

Le liquide qui s'échappe au dehors reste sanieux, purulent, et mêlé de stries sanglantes; mais les hémorrhagies, même très peu abondantes, sont plus rares qu'au début.

Le temps que les accidents mettent à parcourir ces diverses périodes est extrêmement variable : tantôt c'est après quelques semaines, tantôt c'est au bout de plusieurs mois qu'on observe les lésions extrêmes. Le plus souvent, et sans qu'aucun traitement soit venu l'entraver, la lésion s'arrête d'elle-même, et les os ne sont pas compromis.

De cette irrégularité dans la marche des symptômes il résulte qu'on a l'occasion d'observer les altérations anatomiques à des degrés différents, un état peu avancé du coryza pouvant répondre à des accidents généraux qui entraînent la mort. On trouve d'abord la membrane muqueuse épaissie, plus ou moins ramollie, d'une coloration plutôt bistrée ou livide que rouge-inflammatoire, sans traces d'ulcérations ou de cicatrices, sans rien qui explique les fréquents saignements de nez. Plus tard, des ulcérations ordinairement petites et nombreuses, d'une profondeur variable, se dessinent en différents points; elles peuvent pénétrer jusqu'aux os, en provoquer la carie, détruire partiellement le vomer, les cornets, et à la suite de ces graves lésions, entraîner la nécrose même d'une portion du maxillaire. Dans des cas encore plus rares, on voit les altérations se rapprocher de la forme scrofuleuse; la cloison cartilagineuse se perfore; la lame perpendiculaire de l'ethmoïde se convertit en un tissu semi-cartilagineux, se gonfle et devient comme fongueuse. Il est facile de comprendre la liaison de ces désordres anatomiques avec les symptômes que nous avons énumérés.

Telle est la marche, telles sont les dernières conséquences du coryza syphilitique. Limité communément aux fosses nasales, il peut, avons-nous dit, se propager jusqu'au pharynx, quelquefois même il atteint le larynx et donne naissance à des troubles qui n'offrent rien de spécial. La voix s'altère, elle est rauque, sourde, presque nulle, comme dans le croup; la respiration est sifflante; lorsque l'enfant veut crier, la dyspnée s'exagère et

arrive presque à la suffocation. Nous n'avons vu que dans un cas l'affection laryngée déterminer des ulcérations; encore la coïncidence d'une diphthérie ne permettait-elle pas de rendre la syphilis responsable des plus graves accidents. La complication que nous signalons est d'ailleurs exceptionnelle, et les accidents secondaires affectent bien moins souvent les amygdales ou le larynx chez les nouveau-nés que chez les adultes.

Quelques observateurs, entraînés par leurs idées théoriques, plutôt que dirigés par l'examen des malades, ont prétendu que les ophthalmies blennorrhagiques se liaient, comme effets ou comme causes, aux altérations de la membrane muqueuse des fosses nasales. Les dispositions anatomiques des parties et la double ouverture des conduits lacrymaux leur fournissaient une explication raisonnable. Leurs assertions nous semblent dénuées de tout fondement.

L'inflammation des paupières ou de la conjonctive est indépendante du coryza, et s'il existe entre les deux organes une voie de communication, il est hors de doute, pour nous, que les accidents ne la suivent jamais. Qui ne sait d'ailleurs combien les affections syphilitiques ont peu de tendance à se propager en suivant la continuité des tissus, et combien elles diffèrent, sous ce rapport, des phlegmasies légitimes?

En résumé, le coryza, si toutefois ce nom convient à l'affection que nous venons de décrire, est un des signes les plus fréquents et les plus caractéristiques de la syphilis. Il produit une sécrétion de matière d'abord muqueuse, plus tard sanieuse et purulente, des écoulements de sang plus ou moins fréquents et souvent copieux; il se termine par la carie des os du nez et la déformation de l'organe. Il mérite d'autant mieux d'entrer dans les éléments essentiels du diagnostic, qu'aucune autre maladie que la vérole ne s'accompagne des mêmes symptômes.

Un fait presque aussi constant et sur lequel l'attention a déjà été éveillée doit en être rapproché; nous voulons parler de la teinte spéciale que revêt ou le visage ou même le corps entier du malade. Doublet avait déjà remarqué combien les enfants atteints de

la maladie vénérienne changeaient d'aspect et de physionomie; ses collègues avaient répété la même observation, et tous rapportaient à une cachexie avancée la modification si notable qu'ils signalaient. La syphilis, en effet, entraîne chez les enfants nouveau-nés un dépérissement graduel, sur lequel nous aurons à revenir; elle agit sur eux à la manière des affections chroniques, dont le propre est d'être d'autant mieux tolérées, qu'elles frappent un sujet plus avancé en âge. Jusque-là rien de spécifique : c'est l'application à un cas particulier d'une loi générale.

Mais, en étudiant le développement de cet état cachectique, on distingue bientôt deux périodes, l'une initiale et qu'on ne peut attribuer au progrès de la maladie, l'autre terminale, et qui le plus souvent est l'annonce d'une mort prochaine. Dès les premiers jours où les accidents vénériens se sont manifestés, avant que la santé se soit pervertie, et tandis que les fonctions s'exécutent avec leur pleine régularité, les enfants à la mamelle ont acquis une physionomie particulière dont l'analogue se retrouve dans certaines conditions de la vie des adultes.

La peau, et surtout celle du visage, perd sa transparence; elle devient terne, sans bouffissure, ni amaigrissement; sa coloration rosée disparaît, et est remplacée par une teinte bistrée : on dirait qu'une couche de matière colorante a été déposée inégalement.

La teinte bistrée manque rarement; elle varie quant à l'étendue, à l'intensité et à l'époque de son apparition. Tantôt elle occupe presque toute la surface de la peau, mais alors même elle se prononce davantage dans ses lieux d'élection; tantôt elle réside exclusivement au visage, tantôt, enfin, quelques points de la face, presque toujours les mêmes, en sont seuls affectés. En général, plus la teinte est diffuse, moins elle est fortement accusée. On la constate surtout au bas du front, sur le nez, sur les paupières, et sur la partie la plus saillante des joues; les portions plus profondes, comme l'angle interne de l'orbite, le creux de la joue et celui qui sépare la lèvre inférieure du menton, en sont presque toujours préservés. On ne saurait

cependant lui assigner de limites exactement régulières : ainsi, on la voit siéger exclusivement au pourtour de la bouche, sur l'éminence du menton, à la racine du nez, sur l'arcade sourcilière, affectant d'ailleurs de préférence, comme nous l'avons dit, les parties saillantes du visage.

Dans tous les cas, et lors même que la coloration spécifique est restreinte à une très petite étendue, le reste de la peau y participe à quelque degré; l'enfant devient pâle, blafard. Hunter et tous les anciens médecins ont noté un semblable phénomène dans la syphilis constitutionnelle des adultes; mais tandis que, chez les individus plus âgés, la teinte jaune manque souvent ou est trop peu accusée pour éclairer le médecin, chez les enfants à la mamelle, elle constitue, suivant nous, un signe précieux, et sur lequel nous n'hésiterions pas à affirmer l'infection vénérienne.

Son intensité est quelquefois si grande, qu'on pourrait comparer la couleur de certaines parties à celle des éphélides; le plus ordinairement elle est beaucoup moindre, et n'attirerait pas l'attention s'il ne s'y joignait une matité profonde de la peau, et si elle n'était inégalement répandue.

Le moment de son apparition, et l'intervalle du temps pendant lequel elle s'accroît, jusqu'à ce qu'elle ait atteint son maximum, sont très variables.

Sa place est marquée parmi les premiers des accidents secondaires, au même rang que le coryza et la roséole. Les renseignements fournis par la mère sont souvent infidèles, parce qu'elle ne s'en est aperçue qu'à une époque déjà avancée. La teinte bistrée, en effet, est précédée d'une pâleur générale qui rend son apparition moins sensible; elle s'accroît avec une certaine lenteur; son développement dure au moins une semaine. On verra, à l'occasion du traitement, avec quelle rapidité elle se dissipe.

Nous avons exposé avec détail les deux phénomènes qui précèdent, parce qu'ils sont pour nous d'une extrême importance, qu'ils se montrent des premiers; qu'ils sont nettement définis, et

aussi pour ne pas scinder ce que nous avons à dire des éruptions cutanées, sujet difficile auquel on ne saurait consacrer trop de développement, et où il importe, faute d'unité dans les symptômes, d'apporter au moins l'unité de la description.

Presque tous les types d'affections cutanées sont représentés dans les syphilides des enfants aussi bien que dans celles des adultes. Cependant, de ces lésions qui pour nous sont des symptômes, les unes sont rares, insuffisantes pour le diagnostic; seules, elles n'autoriseraient jamais un médecin prudent à affirmer la spécificité de la maladie. Les autres se montrent fréquemment, affectent des formes déterminées ou déterminables, siègent aux mêmes lieux anatomiques, et, si elles ne suffisent au diagnostic, donnent au moins matière à de justes présomptions. Ces dernières méritent un sérieux examen, peut-être même sont-elles les seules qu'il importe de rappeler au médecin. En effet, de leur fréquence même il résulte qu'elles accompagnent presque toujours, qu'elles précèdent le plus souvent les exanthèmes moins caractérisés, et fournissent seules les indications du traitement.

Après avoir examiné un grand nombre d'enfants syphilitiques, et quelque habitude que nous ait donnée l'expérience, nous ne craignons pas de dire que certaines éruptions, si elles se montraient séparées de leurs congénères, nous laisseraient des doutes insolubles; et cependant, il n'est peut-être pas un nouveau-né affecté d'accidents secondaires sur la maladie duquel nous hésitions à nous prononcer. C'est qu'à côté des lésions indécises, il s'en trouve de mieux accusées qui portent avec elles le cachet de l'infection vénérienne.

Les plus grandes obscurités, et chacun sait celles qui règnent encore aujourd'hui dans l'histoire des syphilides, viennent de ce qu'on a voulu trouver des caractères distinctifs où l'observation n'en signale pas. Or, il ne s'agit pas, et nous ne saurions trop le redire, étant donnée une altération de la peau, de l'incorporer dans son genre comme une espèce naturelle, mais de déclarer si un enfant qui porte toujours un certain nombre de ces espèces est ou non atteint de vérole. Le traitement est uniforme pour

toutes les variétés; par conséquent le diagnostic, qui n'est que l'introduction au traitement, n'a pas besoin d'être complexe.

En se renfermant dans ces termes, la première question est celle-ci: Existe-t-il des signes généraux qui permettent d'affirmer la nature spéciale d'une éruption quelconque? La couleur cuivrée, brunâtre des taches, la teinte sombre des croûtes qui se développent, la disposition circulaire, qu'on a données comme des caractères distinctifs chez l'adulte, se rencontrent-elles également chez l'enfant nouveau-né?

Quelquefois très manifeste, la coloration des taches est souvent peu prononcée; dans certains cas, elle n'offre rien de spécial. En général, on peut dire que les enfants vigoureux, bien nourris, qui, malgré l'infection, ont conservé une santé florissante, sont ceux où la teinte cuivrée est la moins apparente; souvent aussi ceux-là n'ont pas le visage *enfumé* qui semble appartenir à un même ordre d'altérations. Certaines formes de l'éruption secondaire ne sont presque jamais cuivrées: ainsi les pustules plates, les tubercules muqueux des environs de l'anus; d'autres présentent ordinairement cet aspect à un haut degré. Nous avons parlé longuement de la teinte générale que prend la peau des nouveau-nés sous l'influence de la syphilis; nous avons montré comment cette coloration diffuse devenait plus foncée par places, et combien elle était alors significative. A une époque encore plus avancée de la maladie, l'épiderme qui recouvre les taches bistrées se détache par squames furfuracées, et cet état correspond à la teinte la plus sombre. Aucune affection de la peau, chez les très jeunes enfants, ne s'observe avec la même couleur ou sous les mêmes apparences.

Les ulcérations des membranes muqueuses, celles des fosses nasales en particulier, sont fauves et assez foncées, pour qu'on ne puisse les confondre avec les lésions non spécifiques. Malheureusement leur nature n'est démontrée que par les autopsies. Les ulcérations de la gorge, du voile du palais, de la cavité buccale, sont seulement rouges ou blanchâtres.

Lorsque des croûtes plus ou moins épaisses viennent à se for-

mer sur des ulcérations syphilitiques de la peau, elles sont en général brunes, parfois noirâtres. Peut-être peut-on s'en rendre compte par la marche de la maladie. Les ulcérations vénériennes des jeunes enfants sont presque toujours saignantes; on a vu le coryza provoquer des épistaxis; on voit de même, quoique moins abondamment, une sanie sanglante s'écouler des autres surfaces ulcérées. N'est-ce pas au mélange constant ou en quantité variable de sang avec les produits des surfaces ulcérées qu'il convient de rapporter cette coloration.

La teinte cuivrée n'est pas également sensible à toutes les époques du développement ou de la décroissance des accidents secondaires. On sait que, pour les adultes, elle se prononce davantage à mesure que les cicatrices remplacent les ulcérations, ou que les taches érythémateuses disparaissent. Il n'en est pas de même chez les enfants: les cicatrices qui succèdent aux éruptions de toute nature sont rouges violacées, mais prennent rarement la couleur ocreuse. Leur teinte livide est d'ailleurs assez marquée, assez spéciale même pour qu'on puisse la ranger parmi les caractères distinctifs. En général, elle persiste longtemps, dure des semaines entières, et succède même aux érythèmes. On voit alors la peau marbrée, vergetée comme durant les grands froids, non seulement après la disparition, mais même avant la venue des phénomènes secondaires.

Tels sont les indices vagues dans un grand nombre de cas, précis dans certains autres, qu'on peut tirer de la couleur de la peau. La disposition circulaire des éruptions n'offre rien qui mérite d'être mentionné.

Parmi les lésions cutanées auxquelles les enfants sont sujets, deux surtout doivent attirer l'attention du médecin, à cause de leur fréquence et de leur régularité: ce sont les fissures et les altérations remarquables des pieds et des mains. Viennent ensuite les syphilides proprement dites, qui coïncident habituellement avec les symptômes dont nous venons de parler.

Aux points où la membrane muqueuse du canal digestif se continue avec la peau, à l'orifice de la bouche comme à celui du rec-

tum, on observe des fissures plus ou moins rapprochées, et qui rayonnent en suivant la disposition des plis naturels de la membrane. Ces stries vont en diminuant de profondeur et par suite de largeur, à mesure qu'on s'éloigne de la membrane muqueuse; leur fond est d'un rouge vif saignant, leurs bords sont comme frangés et bordés d'un liséré irrégulier de sang qui s'y dépose et s'y coagule. De là leur couleur brune assez foncée, qui de loin donne à la bouche un aspect tout particulier. A l'ouverture anale, les fissures semblent creusées moins profondément, elles sont aussi plus pâles et se voient peut-être plus rarement.

Lorsqu'une vésicule ou une pustule s'est développée, comme il arrive si souvent à l'angle des lèvres, les parties environnantes se fendillent les premières, autrement, c'est par la ligne médiane inférieure et supérieure et par les angles qu'elles débutent; c'est là qu'elles se maintiennent avec le plus de persistance.

La cicatrisation est lente à s'opérer, soit que les mouvements de succion viennent l'interrompre, soit que ces lésions participent du peu de tendance à la curabilité que présentent les ulcérations vénériennes; quelquefois le fond devient comme fongueux, la marge s'épaissit, se relève et laisse voir à nu un tissu mou, saignant, rarement violacé.

Les fissures des lèvres accompagnent presque toujours des éruptions vésiculeuses ou pustuleuses situées dans le voisinage; elles apparaissent plus tard que le coryza, en même temps que la teinte bistrée du visage ou même auparavant. Lorsqu'une pustule lui a donné naissance, la fissure favorise son accroissement, et prépare en quelque sorte la voie à une ulcération plus étendue et plus profonde.

Ces accidents ne manquent pas de gravité; ils occasionnent aux enfants de vives douleurs qui les empêchent de téter, quelques-uns refusent même le sein. Le coryza, en rendant la respiration laborieuse, ajoute encore une nouvelle difficulté. L'enfant se nourrit peu ou se nourrit mal, et la cachexie à laquelle l'infection vénérienne l'avait prédisposé s'augmente par le défaut d'une alimentation réparatrice. Souvent on voit alors le muguet,

suite d'une mauvaise nourriture, envahir la membrane muqueuse de la bouche, et par continuité les ulcérations extérieures.

Une question grave, mais que nous devons nous contenter d'énoncer pour ne pas dépasser les limites d'une simple description, se rattache encore à la présence des fissures des lèvres. N'existe-t-il pas des observations d'où on serait porté à conclure que ces lésions locales se transmettent à la nourrice par l'inoculation la plus directe, et entraînent chez elle des altérations du même ordre, quelquefois assez intenses pour détacher le bout du mamelon?

Les pieds et les mains sont également le siège de désordres caractéristiques; soit qu'il faille l'attribuer à la nature des tissus affectés, soit qu'on doive le rapporter à toute autre cause, les éruptions secondaires y revêtent des formes distinctes.

On ne saurait attacher trop d'importance à signaler les lieux d'élection des syphilides. Souvent, en effet, des symptômes, insuffisants partout ailleurs, deviennent significatifs en raison des organes où ils se produisent. C'est ainsi que les affections squameuses observées sur la face ou sur le tronc ne permettraient pas de préjuger l'infection vénérienne, tandis qu'à la paume des mains, à la plante des pieds, elles sont des indices rarement infidèles. Une autre circonstance impose encore l'obligation d'étudier isolément les accidents qui surviennent aux extrémités des membres. Ils ont là un aspect particulier, et leurs phases ne suivant pas les règles ordinaires, il serait impossible de les faire rentrer dans une description générale. La syphilis d'ailleurs n'est pas la seule maladie des enfants nouveau-nés où l'état des pieds et des mains fournisse de précieux renseignements.

On doit distinguer, dans le développement de ces altérations locales, deux périodes d'une durée indéterminée, mais dont l'une, et c'est la première, peut être si courte qu'elle échappe presque à l'observateur.

D'abord la peau qui revêt la paume des mains et la plante des pieds est rugueuse; elle s'épaissit notablement, se ride et res-

semble assez exactement à celle des femmes qui lavent le linge dans de fortes solutions de potasse. En même temps, ces parties se tuméfient et deviennent plus ou moins rouges; d'autres fois, au lieu d'une rougeur même légère, les surfaces palmaires et plantaires sont pâles, jaunâtres; l'épiderme est durci, son épaissement est alors plus notable, et le derme lui-même paraît participer à l'induration. Dans tous les points qui correspondent aux articulations et par conséquent aux plis naturels de la peau, on voit des fissures profondes ulcérées ou non; le pli du poignet n'en est pas plus exempt que ceux des phalanges. Le mal reste ainsi stationnaire durant un temps en général assez court; plus tard, des squames épidermiques peuvent se former et se renouveler; mais cette forme de psoriasis n'est que passagère. Au bout de quelques jours, les squames, s'il s'en était produit, cessent d'être sécrétées; l'épiderme se détache par plaques, et les surfaces prennent un nouvel aspect qui constitue pour nous le second degré.

Le gonflement a disparu, les doigts et les orteils sont mous; l'épiderme endurci a été remplacé par un épiderme de nouvelle formation, si mince qu'on serait au-dessous de la vérité en le comparant à la pelure d'oignon. Lorsqu'on presse la peau, on voit se former une infinité de sillons extrêmement rapprochés, comme sur certaines cicatrices récentes; parfois une partie du membre, le talon, par exemple, reste encore couverte de son enveloppe squameuse, tandis que le reste en est dépouillé. Qu'ils aient été précédemment pâles ou rouges, les pieds et les mains deviennent invariablement livides sans teinte cuivreuse: c'est surtout à l'extrémité des phalanges, autour des ongles, que la coloration violacée est intense; l'ongle lui-même se ramollit, le tissu sous-jacent est fortement injecté. Il n'est pas rare que de petites ulcérations se développent, que des tournioles occupent un ou deux doigts; mais cette dernière complication n'est pas liée d'une manière intime aux phénomènes précédents; elle s'observe dans beaucoup d'autres circonstances et paraît dépendre surtout de l'état général du sujet.