

point le diagnostic de la tuberculose miliaire est difficile dans certains cas. Cependant dans la grande majorité des cas de méningite tuberculeuse, le diagnostic est possible. On y arrive encore facilement quand on trouve de vieux foyers dans les poumons, des signes de pleurésie ancienne, surtout si ces lésions se combinent avec l'accélération particulière de la respiration, la faiblesse des membres, la pâleur ou la cyanose des téguments et l'amaigrissement (1).

L'existence d'une tuberculose locale peut toujours être soupçonnée dans les formes morbides que nous venons de décrire.

Pronostic. — Le pronostic de la tuberculose *locale* est en général bénin, surtout si l'on enlève assez tôt les parties malades ; je suis convaincu, d'après plusieurs faits que j'ai observés, que chez les enfants, les tubercules caséux des poumons peuvent guérir.

D'après mon expérience personnelle, la tuberculose miliaire diffuse est absolument mortelle. On a plusieurs fois signalé (Fleischmann et autres) des guérisons de méningite tuberculeuse, mais jusqu'à présent je n'en ai pas vu un seul cas ; par contre j'ai signalé deux cas de guérison des tubercules cérébraux, dont un était compliqué d'une infiltration caséuse notable des poumons.

Traitement. — La tuberculose miliaire locale, en tant que lésion de la peau, des ganglions, des os et articulations, exige un *traitement chirurgical*. On enlève les parties malades à l'aide du couteau ou de la curette tranchante ; l'opération doit être faite d'après les règles de l'antisepsie, mais comme les enfants ne supportent pas l'acide phénique, on emploie d'autres antiseptiques, l'iodoforme, par exemple, qui donne de très bons résultats. La valeur du traitement des lésions tuberculeuses locales par les injections de phosphate acide de chaux

(1) Dans le premier âge, d'après Landouzy, la tuberculose aiguë prend quelquefois l'allure d'une infection générale, fébrile, avec anorexie, amaigrissement, sans localisation. A l'autopsie, on ne trouve pas de tubercules ; les poumons sont peu malades ; le foie est gros et en dégénérescence graisseuse, la rate gonflée, les plaques de Peyer sont injectées ; l'infection en somme, a tué l'enfant avant d'avoir pu produire des granulations. D'autres fois (Landouzy et Queyrat), la tuberculose du premier âge se présente avec l'aspect d'une broncho-pneumonie aiguë ; à l'autopsie même, les lésions paraissent banales, mais on trouve dans le poumon le bacille tuberculeux. (L. G.)

ou par le tamponnement avec de la gaze calcaire, préconisés par Kolscher, sera jugée par les chirurgiens.

Dans nos deux cas de tubercule du cerveau, la guérison a été obtenue par l'emploi de l'iodure de potassium à dose assez élevée, combiné ultérieurement avec le fer, l'extrait de malt, et par une bonne nourriture. On pourra avoir recours à la même médication dans les cas de tuberculose miliaire diffuse, malheureusement on n'aura que bien rarement des résultats.

La *prophylaxie* de la tuberculose miliaire chez les enfants prédisposés ou héréditaires exige l'application de l'hygiène la plus rigoureuse. Mais avant tout il faut éloigner ces enfants du commerce des tuberculeux, les faire vivre au bord de la mer ou dans un pays boisé. Il va de soi qu'on doit défendre aux mères tuberculeuses d'allaiter leurs enfants. Comme je l'ai déjà dit, on peut éviter presque sûrement la contamination par le lait des vaches tuberculeuses en le faisant bouillir. C'est donc une règle de ne jamais donner aux enfants du lait cru, non bouilli.

3. — Syphilis.

Chez les enfants on doit distinguer deux formes, la syphilis *héréditaire* et la syphilis *acquise* ; elles diffèrent non seulement au point de vue étiologique, mais aussi au point de vue des lésions anatomiques. La syphilis acquise des enfants ne se distingue guère de celle des adultes, aussi pouvons-nous renvoyer le lecteur aux ouvrages spéciaux, quitte à insister sur certains points d'étiologie dans l'enfance. Nous ne traiterons avec détails que de la syphilis héréditaire.

Étiologie. — Abstraction faite des attentats à la pudeur, des baisers et des autres contacts avec des individus syphilitiques, les enfants contractent la syphilis principalement au sein des nourrices syphilitiques et par la vaccination. Le premier mode d'infection est excessivement rare, car le chancre syphilitique du mamelon est une rareté et ne s'observe que lorsqu'une nourrice saine a allaité un enfant syphilitique qui l'a infectée. On comprend facilement que dans ces conditions la nourrice peut contaminer à son tour un autre enfant bien portant.

La possibilité de l'infection par la *vaccination* est hors de doute,

qu'elle se fasse par les liquides ou par l'emploi d'instruments malpropres. On ne sait pas encore quel est le vecteur de l'infection, si c'est le sang (Viennois) ou la sécrétion d'une ulcération syphilitique développée sur la pustule de vaccine (Köbner) ou les deux à la fois.

Malgré les discussions qui ont eu lieu dans ces derniers temps, sur ce sujet, la question de la transmission de la syphilis des parents aux enfants, n'est pas définitivement élucidée. Les conditions à envisager sont les suivantes :

1. — Comment se comporte l'enfant, lorsque le père et la mère sont syphilitiques ?

2. — a) Comment se comporte l'enfant lorsqu'au moment de la conception le père est syphilitique et la mère saine ? b) Comment se comporte la mère dans ces conditions pendant la grossesse ? Est-elle infectée par le fœtus ?

3. — Comment se comporte l'enfant si la mère seule est syphilitique au moment de la conception ou est infectée après la conception ?

4. — a) Comment se comporte l'enfant lorsque, le père et la mère étant sains au moment de la conception, la mère est devenue syphilitique pendant la grossesse ? b) L'enfant peut-il devenir syphilitique pendant l'accouchement dans le cas où il existe des lésions syphilitiques récentes sur les parties génitales de la mère ?

I. — L'enfant naît ordinairement syphilitique et sa syphilis est d'autant plus grave que la syphilis des parents est plus récente. Ces enfants meurent généralement pendant la vie intra-utérine et leur mort est suivie d'avortement. Il est très rare que ces enfants restent bien portants et cela se voit lorsque les parents présentent des lésions syphilitiques tertiaires, des gommés par exemple (Boek, Köbner, Zeissl, Neumann); pourtant Neumann a publié dernièrement plusieurs cas d'enfants nés bien portants de parents atteints de syphilis récente.

II. — a) L'enfant est syphilitisé par le sperme du père, et d'autant plus sûrement que la syphilis du père est plus récente. Ces enfants succombent fréquemment et d'autant mieux que le temps écoulé entre l'infection du père et la conception est plus court. Plus cet intervalle est long, moins est intense la syphilis des enfants, de sorte que les enfants conçus longtemps après l'infection syphilitique du père, peuvent naître sains. Si le père a suivi un traitement spécifique, la santé

des enfants en est favorablement influencée. L'enfant conçu par un père atteint d'accidents tertiaires (gommés) reste ordinairement sain; pourtant on connaît des cas où les enfants sont nés syphilitiques (Neumann).

b) La mère peut devenir syphilitique ou rester en apparence bien portante; on peut admettre, avec quelque certitude, l'existence d'une syphilis latente de la mère, car l'expérience a démontré que la mère n'est jamais infectée par son enfant né syphilitique, même si elle le nourrit (loi de Colles). On n'a signalé que quelques exceptions à cette loi universellement admise (cas de Guibout et de Ranke concernant des mères qui allaitent leurs nourrissons syphilitiques ont contracté des chancres indurés du mamelon).

III. — Dans le cas de syphilis récente, la mère infecte son fœtus. La mère atteinte d'accidents syphilitiques tertiaires peut accoucher d'un enfant bien portant. L'intervalle entre l'infection syphilitique de la mère et la conception a la même valeur que dans le cas de syphilis du père (Neumann).

IV. — a) Le fœtus peut être infecté par la mère, par la circulation placentaire (Kassowitz, Neumann qui a dernièrement publié 11 cas de ce genre). Dans la grande majorité des cas le fœtus reste indemne, si la mère a été infectée après la conception, et l'intégrité du fœtus est d'autant plus certaine que l'infection de la mère remonte à une époque plus avancée de sa grossesse. On connaît cependant des cas où les enfants ont présenté des lésions secondaires graves, malgré l'infection tardive de la mère.

b) L'infection au moment de l'accouchement est très possible, mais fort rare.

Malgré le caractère précis des réponses que nous venons de formuler, nous devons insister encore une fois sur l'incertitude des faits et des données que nous possédons à ce sujet. Sur un point pourtant tous les auteurs sont d'accord, à savoir que plus la syphilis des parents est récente, plus les lésions des enfants sont graves. Ordinairement, les enfants succombent pendant la vie intra-utérine et leur mort est régulièrement suivie d'avortement précoce. A mesure que la syphilis des parents s'atténue, la vitalité du fœtus augmente et d'une façon proportionnelle en quelque sorte au degré d'atténuation de la syphilis des parents. Ce fait nous permet de comprendre, pourquoi

les enfants qui naissent successivement, présentent de moins en moins les traces de la maladie constitutionnelle. Mais cela ne se fait pas sans quelques oscillations, car de temps en temps les parents peuvent engendrer des enfants atteints de lésions syphilitiques graves.

Il est hors de doute que dans ces conditions un traitement médicamenteux, et surtout le traitement mercuriel énergiquement administré aux parents, exerce une influence salutaire sur le fœtus.

Lustgarten a décrit comme agent spécifique de la syphilis un bacille fin, doué de propriétés de coloration spéciales, dont les propriétés pathogènes ne sont pas encore nettement établies, bien qu'elles paraissent très probables à Weigert, Matterstock et autres observateurs. Les tentatives qu'on a faites pour attribuer un rôle pathogénique à d'autres bactéries qu'on a trouvées dans les organes des enfants hérédo-syphilitiques, ne sont pas justifiées jusqu'à présent.

Anatomie pathologique. — Les lésions anatomiques de la syphilis héréditaire s'étendent à tous les tissus et à tous les organes, aussi bien le squelette que les parties molles.

Os. — Les modifications des os dans la syphilis héréditaire sont le symptôme le plus constant et ne manquent dans aucun cas. Les os longs sont atteints de préférence; les lésions des os du crâne sont plus rares. Sur 40 cas, Wegner a trouvé seulement deux fois de la périostite gommeuse à la surface interne des os du crâne; il est plus fréquent de constater l'existence de noyaux aplatis, disséminés dans le périoste des os du crâne (1), surtout au niveau des pariétaux, plus rarement sur le frontal et l'occipital. Les lésions des os longs qui siègent à l'union de la diaphyse et du cartilage épiphysaire, peuvent, d'après leur intensité, être divisées en 3 catégories: 1) une extension de l'infiltration calcaire de la substance du cartilage; 2) la pénétration irrégulière, en zig-zag ou par îlots de cette couche calcaire dans la couche des cellules du cartilage, avec prolifération simultanée de ces cellules ou élargissement des colonnes qu'elles forment (Kassowitz, Heubner); on trouve en outre à l'intérieur des canaux du cartilage, de la véritable

(1) Les hyperostoses développées à la face externe des pariétaux forment deux saillies latérales, qui limitent entre elles une gouttière médiane et antéro-postérieure plus ou moins marquée: c'est le *crâne natiforme* de Parrot. (L. G.)

substance osseuse là où normalement ne devrait exister que du tissu cartilagineux; il y a donc sclérose, calcification et ossification prématurées; 3) le gonflement des extrémités articulaires, comme dans le rachitisme, avec formation de cellules embryonnaires, de véritables globules de pus entre la diaphyse et le cartilage épiphysaire, de sorte que quelquefois épiphyse et diaphyse sont séparées par une couche liquide visqueuse.

Pour Wegner toutes ces lésions seraient celles de l'ostéochondrite, tandis que Waldeyer et Köbner y voient un tissu de granulation syphilitique et insistent sur l'absence des ostéoblastes qu'on trouve ordinairement dans les os. Haab a observé la formation dans le cartilage, de cellules embryonnaires avec fonte des cellules proliférées et formation consécutive des lacunes qui aboutissent à la séparation du cartilage épiphysaire.

La séparation des épiphyses peut atteindre plusieurs articulations et s'accompagner de *suppuration abondante* avec ouverture au dehors (Parrot, Taylor, Gutterbock, Heubner, Baginsky, Kremer). L'épiphyse n'est pas toujours seule atteinte: la diaphyse peut également présenter du gonflement, de l'épaississement par prolifération de la couche interne du périoste, de sorte que le tissu compact des os prend un aspect fragile semblable à celui du gypse. Kassowitz et Hochsinger ont signalé dans les épiphyses l'existence d'un streptocoque qui, d'après les recherches de Chotzen, ne jouerait qu'un rôle secondaire.

Les *dents* des enfants hérédo-syphilitiques sont souvent altérées: on trouve notamment sur leur face antérieure des entailles longitudinales arrivant jusqu'au bord libre; ordinairement aussi elles sont tordues en différents sens sur leur axe longitudinal, de façon à diverger et à laisser entre elles des espaces assez considérables (Hutchinson); mais ces lésions n'ont rien de caractéristique pour la syphilis héréditaire (1).

(1) Parrot a décrit sous le nom d'*odontopathie atrophique* 5 formes d'altérations dentaires syphilitiques, la *cupulaire*, caractérisée par la formation de cupules sur la face antérieure (des incisives surtout), disposées généralement sur un ou plusieurs rangs horizontaux et parallèles. La deuxième forme résulte de la réunion des érosions qui forment alors des sillons parallèles (*sulciforme*), elle ne se voit que sur les incisives. La

Dans le *cerveau* et la *moelle* on trouve de véritables gommes (Henoch, Wegner, Siemerling) de même que des exsudats hydrocéphaliques (Virchow, Bärensprung, Sandoz et autres) et même des foyers de ramollissement (Simon); en a encore signalé la formation de foyers de cellules granuleuses (Virchow) et de foyers de sclérose (Gee, Judson, S. Bury, Kohts). Sur les *méninges* on observe encore, à côté des lésions que nous avons décrites (Wegner), de la véritable pachyméningite hémorragique avec exsudat, masses visqueuses de couleur rouge foncé (Heubner).

L'*appareil circulatoire* présente des lésions variables : épaissement de la paroi des artères par prolifération des éléments de la tunique musculuse et adventice avec infiltration cellulaire de cette dernière (Schutz, Heubner, Kohts). Raspe a décrit des modifications semblables au niveau des petits vaisseaux, capillaires, vasa vasorum, artérioles et veinules, modifications qui d'après lui expliqueraient la tendance aux hémorragies qu'on observe dans la syphilis héréditaire. Mais cette opinion est vivement combattue par Fischl. Dans le cœur on trouve quelquefois des gommes plus ou moins volumineuses.

troisième forme, *cuspidienne*, est produite par la destruction inégale de la couronne des prémolaires et des canines. La quatrième forme est celle en *encoche* ou en *coup d'ongle* de *Hutchinson*, qui atteint les incisives surtout les médianes supérieures. La cinquième forme, en *hache*, résulte de la destruction des bords de la dent au voisinage du collet avec conservation de la couronne. Cette dernière forme appartient exclusivement à la première dentition; la dent d'*Hutchinson* presque uniquement à la dentition permanente.

Les sillons verticaux avec dentelure des bords que l'on voit fréquemment sur les incisives des enfants n'ont aucune signification (PARROT, *Syph. héréd.*), certaines érosions sont si minimes ou si peu profondes, qu'il faut les chercher à la loupe, particulièrement l'érosion en *nappe* décrite par Fournier.

Dans la *seconde dentition*, les érosions atteignent surtout les premières grosses molaires, et parfois uniquement celles-ci; au contraire les petites molaires, les deuxièmes et troisièmes grosses molaires sont presque toujours intactes.

La syphilis produit enfin du *microdontisme* et des déviations de forme dont on trouvera la description dans les leçons de Fournier sur la syphilis héréditaire tardive. (L. G.)

L'*appareil respiratoire* présente ordinairement des lésions assez graves. La muqueuse nasale est atteinte de catarrhale et d'ulcérations, ces dernières ayant une tendance marquée à gagner en profondeur et à détruire les os du nez. Le larynx est parfois le siège d'une laryngite superficielle chronique avec prolifération cellulaire de la sous-muqueuse et tendance à l'ulcération, ou bien dès le début il se forme des ulcérations profondes; on observe encore dans le larynx de l'inflammation interstitielle chronique avec tendance à la sclérose, puis à la sténose laryngée. La trachée et les bronches sont ordinairement atteintes d'inflammation chronique (Mackenzie). Les poumons présentent tantôt des gommes, tantôt une prolifération interstitielle diffuse, ou bien on trouve encore, surtout chez les hérédo-syphilitiques mort-nés, les alvéoles remplis d'une masse cellulaire blanchâtre de sorte que la coupe du poumon apparaît lisse, de couleur gris blanchâtre (*pneumonie blanche*). Le thymus est quelquefois atteint de fonte purulente (Hecker).

TUBE DIGESTIF. — On observe les condylomes de la langue. Sur le pharynx, le voile du palais, les amygdales, la paroi postérieure du pharynx, on trouve également des condylomes ou bien des ulcérations étendues et graves accompagnées de phénomènes de catarrhe chronique. Ces ulcérations ne sont pas extrêmement rares d'après mon expérience. Une fois j'ai observé avec une otite purulente un ramollissement diffus de la parotide. La muqueuse intestinale contient également un semis de condylomes dus à de l'hyperplasie cellulaire et tendant à l'ulcération. On trouve encore des gommes dans la couche musculaire de l'intestin et de petits nodules miliaires disséminés dans toute la paroi. Ces nodules sont de couleur jaunâtre, moins transparents que les tubercules. Le gonflement de la rate est en rapport avec l'augmentation du nombre des leucocytes (Jürgens). Le péritoine présente souvent les signes d'une inflammation subaiguë ou chronique (pseudo-membranes et adhérences).

Le *foie* est augmenté de volume, la capsule épaissie, inégale avec des dépressions cicatricielles grisâtres (1); les adhérences avec le dia-

(1) Les dépressions cicatricielles appartiennent seulement à la syphilis héréditaire tardive (Hutchinson, Lannelongue).

Le foie est presque toujours lisse, mais la couleur et la consistance

phragme ne sont pas rares. Le parenchyme contient peu de graisse et présente à son intérieur de petits nodules grisâtres plus ou moins volumineux, ce sont des productions lymphoïdes formées par l'accumulation considérable de cellules lymphatiques. En même temps le tissu interstitiel fortement proliféré, épaissi, atrophie les cellules hépatiques dont une partie est complètement détruite. Les voies biliaires, les ramifications de la veine porte, les artères hépatiques, entourées de toutes parts par le tissu interstitiel fortement hyperplasié, sont notablement rétrécies (1).

Dans la *rate* également hypertrophiée et dont la capsule présente des traces d'inflammation chronique, on trouve des modifications analogues, elle contient parfois un grand nombre de gommages. Même chose pour le *pancréas* qui présente une prolifération interstitielle particulièrement intense avec destruction du tissu glandulaire.

Dans les *reins* ce sont les lésions vasculaires déjà décrites qui dominent, surtout le gonflement des tuniques musculueuses et adventice et le rétrécissement de la lumière des vaisseaux; on trouve un grand nombre de petits foyers hémorragiques et aussi des productions gommeuses plus ou moins considérables.

Le *testicule* quelquefois augmenté de volume est le siège d'une prolifération interstitielle (orchite chronique et épididymite) (Hench).

Parmi les organes des sens, les *yeux* et les *oreilles* présentent fréquemment des lésions anatomiques. Du côté des yeux on trouve des restes d'iritis intra-utérine, sous forme de synéchies postérieures; chez les hérédo-syphilitiques vivants on trouve de la kératite interstitielle en même temps que de l'iritis. Du côté des oreilles il n'est pas rare de trouver chez des enfants hérédo-syphilitiques de l'otite

variant avec l'ancienneté des lésions. Hutinel et Hudelo (*Arch. de méd. expérim.*, juillet 1890) décrivent deux types extrêmes: le *foie silex* de Gübler, lésion avancée, sclérose diffuse, et le foie turgescents et violacés, atteint simplement de congestion et diapédèse, lésion de début; mais il y a de nombreux aspects intermédiaires. (L. G.)

(1) Les nodules grisâtres sont de véritables syphilomes miliaires, *gommages miliaires* de Virchow; l'infiltration embryonnaire est d'autant plus diffuse que l'enfant est plus près de la vie fœtale (HUTINEL et HUDELO, *loc. cit.*); elle n'atteint son complet développement que chez le fœtus. Quand l'enfant a vécu quelques semaines, la sclérose tend à se cantonner davantage dans les espaces portes. (L. G.)

moyenne chronique avec perforation du tympan et suppurations prolongées.

Il faut enfin mentionner l'adénopathie généralisée qui ne manque jamais, et les exsudats hémorragiques dans les différents organes (Raudnitz).

Symptômes et marche. — Les premiers symptômes de la syphilis héréditaire ne sont pas bien marqués, mais tous les jours l'affection devient de plus en plus nette et évidente. Les symptômes se manifestent ordinairement entre la troisième et la quatrième semaine, mais ils peuvent également rester complètement latents jusqu'au commencement du quatrième mois, comme j'en ai observé plusieurs exemples. Laschkewitz et Rabl ont dernièrement publié des cas de syphilis tardive dans lesquels les premières manifestations du mal n'ont paru qu'à une époque assez avancée de la vie (12, 18, 19 ans). J'ai vu chez un garçon les premiers symptômes de la syphilis se manifester à l'âge de 4 ans 1/2 sous forme de gonflement osseux multiple, et un autre atteint de syphilis du foie grave, actuellement âgé de 14 ans, chez lequel les premières manifestations de la syphilis sont survenues à l'âge de 4 ans sous forme d'une kératite interstitielle.

Les enfants hérédo-syphilitiques peuvent être divisés en deux groupes. Le premier comprend des enfants petits, misérables, nés ordinairement avant terme, chez lesquels les signes évidents du mal se manifestent dans un temps relativement court après la naissance; les autres sont bien conformés, vigoureux, ils se développent mal au début, mais bientôt leur croissance fait des progrès normaux; chez eux la coloration des téguments a un aspect cachectique (1), tandis que le pannicule adipeux ne laisse rien à désirer. Mais plus tard apparaissent les manifestations de la syphilis.

Les localisations les plus frappantes de la maladie héréditaire sont

(1) Trousseau attribue aux syphilitiques héréditaires un teint bistré spécial comme si « on avait passé sur les traits une légère couche de marc de café ». Ce teint est loin d'être la règle, surtout chez les enfants nourris au sein. Les caractéristiques du *facies hérédo-syphilitique* du nourrisson sont: les fissures labiales, les croûtes bouchant l'orifice des narines, avec ou sans écoulement nasal, les éruptions maculo-papuleuses autour des lèvres et sur le menton, l'état squameux et bistré de la peau, des sourcils qui sont rares et clairsemés. (L. G.)

celles de la *peau*. On peut observer toutes les formes de syphilides qu'on rencontre chez les adultes, et une forme plus spéciale à l'enfance qui a l'aspect de l'eczéma humide. Certains enfants présentent des taches brunâtres, rougeâtres, brun foncé qui couvrent la peau du visage, du tronc, les mains et la plante des pieds (*syphilide maculeuse*); chez d'autres, ces taches font une légère saillie et forment de véritables papules de couleur brune, brun rouge ou sale; l'épiderme se détache facilement au niveau des papules en laissant à nu une surface humide, à peu près circulaire (*syphilides papuleuses*).

D'autres fois les papules se couvrent de squames épidermiques sèches qui se détachent facilement et ressemblent aux squames de psoriasis des adultes (*syphilides squameuses*): dans ces conditions, le sommet de la papule, ordinairement élevé, présente très souvent une dépression irrégulière en forme d'assiette, légèrement brillante.

Toutes ces formes s'étendent à tout le corps et se localisent particulièrement sur le front, la paume des mains et la plante des pieds. On rencontre encore des éruptions vésiculeuses et bulleuses. Les *vésicules* souvent petites atteignent à peine les dimensions d'un petit pois et sont remplies d'un liquide trouble; elles siègent profondément dans la peau au-dessus de laquelle elles s'élèvent un peu, ou bien ce sont des *bulles* volumineuses, rondes, véritables bulles de *pemphigus* (1), qui se crèvent par places en laissant à nu une surface humide ou suppurée recouverte parfois par l'épiderme desséché. Il se forme aussi dans la peau de véritables *nodules* profonds: ce sont de petites élevures rondes, rouges, élastiques et rénitentes, pénétrant assez profondément dans la peau jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané.

Les formes *pustuleuses* ne sont pas très rares: elles prennent l'aspect de l'ecthyma; arrondies, peu saillantes, remplies de pus, elles

(1) Le pemphigus syphilitique est la manifestation cutanée la plus précoce, puisqu'elle peut exister à la naissance et même au 7^e mois de la vie intra-utérine, son siège constant est la paume des mains et la plante des pieds. Le *pemphigus simple des nouveau-nés* est à distinguer du précédent, les caractères suivants suffisent: il n'existe jamais à la naissance et ne paraît guère avant le 20^e jour; il ne débute jamais par la plante des pieds ou la paume des mains, mais plutôt par le cou et le haut de la poitrine; les bulles, au lieu d'être d'emblée purulentes, ne se troublent qu'au bout de quelques jours. (Pour la classification des manifestations cutanées voyez JACQUET, *Gaz. des hôp.*, mai 1889, nos 57 et 60.) (L. G.)

crèvent bientôt et se couvrent d'une croûte ronde, épaisse, de couleur brune; quelquefois les pustules isolées se réunissent et forment une surface croûteuse plus vaste.

A côté de ces processus plus ou moins superficiels, ou profonds, la syphilis donne lieu à des *eczémas impétigineux* occupant quelquefois de larges surfaces sur le cuir chevelu, le nez, les lèvres. Ordinairement les sécrétions de cet eczéma sont abondantes, de sorte que les masses desséchées forment des croûtes épaisses jaunes ou jaune brunâtres ou verdâtres. Sous ces croûtes, suinte un pus liquide qui, irritant le chorion sous-jacent, contribue à former des ulcérations quelquefois assez profondes. C'est sous cet aspect repoussant que se présentent à la polyclinique ces enfants amaigris, misérables, couverts d'éruptions cutanées étendues.

Le tissu cellulaire sous-cutané ne reste pas indemne; des furoncles multiples s'ouvrent en différentes régions du corps et épuisent progressivement les malades par leur suppuration prolongée; quelquefois ces furoncles deviennent confluents et, après avoir détruit la peau, forment des abcès profonds, étendus, sécrétant un pus liquide, d'odeur fétide. J'ai eu l'occasion d'observer chez un enfant hérédo-syphilitique âgé de 9 ans, des ulcérations multiples de cinq à dix centimètres de long sur cinq à six de large, les unes ovales, les autres rondes et couvertes de croûtes épaisses de couleur rouge brun foncé (*rupia*). D'après le médecin qui soignait l'enfant, la maladie durait déjà depuis des années. Le petit malade était amaigri, squelettique; il avait en même temps une néphrite grave à laquelle il a succombé au milieu de symptômes urémiques.

Les *ongles* des enfants hérédo-syphilitiques présentent des stries transversales profondes occupant toute la largeur et lui donnant un aspect inégal, comme cassé au milieu. Les suppurations de la matrice de l'ongle (onyxis) s'observent également.

Parmi les *muqueuses*, ce sont surtout celles du nez, de la bouche et de la gorge qui sont atteintes; viennent ensuite les régions où les muqueuses se continuent avec la peau. On trouve quelquefois sur les lèvres et aux angles de la bouche, mais surtout sur la face interne des grandes lèvres, des rhagades multiples ou une véritable éruption papuleuse humide (condylomes) ou des ulcérations plates, quelquefois profondes, à bords indurés. Les plaques muqueuses de la bouche e