que dans l'hépatite la coloration jaune de la peau est plus lente à se montrer et moins intense; que, de plus, les hémorrhagies sont moins abondantes et que la fièvre au contraire se montre avec une acuité qui ne se rencontre pas dans l'ictère typhoïde.

Le traitement de l'ictère hémorrhagique essentiel n'a point été en général suivi de succès. Il est vrai que presque toujours les observateurs ont fait le traitement des symptômes; aux hémorrhagies ils ont opposé la médication par les acides minéraux et végétaux, aux vomissements des boissons glacées et gazeuses. Les préparations de quinquina ont paru soutenir les forces des malades et retarder la terminaison funeste de la maladie. M. Hérard a prescrit avec un avantage passager l'ipécacuanha à dose vomitive, cependant le malade auquel avait été administré ce médicament a succombé le huitième jour de la maladie.

Peut-être les purgatifs et en particulier les purgatifs salins, qui ont une action spéciale sur le foie, pourraient être prescrits avec avantage. En agissant ainsi, on suivrait la pratique des médecins qui ont traité avec succès la fièvre jaune d'Amérique, on répondrait à l'indication fournie par la constipation, et l'on imiterait la nature qui choisit souvent pour voie d'élimination des poisons organiques la membrane muqueuse intestinale.

LXXXII. — SYPHILIS DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

Syphilis chez le fœtus : avortement; pemphigus; suppuration du thymus, des poumons. *Chez l'enfant nouveau-né*. La vérole se manifeste rarement avant la deuxième semaine, et après le huitième mois. — Forme lente; forme subaiguë; symptômes: coryza; fissures; ulcérations; plaques muqueuses de l'orifice buccal, de l'orifice anal; des plis de la peau; éruptions cutanées; roséole; éruptions diverses. — Teinte particulière de la face; physionomie caractéristique de l'enfant syphilitique. — Cachexie. — Lésions viscérales. — Conditions pathogéniques de la syphilis chez l'enfant nouveau-né. — *Syphilis héréditaire*. Transmission par la mère; par le père. — *Syphilis acquise*. L'enfant syphilitique peut transmettre la maladie à sa nourrice. — La nourrice a-t-elle été infectée à la suite d'un coït, ou par le fait de son nourrisson? — Transmission de la syphilis par la vaccination. — Transmission de la syphilis du fœtus à sa mère. — Traitement de la syphilis congénitale.

MESSIEURS,

J'aborde aujourd'hui une des questions les plus délicates et les plus controversées de la pathologie, et bien que j'entende la renfermer dans ses plus étroites limites, je ne me dissimule pas et je veux encore moins vous dissimuler les difficultés de toute nature qu'elle présente.

La syphilis engendrée de toutes pièces dans l'organisme vivant est au premier rang de ces affections dont l'étude appartient exclusivement à la clinique et n'a rien à espérer du secours des autres sciences. L'expérimentation sur les animaux est interdite, et l'expérience, forcément réduite à l'espèce humaine, est elle-même aisément trompeuse pour les mille raisons que vous savez. C'est peut-être en prenant la syphilis pour exemple qu'on arriverait le plus sûrement à se rendre compte des méthodes, des procédés et de la valeur scientifique de la médecine réduite à ses seules forces.

Si pénétré que je sois de l'excellence de cette étude, si convaincu que je puisse être qu'elle est profitable, alors même qu'on débat les problèmes sans avoir assez d'éléments pour les résoudre, peut-être parce que je suis persuadé de la grandeur de la tâche, j'ai reculé devant son énormité. Je ne vous entretiendrai donc ici que de la syphilis du nouveau-né que vous avez eu des occasions plus fréquentes d'observer dans sa pleine et complète évolution. Et cependant, tout en me bornant ainsi, je ne le fais pas sans regrets et sans jeter un regard en arrière sur le terrain que j'abandonne.

Les hôpitaux spéciaux d'hommes et de femmes vous offrent les plus amples matériaux, les maîtres ne font pas défaut à votre zèle, mais en

dehors de ces sources précieuses, il en est d'autres, et nos services cliniques sont de ce nombre, où, au lieu de la règle, vous trouverez un enseignement non moins nécessaire, celui de l'*exception*.

Voyez, en effet, comme la science de la syphilis s'est constituée et comment s'organisent les révolutions doctrinales qui s'accomplissent sous vos yeux. Dans les hôpitaux destinés aux hommes syphilitiques, les lois se posent avec une autorité que les faits ne viennent pas contredire. Le dogmatisme des observateurs est sincère, parce que leurs conclusions, portées sur des cas recueillis dans des conditions analogues. La science est ainsi faite jusqu'au jour où des médecins placés dans une autre sphère, aux prises avec les cas douteux, soulèvent des objections, et, comme il arrive toujours, passent, à la longue, de l'hésitation à l'opposition formelle.

S'il en était besoin dans un sujet qui vous est si familier, la syphilis infantile fournirait à elle seule les exemples les plus probants. Les opinions les moins fondées y ont régné longtemps parce qu'il en coûtait de rompre l'unité de la théorie dont Hunter¹ lui-même a formulé résolument, malgré tout son génie, des principes auxquels les faits qu'il rapporte donnaient le plus éclatant démenti.

Vous auriez peine à parfaire l'histoire de la tuberculisation pulmonaire dans un hôpital de phthisiques, et de même les services hospitaliers où n'ont accès que les maladies vénériennes confirmées n'épuisent pas la somme des cas observables.

Vous étiez ici, messieurs, relativement à la syphilis des enfants du premier âge, dans les conditions les plus favorables. A côté de nouveau-nés atteints d'accidents caractéristiques, vous trouviez des enfants affectés d'éruptions incertaines, d'autres chez lesquels les lésions exanthématiques ou ulcéreuses les plus graves ne prétaient pas même au soupçon d'une infection spécifique.

Il est bon que vous profitiez de ces rapprochements instructifs, et ce que j'ai à vous dire se ressentira du milieu où nous observons en commun et où je tiens à vous maintenir parce qu'il représente la vie réelle. Loin de me borner à vous rappeler les notions dûment acquises, j'insisterai près de vous sur les points encore à l'étude, sur les chances d'erreurs, sur les problèmes irrésolus, parce qu'il y a là des circonstances où se décider prématurément ne serait plus pour le médecin une erreur, mais un acte coupable.

Prenons d'abord, si vous le voulez bien, le nouveau-né atteint de syphilis, en réservant les questions plus obscures qui ont trait à la pathogénie.

La syphilis peut frapper l'enfant *durant la vie intra-utérine*, elle peut aussi ne se manifester qu'après la naissance, alors qu'en venant au monde, l'enfant ne présentait aucun indice de la maladie dont il porte le germe

1. Hunter, *Traité de la maladie vénérienne*, 3^e édition, Paris, 1859.

et qui va se développer à une époque plus ou moins éloignée. Dans le second cas, l'évolution s'opère sous nos yeux, nous assistons au début du mal et nous suivons toutes ses phases; dans le premier, le début nous échappe, l'évolution est incertaine, le diagnostic est plus hésitant et la description moins précise.

C'est un fait signalé par les vieux accoucheurs, confirmé par les praticiens de notre temps, que la syphilis des parents ou tout au moins de la mère est une cause fréquente d'*avortement*. On a exagéré, dit-on, cette prédisposition que crée la syphilis. J'ignore les résultats que donneraient des statistiques impossibles, mais ce que je sais et ce que je n'hésite pas à vous dire, c'est que, quand vous serez appelés près d'une femme pour laquelle l'accouchement prématuré est devenu une habitude, vous aurez tort si vous ne faites pas figurer l'infection syphilitique parmi les causes supposables dont on dresse un catalogue provisoire avant d'asseoir son jugement.

Mais ce n'est pas assez d'avoir, à l'insu de la famille, inscrit à son rang cette probabilité parmi toutes les autres que vous éliminerez successivement, il faut encore se demander si quelque signe, fût-il incertain et incomplet, autorise une telle supposition.

Dire en termes absolus que l'avortement répété est souvent d'origine syphilitique, c'est dire trop et trop peu. Dans les cas les plus communs, l'accouchement a lieu presque à terme, et il se termine par l'expulsion d'un enfant mort. Quand le fœtus vient au monde vivant et destiné à vivre dans la mesure de son âge, quand la précipitation de l'accouchement est toute du fait de la mère, il n'y a pas lieu de réserver une place à la syphilis parmi les conditions encore si obscures qui ont abrégé la grossesse. La syphilis maternelle ne paraît pas, jusqu'à plus ample informé, étendre son action sur la vitalité du placenta, et je ne sais pas une lésion placentaire entre celles qui nous sont connues qui offre un caractère dûment spécifique.

Et cependant, ce qu'on n'eût pas fait il y a peu d'années, on peut se demander jusqu'à quel point cette immunité est absolue. Autrefois la syphilis était considérée comme renfermée dans le cercle d'un petit nombre d'expressions symptomatiques; localisée à la peau, sur les membranes muqueuses qui confinent à l'enveloppe cutanée, s'étendant tardivement au tissu osseux, elle était réputée respecter la structure des organes splanchniques. Le placenta, pas plus que le foie, que la rate ou le poumon, ne semblait susceptible d'une dégénérescence vénérienne qui n'était pas directement observée, et qui eût été en contradiction avec les lois par lesquelles était régie la maladie.

Aujourd'hui une direction nouvelle a été imprimée à la science, l'impossible a cessé de l'être; aux altérations des téguments et des os sont venues s'ajouter des altérations parenchymateuses que révèle l'étude mi-

croscopique, et que la clinique avait entrevues. Là presque tout est à faire; j'appelle votre attention sur les voies à peine explorées, bien convaincu que vous ne penserez pas, comme certaines gens, qu'il faut attendre que la vérité soit trouvée pour se consacrer à sa recherche.

Il est bien établi expérimentalement que l'avortement syphilitique a pour cause la mort du fœtus dans le sein de la mère.

Existe-t-il maintenant quelque symptôme caractéristique de l'affection à laquelle a succombé le fœtus? Pour ma part je ne saurais vous signaler une lésion vraiment significative, et j'incline à croire que les auteurs qui sont plus explicites eussent mieux fait d'imiter ma réserve. On vous parlera de l'aspect général du mort-né, de la coloration des téguments, de la macération de l'épiderme, d'ulcères qui envahissent tout le corps, de déformations hideuses. Plus le tableau est saisissant, plus vous avez à vous en méfier. Il fut un temps où les médecins, partageant les préjugés des gens du monde, se représentaient volontiers comme de nature vénérienne les ulcères répugnants et rebelles; or, c'est de ce temps que datent les descriptions destinées sans doute à faire ressortir les funestes conséquences de la vérole.

L'enfant naît à terme ou avant terme: il vit, mais il peut avoir contracté durant la vie fœtale une maladie déjà en voie d'évolution à l'époque de la naissance, et qui doit bientôt devenir mortelle. C'est à cette syphilis développée chez l'enfant avant l'accouchement et se continuant dans les jours déjà comptés de son existence extra-utérine, que quelques auteurs ont assigné des caractères si tranchés, qu'ils suffiraient à asseoir un diagnostic: je veux parler du pemphigus, des altérations du thymus et des lésions pulmonaires.

De ces lésions aucune ne se retrouve à un âge plus avancé où la maladie syphilitique s'accuse par des signes nombreux, variés, incontestables; elles auraient donc la double spécificité d'être de nature vénérienne et d'être propres au fœtus.

Le pemphigus débute si peu d'heures après la naissance, qu'il était évidemment préparé par une disposition intra-utérine. Les bulles, qui siègent de préférence à la plante des pieds et à la paume des mains, se développent rapidement, se remplissent d'un liquide semi-purulent, et se crevent pour faire place à des ulcérations d'un mauvais aspect. La couleur des parties environnantes est bleuâtre, comme il arrive dans la plupart des inflammations cutanées de l'enfant naissant. La santé générale s'altère profondément, et l'on voit apparaître les signes habituels des cachexies infantiles qui, comme vous le savez, se terminent presque invariablement par la mort, quelle que soit leur origine.

Qu'on rencontre des exemples de pemphigus chez les plus jeunes enfants, la chose est hors de doute; que le pemphigus soit chez eux ce qu'il est si fréquemment chez l'adulte lui-même, l'expression d'une perturbation pro-

fonde et radicale, le fait n'est pas moins bien établi; que ce pemphigus soit de nature syphilitique, là est toute la question. D'une part, on objecte que les bulles n'ont aucun caractère spécifique ni par elles-mêmes, ni par la manière dont elles sont groupées; que le pemphigus est une des plus rares complications de la syphilis confirmée; que toutes les causes qui engendrent ailleurs cette manifestation trouvent leur application légitime et pour ainsi dire classique chez les nouveau-nés, débiles à tant de titres. Ces objections ont une valeur impossible à méconnaître; on y répond par un argument qui, pour être indirect, n'en a pas moins son importance. « Dans la plupart des cas où le pemphigus existait, dit le professeur Paul Dubois, j'ai pu constater des traces d'une syphilis ancienne chez les parents des enfants affectés, ou obtenir d'eux des renseignements probants¹. » D'autres observateurs déclarent avoir été moins favorisés, bien qu'ils aient poursuivi la même enquête, et la solution devient subordonnée à la moins rigoureuse des statistiques.

Je vous ai cité quelquefois le fait qu'il m'avait été donné d'observer chez un de nos confrères. Il me mandait pour voir son enfant âgé de quinze jours à peu près, et portant les traces les plus nettes de la syphilis. Le père avait eu un chancre huntérien, des accidents secondaires, dont il se croyait parfaitement guéri. Je lui dit fort catégoriquement que son enfant avait une syphilis congénitale; et je lui demandai si lui-même ne portait pas encore quelques traces de la syphilis: sa réponse fut négative, mais je procédai à un examen plus minutieux, et il me fut facile de découvrir des exostoses du tibia qui ne laissaient aucun doute sur la maladie. Il me raconta alors que sa femme, quinze mois auparavant, était accouchée d'un enfant mort au septième mois de la conception, et que cet enfant avait été par lui conservé dans l'esprit-de-vin. Il me fit voir le petit cadavre, sur la peau duquel on voyait manifestement les traces nombreuses d'un pemphigus.

Pour moi donc, la démonstration ne dépasse pas les limites du probable, et plusieurs médecins partageant cette indécision ont fini par accepter un compromis. Ils admettent que la syphilis maternelle a déterminé une sorte de cachexie du fœtus qui se traduit par l'éruption bulleuse, laquelle n'aurait rien de spécial. En acceptant cette trop facile hypothèse, vous ouvrirez imprudemment une porte que vous aurez peine à refermer derrière elle. Vous inclinez implicitement à donner raison à ceux qui voient dans les maladies cachectiques du premier âge des dérivations, des métamorphoses, puisque le mot est en honneur, de la syphilis des ascendants. Périlleuse tendance qui mène et qui a mené à ces généralisations aventureuses où l'imagination se substitue à l'observation, et où toutes

1. Paul Dubois, *Syphilis congénitale* (Bulletin de l'Académie de médecine, 1851, t. XVI, p. 980).

les manifestations morbides se confondent dans une pathogénie arbitraire.

La *suppuration du thymus et celle des poumons* ont fourni à deux observateurs, dont la sagacité vous est connue, la matière d'intéressantes monographies. Tantôt isolées, tantôt réunies, ne se liant d'ailleurs à aucune éruption caractérisée autre que le pemphigus, ces deux lésions sont rares, et leur relation avec la santé du père ou de la mère demeure encore incertaine.

Là se borne ce que nous savons sur la syphilis fœtale; je passe sous silence les altérations hépatiques, dont j'aurai à vous entretenir, et la péritonite réputée syphilitique, dont Simpson a dit deux mots¹. L'avortement au premier chef, le pemphigus, la suppuration du poumon, et surtout celle du thymus, telles sont les seules manifestations attribuées à la syphilis dont l'enfant serait atteint dans le sein de sa mère.

Quand les derniers vestiges de la vie intra-utérine ont disparu, quand l'enfant est entré par la respiration et surtout par le fait de son alimentation dans une vie nouvelle, la syphilis, absolument latente jusque-là, se reconnaît à des signes qui échappent mieux à la conjecture; aussi maintiendrai-je plus longtemps votre attention sur le détail des symptômes.

C'est une loi vraie pour toute la médecine que les petites circonstances ont souvent une signification capitale, mais c'est encore plus vrai, s'il est possible, pour la syphilis. Votre diagnostic ne s'établit ici que par la recherche patiente des menus caractères, et quand il en est ainsi, les descriptions ne sont bonnes que si elles sont longues.

Chez l'enfant qui n'a pas, en venant au monde, apporté des traces certaines d'infection, la *vérole se développe rarement avant la deuxième semaine*, il est d'exception qu'elle se manifeste après le huitième mois; c'est du quinzième au quarantième jour qu'est son apparition la plus constante.

Ces dates que j'indiquais dès 1847, dans un travail publié en commun avec mon ami le docteur Lasègue², ont été confirmées par tous les observateurs et sont d'accord avec celles que nos devanciers avaient signalées, si l'on fait exception des cas d'une douteuse authenticité, qui échappent à la règle.

La venue des accidents est donc précédée par une *incubation* plus ou moins longue durant laquelle le médecin ne saurait découvrir le plus vague indice de l'affection imminente. Je sais bien que les médecins de l'hôpital de la rue de Sèvres, auxquels la science de la syphilis infantile doit tant d'utiles enseignements, ont admis une sorte de cachexie prémo-

1. Simpson, *Peritonitis in the fœtus in utero* (Edinburgh medical and surgical journal, october 1838, p. 390).

2. Trousseau et Lasègue, *Archives générales de médecine*, 1847.

nitore. Il n'en est rien. L'enfant prédestiné a ou n'a pas tous les attributs d'une santé robuste, jusqu'au jour où les premières manifestations se déclarent. J'irai plus loin; la vigueur de la santé n'exerce pas toujours sur la marche de la syphilis l'influence qu'on inclinerait à lui attribuer. Vous verrez en effet des nouveau-nés vigoureux en apparence, déchoir rapidement sous le coup de la vérole, d'autres plus chétifs la tolérer sans subir la même secousse. Là, comme chez l'adulte, deux termes sont en présence, l'activité de la maladie et la résistance du malade, mais la résistance se juge difficilement avant qu'on sache à quelles épreuves elle sera soumise.

Il s'en faut qu'à âge égal, à santé apparemment identique, la syphilis ait toujours chez l'enfant la même intensité. Chez quelques-uns, en dehors du traitement, l'évolution est lente, passive essentiellement chronique dès le début; chez d'autres, elle est active, subaiguë, demi-fébrile; l'aspect est profondément modifié, les complications s'accroissent, et elles finissent par jeter la santé générale dans un trouble secondaire plus dangereux que la maladie qui l'a provoqué.

Rappelez-vous, messieurs, cette diversité toute clinique de l'évolution, parce qu'elle doit fournir au traitement des contre-indications importantes, qu'elle oblige à certaines réserves thérapeutiques, et qu'elle explique pourquoi le traitement de la syphilis infantile n'a pas la banalité des médications propres aux adultes.

Les signes par lesquels s'accuse l'affection constitutionnelle sont nombreux et ne se produisent pas dans un ordre assez rigoureux pour autoriser un classement chronologique. Beaucoup de symptômes manquent et l'enchaînement est plein de hasards et de contradictions.

En revanche, un autre mode de classement est possible. Des symptômes, les uns ont une signification franche, les autres laissent plus de place à l'incertitude. C'est sur les premiers que je dois appeler surtout votre attention.

Les affections des membranes muqueuses qui confinent à la peau ne sont pas rares chez le nouveau-né. Dans la plupart des éruptions réunies sous le nom plus commode que scientifiques de gommages, les surfaces muqueuses accessibles à la vue sont souvent lésées; mais, pour qu'il en soit ainsi, il faut que l'exanthème ait une assez grande confluence. Il commence par la peau et gagne les parties en s'y propageant. Chez les enfants syphilitiques les membranes muqueuses peuvent être et sont réellement affectées alors que l'éruption est peu significative, qu'elle ne siège pas dans leur voisinage, ou même avant qu'elle se soit produite au dehors.

Le *coryza* est un des premiers signes et des mieux étudiés. L'enfant respire plus difficilement par les narines; il est gêné dans les mouvements de succion par l'insuffisance de la respiration nasale. Jusque-

là rien de particulier qui distingue le coryza spécifique de tous les autres.

Bientôt le nez suinte, l'enfant rend quelques gouttes de sang, mais n'a pas d'épistaxis vraie. La sécrétion devient de plus en plus sanieuse sans être profuse; elle irrite les ailes du nez, la lèvre supérieure et détermine des ulcérations qui se recouvrent de croûtes dans les points incessamment desséchés par l'air extérieur. En examinant plus attentivement, il vous arrivera souvent de constater aux angles des ailes du nez de petites fissures ulcéreuses qui sont déjà caractéristiques, parce qu'elles reproduisent exactement l'aspect spécial des fissures de la commissure des lèvres.

A un degré plus avancé, les os perdent leur soutien, les cartilages s'érodent sans être perforés, le nez s'aplatit, s'écrase. La partie supérieure, déjà peu saillante chez les jeunes enfants, s'étale en donnant au visage un aspect étrange. Ces lésions extrêmes sont l'exception; communément l'altération s'arrête à la première période, elle marche quelquefois par accès, à la façon des éruptions chroniques, s'exaspérant et se suspendant: aussi a-t-on de trop faciles occasions de constater après la mort les lésions variées de la membrane muqueuse nasale à leurs divers degrés. Le coryza est, dans la presque universalité des cas, le premier signe de la syphilis des nouveau-nés.

La *membrane muqueuse des lèvres et de la bouche* est peut-être moins fréquemment atteinte, mais, par contre, les accidents y sont plus apparents. A l'orifice de la bouche, on trouve, d'une part, des *fissures* plus ou moins rapprochées et qui rayonnent en suivant les plis naturels; de l'autre, des *ulcérations* arrondies, véritables *plaques muqueuses* ayant le même siège que chez l'adulte, mais n'ayant pas exactement le même aspect. Les stries sont caractéristiques, et je ne les ai jamais vues en dehors de la syphilis; elles vont en diminuant de largeur à mesure que l'on s'éloigne de la membrane muqueuse labiale. Leur fond est d'un rouge plus ou moins vif, saignant, grisâtre; leurs bords sont finement frangés et noircis par du sang coagulé. Tenaces comme le sont les fissurés qui occupent toujours des parties essentiellement élastiques, elle laissent souvent après la guérison des cicatrices indélébiles. J'ai vu des jeunes gens ou des jeunes filles qui portaient encore, même à l'âge pubère, ce stigmate dont ils ne soupçonnaient pas la nature.

Les plaques muqueuses ne se rencontrent guère qu'à la commissure des lèvres. Elles sont petites, épaisses, saillantes, blanchâtres et comme diphthériques à première vue; rarement se propagent-elles sur la joue. Nées dans une fissure et se développant à la suite d'une irritation indépendante de la syphilis, elles ne trouvent pas dans l'intérieur de la bouche les mêmes raisons d'être que chez l'adulte.

La *membrane muqueuse du pharynx* demande à être examinée avec

soin, bien que souvent elle ne soit pas compromise. En ne négligeant dans aucun cas l'inspection de l'arrière-gorge, vous observerez plus fréquemment qu'on ne l'a dit des plaques muqueuses qui occupent les piliers antérieurs ou postérieurs, jamais la paroi postérieure du pharynx. Là elles n'ont plus l'apparence qu'elles présentaient à l'angle des lèvres; peu saillantes, très-superficielles, dépourvues d'exsudation à leur surface, elles n'en imposent pas pour des plaques de diphthérie.

Toutes les fois qu'on a supposé que l'infection de l'enfant avait eu lieu au contact du mamelon de la nourrice, on a attaché à l'état de la bouche et des lèvres du nourrisson une bien concevable importance. Il semblait que la localisation des accidents, ou tout au moins leur prédominance aux points où s'était effectuée la contagion, devaient fournir de précieux renseignements. Je ne saurais trop, messieurs, vous prévenir contre les dangers de cette tendance, parce qu'à côté d'indications avantageuses, elle mène aux erreurs les plus regrettables. C'est ainsi que la concentration des lésions au pourtour des organes génitaux a trop souvent engagé à conclure sans autres preuves que les jeunes enfants avaient été inoculés à la suite de honteuses manœuvres. L'infection de l'enfant par la nourrice peut se faire par une seule érosion, et il n'est pas dit que la maladie aura des foyers multiples parce que les lésions inoculées appartiennent à la période secondaire. On ne sait que trop qu'il suffit d'un chancre pour donner entrée dans l'économie à la vérole, de même il peut suffire d'une ulcération labiale. Combien d'enfants atteints de syphilis héréditaires ont une ou plusieurs plaques muqueuses des lèvres! que conclure, par conséquent, de ce seul fait qu'un ou plusieurs tubercules muqueux siègent à l'orifice buccal?

Souvenez-vous surtout, et je n'en parlerais pas si l'on n'avait tant de fois commis la faute de l'oublier, souvenez-vous que pour l'enfant, pas plus que pour l'adulte, la multiplicité des lésions secondaires sur un point n'implique à aucun titre que ce point est celui où l'infection s'est produite tout d'abord. A l'*orifice anal* vous retrouverez, parce que la disposition anatomique est sensiblement la même, les mêmes lésions qu'à la bouche, fissures, rhagades, suintements, ulcérations consécutives, mais je dois vous avertir que là les accidents ont en général moins d'étendue et moins d'intensité.

Il est d'autres points où la peau de l'enfant semble se rapprocher par sa structure des surfaces muqueuses, et où, sous une influence pathologique, elle en revêt presque les caractères. Je veux parler de ces *replis* si profonds chez les enfants gras, qui s'ulcèrent, ou tout au moins s'irritent par suite du frottement et surtout par l'infiltration des liquides excrémentitiels, et qui réclament tant de soins de propreté: là encore se produisent souvent des ulcérations ou des fissures. Il est sage de se tenir en garde contre les trompeuses apparences d'ulcérations simples, et c'est

surtout aux pieds et aux mains que ces lésions sont caractéristiques. J'aurai à vous en entretenir à propos des éruptions cutanées.

Nous avons passé en revue les altérations vénériennes des membranes muqueuses; je leur ai assigné la première place, parce qu'elles sont plus expressives et qu'elles éclairent surtout le diagnostic à cause de leur fréquence, de leurs particularités, de leur importance au point de vue de l'inoculation. On a souvent comparé la constitution des femmes à celle des enfants; je n'oserais dire à quel point la comparaison est valable, ici au moins elle est quelque peu justifiée. Chez les femmes, comme chez les nouveau-nés, les membranes muqueuses sont, bien plus communément que chez l'homme, le siège d'élection des lésions syphilitiques. Il suffit de vous rappeler la fréquence si remarquable de l'angine syphilitique de la femme.

Parmi les *éruptions cutanées* proprement dites, la *roséole* est d'ordinaire la première par son ordre d'apparition: c'est aussi, du moins assez habituellement, la première qui se manifeste chez le nouveau-né. Plus ou moins généralisée, occupant de préférence les membres inférieurs, rare à la face, elle se traduit par des macules qui varient de forme, d'étendue, de coloration. L'exanthème se développe rapidement et disparaît de même, aussi vous arrivera-t-il souvent d'être appelés trop tard pour que vous puissiez en être témoins.

Viennent ensuite les *éruptions diverses* où sont représentées toutes les formes pour lesquelles les dermatologistes ont épuisé les classifications. Prenez un enfant syphilitique, examinez un à un chacun des produits exanthématiques, et vous y verrez ou une pustule, ou une papule, ou une vésicule, etc., bien définies; considérez l'ensemble de l'éruption, et vous serez frappés de l'aspect tout particulier de quelques-unes des lésions éruptives qui sollicitaient votre attention et décideront du diagnostic. Ce qui rend, dans les livres, si délicate et parfois si subtile la description des exanthèmes vénériens, c'est que les auteurs veulent trouver à chaque forme un caractère significatif. Cliniquement nous avons le droit de substituer à ce dogmatisme le fait vrai: étant donnée une éruption syphilitique, nous omettons les lésions indéfinies et nous limitons l'enquête aux lésions les plus accusées.

Ces affections cutanées, qui mériteraient presque le titre de pathognomoniques, sont les seules sur lesquelles il me paraisse utile d'insister: ce sont au premier rang les *plaques muqueuses*; viennent ensuite les *affections squameuses*, les *ulcérations*, qui représentent la seconde phase de l'évolution de diverses altérations élémentaires, et la coloration de la peau.

La plaque muqueuse est, vous le savez, un des accidents de la syphilis le plus communément observés, et cependant c'est un de ceux sur la valeur desquels on n'est pas encore près de s'entendre. Tellement commu-

nes chez les femmes qu'on trouverait avec peine un cas de syphilis constitutionnelle où la malade en soit absolument exempte, ces plaques muqueuses ne sont pas moins fréquentes chez le nouveau-né: je vous les ai fait voir au bord cutané des membranes muqueuses, vous les retrouverez sur la peau, au voisinage de l'anus, au pli des aines, aux jarrets et même sur le tronc. Leur développement se fait diversement suivant le lieu qu'elles affectent. Assez rapidement curables dans tous les points où il n'y a pas de chances d'intertrigo, elles s'accumulent et prospèrent, si vous me permettez ce mot, partout où il se produit à la fois un frottement et un suintement.

La plaque muqueuse chez l'enfant ne se prête pas mieux à une description que chez l'adulte, et je ne sais en vérité comment je pourrais la dépeindre sans en appeler à votre mémoire. Disons seulement que dans la première enfance les plaques muqueuses portent sur une base plus spongieuse, moins indurée; que le fond de la plaie est plus uniformément humide, le suintement plus abondant; et puisque, à défaut d'une exacte définition, j'invoque vos souvenirs, je ne saurais mieux les comparer qu'à celles qui occupent les petites lèvres et la face interne des grandes lèvres.

A lui seul le tubercule muqueux résoudrait, chez le nouveau-né, la question de la syphilis, mais que de causes d'incertitude ou d'erreurs! Combien d'éruptions sans spécificité qui affectent, sous l'influence du frottement, de l'humidité et du contact des matières irritantes, une forme assez analogue! La diversité des noms donnés à cette lésion dit assez combien diverses peuvent être ses apparences.

Je veux encore essayer de vous décrire ces ulcérations spéciales de la peau des fesses et des cuisses, que vous pouviez observer si bien, ces jours derniers, chez un petit enfant couché au n° 17 de notre service des nourrices.

Je vous ai fait voir ces *ulcérations serpiginieuses de la peau*, ressemblant exactement aux traces que les insectes xylophages laissent sur le bois. Ces ulcérations, dont la largeur n'excède pas le plus souvent 2 millimètres, ont un aspect si spécial, que je les considère comme un des signes les plus pathognomoniques. Elles laissent d'ailleurs, quand elles ont été guéries, des cicatrices linéaires d'abord rouges, puis blanches, qui, par leur forme, rappellent parfaitement leur origine.

Le *faux psoriasis* de l'enfant occupe la paume des mains et la plante des pieds. La peau, d'abord rugueuse, semble s'épaissir; l'épiderme, moins élastique, se fendille dans tous les points où, comme aux intersections des doigts, un mouvement plus étendu s'accomplit. Bientôt quelques plaques épidermiques se détachent, et les espaces qu'elles laissent à nu se recouvrent d'un épiderme de nouvelle formation, si mince, qu'on se-rait au-dessous de la vérité en le comparant à une pelure d'oignon. Les