tance chez l'enfant. Elle peut se résumer dans les prescriptions suivantes :

1° Ne donner aux enfants que du lait bouilli ou le lait cru de vaches saines, reconnues telles par l'épreuve de la tuberculine ;

2° Exiger que les nourrices et bonnes chargées d'élever les enfants soient exemptes de tuberculose ;

3° Si la mère est phtisique, il faut élever l'enfant au sein d'une bonne nourrice et éviter tout contact avec la mère ;

4° Dans un milieu familial tuberculeux, il faut obtenir l'observation des règles prophylactiques générales, recommandées par l'Académie de médecine de Paris (1) (usage de crachoirs spéciaux pour les tuberculeux, proscription absolue du balayage des chambres, qui doit être remplacé par le lavage à la serpillière mouillée) ;

5° A l'école, il faut obtenir l'éloignement des tuberculoses ouvertes.

CHAPITRE XXVIII

SYPHILIS.

La description de la syphilis dans l'enfance suppose connue celle de la syphilis de l'adulte. Nous ne parlerons donc ici que des particularités que présente cette maladie chez l'enfant, soit dans ses causes, soit dans ses manifestations, et, pour en faciliter l'étude, nous étudierons successivement la syphilis acquise, la syphilis héréditaire fœtale et congénitale, la syphilis héréditaire du premier âge et la syphilis héréditaire tardive ; les derniers chapitres seront consacrés au diagnostic et au traitement de la syphilis dans ses diverses formes.

Syphilis acquise.

ÉTIOLOGIE. — A part les attentats criminels sur les petites filles ou les petits garçons, et quelques cas exceptionnels de libertinage précoce dans le cours de la seconde enfance, la syphilis acquise reconnaît pour cause habituelle l'infection fortuite accidentelle (*syphilis insontium*).

La contagion syphilitique joue dans le jeune âge un rôle beaucoup plus important qu'on ne le croit généralement.

Elle peut se produire à toutes les périodes de l'enfance, mais remonte presque toujours aux premières années de la vie, où l'enfant est absolument dépendant de son entourage. Sur 42 observations personnelles, Fournier (1) en signale 36 appartenant à des enfants au-dessous de cinq ans.

(1) Conclusions du rapport de Grancher (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 3 mai 1898), votées dans la séance du 28 juin 1898.

L'*allaitement* est une source fréquente de syphilis infantile. On compte par centaines les observations publiées de contagion syphilitique par des nourrices mercenaires. Les plus dangereuses, à ce point de vue, sont celles qui ont été infectées récemment par un nourrisson syphilitique et présentent un chancre ou des plaques muqueuses du sein (2).

Le *baiser* est le mode le plus fréquent de transmission après l'allaitement, ce qui s'explique par la fréquence et la longue durée des plaques muqueuses buccales chez l'adulte syphilitique. C'est l'origine habituelle de la contagion familiale, qu'elle soit due à un des membres de la famille ou à des domestiques. Les bonnes d'enfants ne doivent être acceptées que munies d'un certificat médical de bonne santé.

La contagion *indirecte*, quoique plus rare, a été aussi observée chez l'enfant. Les sources du contage sont : une cuiller ou un verre contaminés, une éponge malpropre qui a servi, dans un hôpital, à un petit voisin syphilitique, des jouets d'enfants, des instruments sales, etc.

La *vaccination* n'est presque plus aujourd'hui une source d'infection, depuis que la vaccination animale a remplacé la vaccination de bras à bras, et qu'une asepsie rigoureuse permet d'individualiser chaque opération. Les épidémies de syphilis vaccinale de Crémone, de Lupara, de Cardeilhac, d'Auray, etc., témoignent de l'importance de ce mode d'infection. Lotz, en 1880, évaluait à 750 le nombre des cas connus, et il est évident que ce chiffre devait être bien inférieur à la réalité (3). La lymphe vaccinale elle-même ne paraît pas contenir le virus ; c'est par le sang ou par le raclage du fond de la pustule vaccinale que l'infection paraît avoir eu lieu le plus souvent ; aussi, dans les fournées de vaccinations faites sur le bras d'un enfant syphilitique, les premiers vaccinés échappaient parfois à la contagion.

Au niveau du point d'inoculation de la vaccine suspecte, le bouton de vaccine paraît le premier ; ce n'est qu'au moment de la dessiccation de la pustule vaccinale, dans un délai qui varie de vingt à trente jours, que l'on voit la base de celle-ci s'indurer et se transformer en un chancre, habituellement saillant et recouvert d'une croûte. L'apparition de la pléiade ganglionnaire indurée dans l'aisselle correspondante et celle d'accidents secondaires (roséole, plaques muqueuses), six semaines à deux mois après le début du chancre rendent le

(1) Fournier, Syphilis héréditaire tardive. Paris, 1886, p. 617.

(2) Voir : Appay, *Thèse de Paris*, 1875. — A. Fournier, Nourrices et nourrissons syphilitiques. Paris, 1878.

(3) Voir : A. Fournier, Syphilis vaccinale. Paris, 1889.

diagnostic de la syphilis vaccinale absolument certain, et permettent de distinguer cette affection des accidents syphilitiques apparaissant dans le cours de la vaccine chez un enfant atteint de syphilis héréditaire.

Quant à la transmission de la syphilis de la *mère à l'enfant*, au moment de l'accouchement, par l'intermédiaire d'un chancre ou de plaques muqueuses récentes de la vulve, elle est niée par Fournier, quoique quelques observations (1) exceptionnelles paraissent démontrer que le fait n'est pas matériellement impossible.

SYMPTOMES et MARCHE. — La symptomatologie et la marche de la syphilis acquise sont les mêmes chez l'enfant que chez l'adulte.

La généralisation secondaire des manifestations syphilitiques est précédée par l'apparition d'un chancre au lieu d'inoculation, et d'un engorgement dur et indolent des ganglions correspondants.

Nous avons constaté la présence du chancre aux lèvres et sur l'amygdale chez deux enfants. A la vulve, le chancre est souvent lamelleux et difficile à reconnaître, à cause de la précocité des plaques muqueuses (Heubner).

La syphilis acquise est relativement mieux tolérée par l'organisme de l'enfant que par celui de l'adulte. Souvent l'état général reste bon pendant toute la période secondaire. Parfois néanmoins, et spécialement dans les premiers mois ou dans la première année, les petits malades succombent après avoir présenté tous les signes de l'athrepsie (Fournier).

Le danger de la syphilis acquise provient souvent de ce qu'elle est méconnue et non traitée au moment de ses premières manifestations. L'enfant est alors exposé, dans la suite, à des accidents tertiaires redoutables, qui ne diffèrent en rien de ceux qu'on observe dans le cours de la syphilis héréditaire. (Voir *Syphilis héréditaire tardive.*)

Syphilis héréditaire congénitale.

ÉTIOLOGIE. — De nombreux faits ont montré que la syphilis peut se transmettre du *père* à l'enfant, sans que la mère soit elle-même infectée (Kassowitz) (2). Cette transmission est d'autant plus fréquente que la syphilis paternelle est plus jeune ; néanmoins, elle est encore assez fréquente dans les trois premières années de l'infection et ne devient exceptionnelle que dans le cours de la quatrième et de la cinquième année.

Les cas de syphilis héréditaire provenant de la *mère* seule sont les plus rares ; mais la mère transmet plus fatalement à l'enfant la

(1) Voir les cas de Weil (*Deutsche Zeitschr. für prakt. Med.*, 1877, n° 42) et de Grünfeld (*Wien. med. Presse*, 1879, n° 47).
(2) Kassowitz, *Die Vererbung der Syphilis.* Vienne, 1876.

syphilis que le père, à moins qu'elle n'ait été infectée dans les derniers mois de la grossesse. D'après Fournier (1), la proportion des enfants atteints est de 84 pour 100 quand la mère seule est malade, de 37 pour 100 quand le père seul est malade, et de 92 pour 100 quand les deux parents sont syphilitiques.

La mère d'un enfant syphilitique par hérédité paternelle seule, tout en restant saine et pouvant avoir plus tard des enfants sains d'un autre lit, est vaccinée contre la contagion syphilitique et peut donner impunément le sein à son enfant atteint d'accidents spécifiques ; cette immunité est connue sous le nom de la *loi de Colles*. Le nombre des exceptions à cette loi est infime. De même, un enfant qui naît sain d'une mère syphilitique, ne peut plus être infecté par elle après sa naissance ; c'est la *loi de Profeta*.

Cette immunité, d'ailleurs, peut cesser dans le cours de la vie, comme Düring (2) l'a observé chez des descendants de syphilitiques âgés de treize ans, de quinze et de vingt ans.

Mortalité. — La mortalité de la syphilis héréditaire est effrayante, si l'on tient compte du nombre des avortements que cette maladie provoque. Sur 491 grossesses dans des familles syphilitiques, Fournier trouve 382 enfants morts, soit 77 pour 100.

Les *avortements* dus à la syphilis sont surtout fréquents en cas de syphilis maternelle, mais ils peuvent être provoqués également par la syphilis paternelle seule, surtout quand celle-ci est récente. A mesure que l'on s'éloigne du moment de l'infection, l'accouchement se rapproche du terme normal, et à des avortements successifs succèdent des naissances d'enfants à terme.

Un traitement spécifique énergique du père, avant la conception, ou de la mère pendant la grossesse, peut préserver l'enfant, mais l'action thérapeutique n'est parfois que temporaire et la naissance d'un enfant sain peut être suivie de celle d'un enfant syphilitique, si le traitement a été interrompu trop tôt.

Les enfants issus de souche syphilitique, quoique nés à terme et parfois même indemnes d'accidents spécifiques, sont exposés à succomber d'une façon précoce, c'est-à-dire peu de temps après leur naissance (Fournier) (3). Ribemont-Dessaignes a observé, dans une famille où la femme fut infectée par son mari au début de son mariage, 19 grossesses, qui ont abouti à 5 avortements et à 14 enfants nés vivants qui sont tous morts entre six mois et un an ; il est vrai que la mère n'avait pas suivi de traitement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions produites sur le fœtus et l'enfant né prématurément par la syphilis sont *diffuses* et sont

(1) Fournier, L'hérédité syphilitique. Paris, 1891.
(2) Düring, *Deutsche med. Woch.*, 1897, n° 13.
(3) Fournier, Syphilis héréditaire, p. 165.

dues à l'inflammation chronique des vaisseaux et du tissu conjonctif. Elles portent soit sur les viscères, soit sur le tissu osseux.

Lésions osseuses. — Ces dernières sont les plus constantes et les plus précoces. Nous les décrirons les premières.

L'*ostéo-chondrite syphilitique* siège de préférence au niveau des épiphyses des os de la cuisse et de la jambe; elle est plus marquée dans les épiphyses inférieures que dans les épiphyses supérieures. On l'a constatée parfois aussi aux vertèbres et dans les os du bassin. Cette lésion est caractérisée au début par l'apparition d'une zone jaunâtre, sèche et dure, entre le cartilage d'ossification et le tissu spongieux de l'os. Cette bande dont les limites sont irrégulières et en zigzag, est due à l'élargissement de la zone de calcification du cartilage, qui n'est pas vascularisée comme dans le rachitisme, et n'aboutit pas à la formation d'ostéoblastes; la partie voisine du tissu spongieux se transforme en tissu de granulations. A la limite des deux couches, il se produit souvent des fractures spontanées qui amènent le décollement de l'épiphyse.

Lésions viscérales. — Ces lésions ont été trouvées dans la plupart des organes; les plus fréquentes sont celles des poumons et du foie.

Plusieurs sortes de lésions pulmonaires ont été rencontrées dans la syphilis héréditaire. Depaul a observé de véritables *gommes du poumon* qui font parfois saillie sous la plèvre et donnent au tissu de l'organe une teinte jaunâtre foncée; elles peuvent renfermer dans leur centre de la matière caséeuse et du pus.

Robin et Lorain ont décrit sous le nom d'*épithéliome, pulmonaire* et Virchow sous celui d'*hépatisation blanche* une infiltration partielle des alvéoles du poumon par des cellules épithéliales disposées régulièrement; le tissu malade présente une coloration rose ou d'un gris-blanc, sa coupe est sèche et brillante. Cette altération est le plus souvent limitée à la superficie du poumon et occupe de préférence les parties déclives des lobes supérieurs et inférieurs. Au microscope, la pneumonie blanche est constituée par une prolifération diffuse de cellules rondes dans le tissu conjonctif interalvéolaire et une desquamation abondante de l'épithélium fœtal cubique des alvéoles, qui devient graisseux et donne aux noyaux de pneumonie blanche une teinte spéciale [Spanudis (1), Heller (2)].

Enfin, on rencontre parfois une *infiltration gélatineuse diffuse* du poumon, qui est de nature gommeuse et qui peut être lobaire ou multilobaire (Miller) (3). Les autres formes ne sont pas spécifiques et appartiennent aux broncho-pneumonies d'origine congénitale dues à une infection mixte.

Les altérations syphilitiques du *foie* dans la syphilis héréditaire précoce sont assez différentes de celles qu'on rencontre chez l'adulte; ainsi on trouve rarement chez l'enfant des lésions localisées, des gommes proprement dites ou la dégénérescence amyloïde de l'organe, mais le plus souvent une *hépatite interstitielle diffuse*; le foie est augmenté de volume, sa surface paraît dépolie; elle est tantôt d'un jaune clair et uniforme, tantôt parsemée de jaune et de brun; à la coupe, les parties altérées présentent une coloration que Gubler a comparée à celle de la pierre à fusil (*foie silex*), leur consistance est dure et homogène. Dans quelques points, la prolifération cellulaire subit la dégénérescence graisseuse et se présente sous la forme de petits points blanchâtres analogues à des grains de semoule (*gommes miliaires* de Virchow) qui sont souvent visibles à la surface de l'organe. Dans quelques cas, le foie, au lieu de subir une altération diffuse, est parsemé de nodosités arrondies, d'une teinte ocreuse ou plus claire; leur centre est déprimé et tacheté de blanc; elles sont constituées par un tissu nacré fibroïde, plus dur que le reste de la glande (Parrot) (1). Au microscope, on reconnaît de suite que les lésions du foie syphilitique ont pour siège principal les espaces interlobulaires qui entourent les ramifications de la veine porte; ces espaces sont remplis dans les cas récents par un tissu de cellules embryonnaires, qui se transforme peu à peu en tissu sclérosé, comme on le constate dans les cas plus anciens. Cornil et Ranvier (2) ont vu, dans plusieurs cas, la néoformation embryonnaire pénétrer au centre même des lobules du foie en suivant les capillaires entre les cellules hépatiques.

Sous l'influence de la prolifération cellulaire, la veine porte peut être oblitérée dans tout son trajet intra-hépatique; on trouve alors en même temps une hypertrophie de la rate et un épanchement de sérosité quelquefois mêlée de sang dans le péritoine. C'est peut-être aussi sous l'influence des altérations syphilitiques du foie que se développent la *pyléphlébite* et la *péritonite*, signalées l'une par Schüppel, l'autre par Simpson, parmi les lésions de la syphilis congénitale.

Quant aux lésions des autres organes, la *rate* est généralement augmentée de volume; Haslund, sur 154 autopsies d'enfants morts de syphilis congénitale, a trouvé cet organe atteint d'hyperplasie dans 55 cas. Cette hypertrophie de nature infectieuse est rarement accompagnée de lésions spécifiques.

Förster et Schott ont observé une tuméfaction des plaques de Peyer et Oser des dépôts gommeux dans les tuniques de l'*estomac* et de l'*intestin* qui peuvent être suivies d'ulcérations [Mraçek, Darier et Feulard (3)]. Birch-Hirschfeld a constaté, chez 13 enfants sur

(1) Spanudis, *Thèse de Fribourg en Brisgau*, 1891.
(2) A. Heller, *D. Arch. für klin. Med.*, t. XLII, 1887, p. 159.
(3) Miller, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1894, t. XXXVII, p. 113.

(1) Parrot. *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1877, p. 667.
(2) Cornil et Ranvier, *Manuel d'histologie pathologique*. Paris, 1876, p. 912. — Voir aussi : Hudelo, *Thèse de Paris*, 1891.
(3) Darier et Feulard, *Ann. de dermatologie*, 1891, p. 39. — Voir aussi : Bittner, *Prag. med. Woch.*, 1893, p. 581.

23 atteints de syphilis, une sclérose du *pancréas* qui avait plus ou moins détruit le tissu glandulaire. Coupland a trouvé de petites tumeurs gommeuses dans le *cœur* d'un enfant syphilitique mort à trois mois ; Fœrster a observé une endocardite syphilitique. La myocardite a été aussi constatée dans quelques cas.

Les *ganglions lymphatiques*, surtout les ganglions viscéraux, ont été trouvés quelquefois hypertrophiés, même lorsque les autres organes étaient sains, mais cette hypertrophie est en général peu marquée; les ganglions malades n'ont pas de tendance à la suppuration, et, quand ils siègent sous la peau, ils ne sont pas adhérents, comme dans la scrofule. Cette hypertrophie ganglionnaire s'accompagne souvent d'altérations de la rate et paraît liée, lorsqu'elle est généralisée, à un état cachectique avancé du petit malade (Doyen) (1).

Le *thymus* présente parfois des lésions dont Paul Dubois paraît avoir exagéré la fréquence (Parrot) ; Dubois a attiré l'attention sur une altération spéciale du thymus des fœtus syphilitiques qui est augmenté de volume et creusé de vacuoles remplies d'un liquide muco-purulent. D'après Eberle (2), ces kystes seraient d'origine embryonnaire et leur présence serait due à un arrêt de développement, provoqué par la syphilis.

Les *reins* présentent chez la plupart des fœtus syphilitiques des lésions microscopiques qui ont été bien décrites par Heller et Gallus (3). Ce sont des lésions vasculaires, rappelant l'artérite oblitérante de Heubner, une prolifération constante et souvent très étendue du tissu conjonctif interstitiel et dans la moitié des cas de la glomérulonéphrite récente avec prolifération de l'endothélium et atrophie des anses vasculaires du glomérule.

Les *capsules surrénales* présentent quelquefois dans la syphilis congénitale une dégénérescence scléreuse caractérisée par l'épaississement de la substance corticale et par la présence de petits nodules semblables à des grains de semoule dans l'intérieur de l'organe.

Les *testicules* peuvent présenter des lésions analogues à celles de l'adulte; de nombreux cas de sarcocèle, observés chez des enfants atteints de syphilis héréditaire, ont été publiés dans ces dernières années.

Le *système nerveux* peut être aussi atteint, soit dans la syphilis du premier âge, soit dans la forme tardive. Quelques auteurs ont signalé des gommes de la base du cerveau et des altérations des méninges. Robin a observé une sclérose du cerveau chez un enfant qui paraissait entaché de syphilis héréditaire, Barlow l'atrophie de quelques-uns des nerfs craniens comprimés à leur origine par des gommes, Chiari une endartérite des artères du cerveau, et Henoch

(1) Doyen, *Arch. gén. de méd.*, juin 1883.
(2) Eberle, *Thèse de Zürich*, 1894
(3) Gallus. *Thèse de Kiel*, 1893.

des gommes multiples dans le cerveau avec inflammation chronique des méninges. Gilles de la Tourette (1) a décrit chez le fœtus syphilitique une méningo-myélite diffuse embryonnaire, et chez les enfants hérédo-syphilitiques des dépôts médullaires gommeux, soit interstitiels, soit périvasculaires, soit méningés.

SYMPTOMES. — La syphilis fœtale n'a pas de symptomatologie ; les fœtus sont expulsés souvent morts et dans un état de macération avancée ; ils ne présentent pas de putréfaction, mais une odeur fade, douceâtre, nauséabonde, qui serait pathognomonique suivant certains auteurs.

Les enfants nés vivants, prématurés ou à terme, présentent souvent une éruption spécifique spéciale à la syphilis congénitale, c'est le pemphigus.

Le **pemphigus** syphilitique peut apparaître dès le septième mois de la vie intra-utérine. Il existe souvent à la naissance ou apparaît aussitôt après, jamais en général plus tard que la fin de la première semaine. Les cas d'apparition plus tardive dans le premier et le second mois sont tout à fait exceptionnels (Ollivier et Ranvier, Parrot). Il se montre d'abord sous la forme de petites taches vineuses de couleur hortensia entourées d'une zone rouge, dont l'épiderme est bientôt soulevé par un liquide tantôt clair, tantôt verdâtre, plus rarement sanguinolent. La formation des bulles est très rapide; elles atteignent d'emblée un volume définitif qui varie d'un demi-centimètre à un centimètre et demi.

L'éruption est constituée en général par une seule poussée de bulles discrètes à la paume des mains et à la plante des pieds, d'où elle peut s'étendre sur le dos du pied et la jambe ou sur le bras, mais elle ne va presque jamais au delà. Exceptionnellement, il se fait une seconde poussée de bulles après quinze à dix-huit jours.

Plus on s'éloigne des extrémités ou plus l'apparition du pemphigus est tardive, moins le type est net. Les bulles avortent et ne sont plus représentées que par l'état ridé de l'épiderme sur les taches vineuses primitives.

L'évolution des bulles est variable. Tantôt le liquide se résorbe, tantôt et plus souvent les bulles se transforment en croûtes brunâtres, qui en tombant mettent à nu des ulcérations superficielles à fond sanieux, ou profondes, cratériformes.

L'état général qui accompagne le pemphigus est celui de la cachexie syphilitique. Les enfants ont un aspect ridé qui les a fait comparer à de petits vieillards ; leur peau a une teinte bistre. Ils ne tardent pas en général à succomber et l'on constate à l'autopsie la plupart des lésions décrites ci-dessus.

(1) Voir : *Bull. de l'Acad. de méd.*, 12 mai 1896, p. 491.

Dans quelques cas rares, ils peuvent guérir. L'on voit alors tomber les croûtes qui ont succédé aux bulles, laissant à découvert un épiderme imparfait qui se renouvelle par desquamations successives, jusqu'à ce qu'il ait atteint une solidité suffisante (Parrot).

Le pemphigus aigu idiopathique des nouveau-nés ne pourra pas être confondu facilement avec le pemphigus syphilitique. Il apparaît rarement avant le quinzième jour et sévit le plus souvent sous la forme d'épidémies. Il ne débute jamais par les extrémités et se montre habituellement au tronc et au cou.

Syphilis héréditaire de la première enfance.

Quand la maladie ne commence à se manifester qu'après la naissance, l'enfant peut venir au monde avec toutes les apparences de la santé ; les premiers symptômes morbides apparaissent alors dans les deux dernières semaines du premier mois ou dans le cours du second mois ; il est rare qu'ils se montrent avant la fin de la première quinzaine ou après trois mois révolus. Sur 124 cas dans lesquels Kassowitz put observer la première apparition de la syphilis héréditaire ou l'établir exactement, celle-ci se montra 11 fois dans la première semaine, 21 fois dans la seconde, 34 fois dans la troisième et la quatrième, 40 fois dans le second mois et 18 fois dans le troisième, soit dans 53 pour 100 des cas pendant le premier mois, 32 pour 100 pendant le second et 15 pour 100 pendant le troisième. Après le troisième mois, l'enfant qui n'a pas présenté de symptômes de syphilis, peut être regardé avec beaucoup de probabilité comme indemne de la maladie. D'après une statistique de Roger, comprenant 272 cas de syphilis héréditaire, celle-ci s'est déclarée 122 fois dans le premier mois, 128 fois dans le second et le troisième mois et 32 fois seulement plus tard. Diday en a vu quelques exemples chez des enfants de quatre mois et plus. On a rapporté des cas dans lesquels la maladie se serait manifestée pour la première fois entre trois et dix-huit ans et même plus tard ; ces faits de syphilis héréditaire tardive d'emblée nous paraissent contestables.

Le premier signe de l'infection syphilitique héréditaire consiste dans un *affaiblissement de la nutrition* ; l'enfant maigrit, ses traits sont pincés, sa peau devient sèche, elle semble amincie, ce qui l'a fait comparer à une pelure d'oignon. Bientôt apparaissent sur la peau et les muqueuses les éruptions spécifiques de la maladie.

Coryza. — Le coryza est une des manifestations les plus précoces de la syphilis héréditaire. Caractérisé au début par un simple enchifrènement, qui s'accentue au moment des tétées, il attire l'attention par le bruit spécial de la respiration nasale, qui a fait donner le nom de « reniflards » aux petits malades. Plus tard, il s'y joint un écoulement nasal peu abondant, séreux ou puriforme, parfois strié de sang, qui se concrète souvent en croûtes jaunâtres ou roussâtres à l'entrée des narines. Ces dernières peuvent être le siège de petites rhagades, qui saignent facilement ou se recouvrent de croûtes brunes. Leur présence permet d'affirmer le plus souvent la nature spécifique du coryza.

Erythèmes spécifiques. — La roséole et les syphilides papuleuses lenticulaires, qui sont les deux premières manifestations de la syphilis acquise, sont rares dans la syphilis héréditaire. Elles sont remplacées ordinairement par des érythèmes diffus localisés à certains lieux d'élection (les parties saillantes du *visage*, telles que le bas du front, les arcades sourcilières, les joues, le menton, les *fesses* et les *cuisses*, la *plante des pieds*), ou bien répandus en nappes sur de plus grandes surfaces, mais épargnant en général le tronc, qui est le siège ordinaire de la roséole acquise.

La *teinte* de ces érythèmes est en général caractéristique ; elle varie du jaune sale des éphélides jusqu'au jaune saumon et à la teinte cuivrée avec reflet métallique. Dans ses formes atténuées, la teinte est bistrée et la pâleur générale de la face, qui est habituelle chez les enfants syphilitiques, rend son apparition moins sensible. On dirait qu'une couche de matière colorante a été déposée inégalement sur la peau (Trousseau et Lasègue) (1).

L'érythème peut être *simple*, c'est-à-dire constitué uniquement par le changement de teinte ; il est dit alors maculeux. D'autres fois, il s'accompagne d'un épaississement notable du derme, qui est comme infiltré (Hochsinger) (2), c'est ce que Madier-Champvermeil (3) appelle l'*érythème néoplasique*.

La néoplasie peut s'étendre à l'épiderme ; on a alors l'*érythème squameux* (psoriasis syphilitique de Trousseau). Ce dernier siège de préférence aux régions palmaire et plantaire. Aux mains, il débute dans les plis naturels et sur l'éminence thénar ; de là, il peut s'étendre jusqu'à la pulpe des dernières phalanges et entourer l'ongle qui ne tarde pas à se modifier. Aux pieds, il commence aux talons ou aux malléoles et peut s'étendre à toute la plante, sur laquelle il forme une sandale rugueuse et striée transversalement (Madier-Champvermeil). Il s'observe également sur les fesses et la partie postérieure des cuisses et peut gagner la région lombaire sans jamais s'étendre sur les flancs et le ventre. La plaque érythémateuse est recouverte au début d'une squame blanche et sèche, qui se transforme ensuite en collerette épidermique, laissant à nu au centre une surface rouge cuivre, vernissée, absolument sèche. Parfois, ce sont de fines squames qui ressemblent à des pelures d'oignon et se reproduisent à mesure qu'elles tombent. Jamais ces plaques ne suintent et ne mouillent le linge.

(1) Trousseau et Lasègue, *Arch. gén. de méd.*, t. XV, 1847, p. 159.
(2) Hochsinger, *Studien über die hereditäre Syphilis*, Vien, 1898.
(3) Madier-Champvermeil, *Thèse de Lyon*, 1874.