

Dans le plus grand nombre des cas, cependant, l'enfant qui hérite de la syphilis a tout d'abord les apparences de la santé, et c'est seulement quelques semaines plus tard qu'il présente les signes accusateurs du mal qui lui a été transmis par ses parents. Habituellement, comme l'établit H. Roger, c'est du premier au troisième mois de la vie extra-utérine que la syphilis se manifeste chez l'enfant nouveau-né; le témoignage des autorités et celui des faits s'accordent sur ce point. Nisbett, Doublet, Mahon, Babington, Gilbert, Huguier, Bouchut, Bardinet, Desmarres (1), affirment que les symptômes de la syphilis héréditaire surviennent entre quelques jours et deux ou trois mois; la dernière limite, mais tout à fait exceptionnelle, serait de sept mois pour Trousseau et Lasègue, de un an pour Cullerier. Les faits parlent avec non moins de rigueur. Sur un total de 249 observations (2), où la date des premiers accidents se trouve notée avec soin, 118 fois la syphilis s'est montrée dans le premier mois, 217 fois avant la fin du troisième, et cette limite du troisième mois n'est dépassée que chez 32 malades; c'est-à-dire que, dans près de la moitié des cas, l'affection syphilitique transmise par les parents s'est manifestée avant le premier mois révolu, et avant le troisième dans les 7/8 des cas; la portion des syphilis où cette période du premier trimestre de la vie était dépassée a été trouvée de 1/8 seulement: d'où cette conclusion que, si le médecin n'a point de renseignements sur la source où la syphilis a été puisée, ou s'il doute de l'authenticité des renseignements, il pourra, en s'en rapportant au calcul des probabilités, décider que la syphilis d'un enfant est héréditaire ou acquise, suivant qu'elle se sera manifestée avant ou après le troisième mois de la vie (Roger).

Telle est la règle, mais ce serait une erreur de penser que la syphilis héréditaire n'apparaît plus après cet espace de temps. Il est des faits dans lesquels cette affection, après être restée latente pendant un certain nombre d'années, a fini par se révéler, comme il arrive pour la plupart des maladies constitutionnelles, par des manifestations plus tardives et un peu différentes des précédentes. On est conduit à se demander si les individus atteints de syphilis héréditaire tardive ne sont pas héritiers de parents infectés depuis longtemps et déjà arrivés à la période tertiaire au moment de la conception. Les faits, jusqu'ici incomplets, ne permettent malheureusement pas de savoir ce qu'il pourrait y avoir de vrai dans une semblable hypothèse; mais comme les déterminations locales diffèrent en général suivant que la syphilis héréditaire se manifeste dans les premiers temps de la conception, quelques semaines après la naissance, ou plus tardivement, il en résulte que nous devons étudier dans des chapitres séparés les manifestations de la syphilis héréditaire, que nous diviserons en syphilis fœtale, syphilis infantile et syphilis tardive ou de l'adulte.

(1) Desmarres, *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 626.

(2) H. Roger, *Union méd.*, 31 janvier 1865, p. 203.

## ARTICLE I. — SYPHILIS FOETALE; AVORTEMENT.

La syphilis manifeste son action sur le fœtus, ou bien directement en altérant ses organes, ou bien indirectement par des lésions des membranes indispensables à son existence. Le résultat ordinaire de ces altérations est l'avortement.

*Étude anatomique.* — Les lésions des enveloppes, peu étudiées malgré leur importance, sont jusqu'ici incomplètement connues. Lebert (1) signale l'existence, entre le feuillet amniotique et le placenta, de granulations jaunes ayant la structure du tubercule; mais, plus tard, il hésite à attribuer une origine syphilitique à ces lésions (2). Simpson (3) ne fait jouer qu'un rôle accessoire à la syphilis dans la production de l'asphyxie du fœtus liée à une altération du placenta. Mackensie (4) a constaté la présence d'une couche fibrino-graisseuse épaisse entre les membranes fœtales; mais on se demande si la syphilis est la cause de ce dépôt.

Les observations de Wilkinson King rapportées par Wilks (5) donnent lieu au même doute. Tous ces faits pourtant ne sont pas sans valeur, ils indiquent au moins la fréquence des lésions placentaires chez les femmes syphilitiques. Ces lésions, suivant Virchow (6), intéressent la partie maternelle ou la partie fœtale du placenta, et s'il est douteux que cette dernière puisse être primitivement affectée, il n'en est pas de même de la première. Elles se présentent sous deux formes, l'une diffuse, l'autre circonscrite. La forme diffuse, caractérisée par l'épaississement avec induration fibreuse du placenta parfois adhérent à l'intérieur, se termine en général par l'atrophie des villosités (7). La forme circonscrite revêt une apparence papuleuse ou condylomateuse, et les excroissances ou végétations polypeuses qui la constituent sont un tissu muqueux organisé et riche en vaisseaux (*Endometritis decidua*). Meissner (8) considère la syphilis comme une cause d'hydramnios.

Les altérations du fœtus varient avec l'âge. Le fœtus mort dans les premiers mois de la conception est ordinairement dans un état de macération plus ou moins avancée, vraisemblablement en rapport avec le temps écoulé entre sa mort et son expulsion. L'épiderme est ramolli, soulevé en divers endroits

(1) Lebert, *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1852, t. II, p. 127.

(2) *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 242.

(3) Simpson, dans *Obstetric Memoirs and contribut.*, Edinburg, 1856, vol. II, p. 456.

(4) Mackensie, dans *Association medical Journal*, 1854, n° 97.

(5) S. Wilks, dans *Guy's hospital Reports*, sér. III, vol. IX, p. 60.

(6) *Die Krankhaften Geschwülste*, t. II, p. 478. — Comparez : Kronid Slavjanski, *Endometritis placentaris gummosa*, Prager Vierteljahrscr. t. CIX, p. 130, 1871.

(7) Le docteur Braunn, cité par Wedl, *Grundzüge der pathologischen Histologie*, p. 305, Wien, 1853, rapporte le cas d'une infiltration diffuse de tissu conjonctif de nouvelle formation dans le chorion d'une femme affectée de syphilis. La conséquence de cette lésion fut l'atrophie du chorion et l'avortement.

(8) E. A. Meissner, *Ein. Bemerk. und Beobacht. über Hydramnios*, Monatschrift für Geburtsheilkunde, XXXII, p. 17, 1868. — Comparez : A. Bourgarel, *Archives de médecine navale*, t. X, p. 115.

par une sérosité trouble ; le derme n'est pas enflammé, mais parfois légèrement ecchymosé. Dans les cas où l'œuf sort tout entier sans déchirure des membranes, le liquide amniotique est fétide, trouble, foncé ou brunâtre. Les organes internes, peu avancés en putréfaction, sont simplement ramollis, et ne présentent aucune altération appréciable, surtout dans les premiers mois de la grossesse. Plus tard, on constate des lésions diverses, principalement des adhérences ligamenteuses des viscères de l'abdomen, soit entre eux, soit avec la paroi abdominale (péritonite). L'avortement qui a lieu dans les derniers mois de la grossesse donne un produit en général amaigri, relativement petit, et dont la surface cutanée, parfois semée de points ecchymotiques, est rarement le siège d'éruption. Pourtant, les membranes séreuses des cavités pectorale, crânienne et abdominale sont le plus souvent infiltrées de taches ecchymotiques, et quelquefois le parenchyme des poumons, des reins, des capsules surrénales, du cerveau lui-même, est le siège d'extravasations sanguines. Outre les adhérences qu'ils contractent avec les parties voisines, le foie et la rate, les capsules surrénales et le thymus sont régulièrement augmentés de volume, et, dans quelques cas, ils présentent des foyers circonscrits d'inflammation diffuse ou gommeuse ; les os sont parfois atteints de périostites et les cartilages articulaires sont décollés. Inutile d'insister sur ces lésions, qui, en somme, sont peu différentes de celles qui font partie de la syphilis infantile.

*Étude symptomatique.* — Les symptômes de la syphilis fœtale ou intra-utérine s'observent surtout du côté de la mère, puisqu'on ne peut apprécier directement l'état de l'enfant, si ce n'est après sa naissance ; ils comprennent la transmission de la syphilis du fœtus à la mère et l'avortement.

L'infection de la mère par le fœtus, généralement admise à une époque où la transmissibilité des accidents secondaires était tombée dans l'oubli, exige aujourd'hui un examen plus attentif que celui qu'on lui a accordé. Le criterium indispensable de ce mode de contagion est l'absence de tout phénomène extérieur local, et l'apparition d'emblée d'accidents secondaires à un moment particulier de la grossesse. Indépendamment des cas rassemblés par divers auteurs, Hutchinson notamment (1), et qui paraissent présenter ces conditions nécessaires, Baerensprung a rapporté des faits laissant peu à désirer sur ce point délicat, à cause de l'époque d'apparition des manifestations. Effectivement, cet auteur a observé des femmes qui, sans accident syphilitique préalable, ont présenté, pendant le cours du troisième mois de la grossesse, vers la dixième semaine, c'est-à-dire immédiatement après le temps nécessaire à l'éclosion des accidents secondaires, des phénomènes syphilitiques généraux. Le développement de la syphilis dans ces conditions, lorsqu'il n'est précédé d'aucune lésion locale, et quand il est possible de s'assurer que cette maladie n'a pas existé antérieurement, est donc un indice de l'infection syphilitique du fœtus.

L'avortement est une autre manifestation de la syphilis héréditaire. Signalé dès le XVII<sup>e</sup> siècle par divers syphiligraphes ou accoucheurs, cet accident a été

(1) Jon. Hutchinson, *Transmission de la syphilis du fœtus à la mère*, Med. Times and Gaz., 1856, et Gaz. méd. de Paris, 1857, p. 646.

l'objet d'une attention spéciale de la part de B. Bell, qui tend à mettre la syphilis au nombre de ses causes les plus fréquentes. Suivant Potton, l'avortement se produit dans la dixième partie des cas de syphilis héréditaire, il aurait lieu une fois sur neuf, d'après une statistique d'Arneth, Weber (1) est arrivé, toujours par la statistique, à la conclusion que la syphilis exerce une minime influence sur la durée de la grossesse, tandis que Whitehead compte sur 256 femmes affectées de syphilis, 117 avortements. Quoiqu'il en soit de la valeur de ces données statistiques, susceptibles de varier suivant les traitements employés (2), la fréquence de l'avortement dans la syphilis héréditaire ne peut être contestée. Le moment de sa production est variable. On voit quelquefois des femmes, après un retard, être prise d'une hémorrhagie, qui, malgré l'absence de l'œuf, ne trahit pas moins un avortement. Mais, en général, c'est après le quatrième mois, et surtout vers le sixième et le septième que cet accident survient, tantôt à la suite d'une lésion des enveloppes tantôt, et le plus souvent, par le fait de l'infection syphilitique du fœtus et des lésions matérielles qui en sont la conséquence. Les observations de Baerensprung et de quelques autres syphiligraphes tendraient à prouver que l'avortement est tout à la fois plus précoce et plus fréquent si le père est, plutôt que la mère, l'auteur de la syphilis de l'enfant ; mais il est des observateurs qui pensent le contraire. Quelle que soit d'ailleurs la source de l'infection, le père, la mère, ou tous deux ensemble, l'avortement est loin d'être toujours unique ; on peut dire qu'il n'est pas rare de voir trois, quatre, cinq et six couches aboutir inévitablement, soit à l'avortement, soit à la naissance d'enfants syphilitiques. Un fait digne de remarque et sur lequel Diday a fixé l'attention, c'est l'affaiblissement graduel du virus fœticide, affaiblissement qui, chez une même femme ayant plusieurs couches successives, se traduit sur les fœtus syphilitiques par la durée de plus en plus grande de la vie intra-utérine.

Les faits sur lesquels repose cette loi de décroissance sont nombreux. Bertin en a rapporté un des plus remarquables, où l'on voit le premier enfant naître à six mois, le second à sept, le troisième à sept mois et demi, le quatrième venir à terme, mais ne survivre que dix-huit heures, le cinquième, à terme aussi, vivre six semaines, enfin le sixième vivre quatre mois sans traitement. Roger a vu un cas non moins intéressant où il y a eu d'abord une fausse couche à huit mois et demi, à une seconde parturition, accouchement d'un enfant mort, à une troisième, mort de l'enfant quatre mois après la naissance, à une quatrième, mort de l'enfant à huit mois ; à une cinquième, l'enfant était encore vivante et bien portante à dix-sept mois. Quelques faits contraires, c'est-à-dire concernant des avortements successifs à des époques de moins en moins avancées de la grossesse, existent aussi, mais ils sont trop peu nombreux pour invalider la loi. Diday les explique en admettant que, dans le principe, un seul parent, le père, était infecté, et que, plus tard, la mère l'ayant été à son tour, le fœtus a dû subir l'influence morbifique des deux parents.

(1) F. Weber, *De l'infl. de la syphilis constit. sur la gravidité*, Berlin. klin. Wochenschrift, n° 1, et Gaz. hebdom., 1870.

(2) Voyez Julius Lowy, *Beobacht an einer Reihe von syphil. Schwangern*, Wien. med. Wochenschr. XIX, 39, 1869.

## ARTICLE II. — SYPHILIS INFANTILE.

Nous rangeons sous cette dénomination les accidents de syphilis héréditaire qui surviennent pendant l'enfance et souvent peu de temps après la naissance. Observés sur les différents points du corps, ces accidents doivent être étudiés dans chacun des grands appareils organiques.

## § 1. — Lésions du tégument externe; syphilides exanthématiques.

Les lésions cutanées de la syphilis héréditaire ne diffèrent pas sensiblement de celles qui font partie de la syphilis acquise. Elles consistent toujours en des éruptions érythémateuse, papuleuse, pustuleuse et vésiculeuse. Les tubercules sont rares, mais par contre la syphilide bulleuse est commune, elle est désignée sous le nom de pemphigus.

La roséole n'a été rencontrée qu'un petit nombre de fois. Bassereau a vu débiter le troisième jour après la naissance un érythème papuleux syphilitique qui bientôt après fut compliqué de coryza. Étendue sur presque tout le corps, l'éruption avait commencé au front et aux joues par des taches d'un rouge terne, qui prirent ensuite la teinte cuivrée et devinrent légèrement saillantes. Chez un nouveau-né de son service, Cullerier a également noté l'existence d'une roséole. Guérard, Landmann, A. Cooper, ont publié l'histoire d'enfants qui présentèrent au moment de leur naissance une éruption de taches fauves ou cuivrées. H. Roger rapporte plusieurs cas d'une semblable éruption, facilement reconnaissable à une teinte cuivrée caractéristique. Cette éruption, selon Diday, serait constituée par des taches d'un rose vif, irrégulièrement arrondies, d'une largeur variable (le plus souvent de celle de l'ongle). Ces taches siègent de préférence au ventre, au bas de la poitrine, au cou et à la face interne des membres; elles sont rarement isolées, et le plus souvent accompagnées d'ulcères de la bouche et de l'anus.

Les plaques syphilitiques sont, de tous les accidents cutanés, ceux qu'on a le plus souvent l'occasion d'observer chez l'enfant nouveau-né, et ce fait paraît avoir sa raison d'être dans la structure particulière de la peau à cette époque de la vie, et aussi dans le défaut de soins de propreté où se trouvent un si grand nombre d'enfants. Ces manifestations se montrent d'ordinaire dès les premiers jours de la naissance, plus rarement pendant la vie intra-utérine; elles ont leur siège d'élection sur les téguments voisins des ouvertures naturelles, et particulièrement au niveau des lèvres ou au voisinage de la bouche, à l'entrée des narines, à l'angle externe des commissures palpébrales, au pourtour de l'anus, sur les parties génitales des deux sexes. Elles apparaissent tantôt et le plus souvent sous forme de petits points rouges granuleux, qui bientôt se convertissent en des plaques saillantes, humides, blanchâtres, fétides, circonscrites par une auréole violacée, tantôt sous forme de gerçures ou de fissures plus ou moins profondes et humides et dont le fond ne tarde pas à prendre une teinte blanchâtre. Quel que soit, du reste, celui de ces deux modes qui prédomine, les plaques syphilitiques revêtent, principalement au

pourtour des orifices naturels, une disposition particulière qui a fait comparer la circonférence de l'anus à une sorte de couronne dentelée, et l'orifice buccal à une bourse serrée par son cordon. Comme chez l'adulte, ces accidents sont constitués chez l'enfant par les papilles tuméfiées, injectées, infiltrées de sérosité, de noyaux et de cellules de nouvelle formation, et par les glandes sébacées, dont la sécrétion est activée. L'intertrigo et l'impétigo des jeunes enfants sont à peu près les seules affections susceptibles de les simuler. Il suffit de savoir que des soins de propreté et quelques cataplasmes émollients font cesser rapidement l'intertrigo; quant aux croûtes jaunes, épaisses, confluentes, mal circonscrites de l'impétigo ordinaire, outre qu'elles diffèrent de la surface blanchâtre et humide des plaques muqueuses, elles laissent au-dessous d'elles le derme simplement enflammé et non ulcéré. Avec les plaques muqueuses coexistent, d'ailleurs, des taches d'un rouge foncé qui peuvent encore entrer en ligne de compte dans le diagnostic.

Les syphilides papuleuse, vésiculeuse, pustuleuse superficielle, sont, de même que la roséole, des accidents relativement peu fréquents dans le cours de la maladie qui nous occupe; peu de faits du moins, à notre connaissance, établissent jusqu'ici d'une manière bien certaine les caractères de ces accidents dans la syphilis héréditaire. Un observateur distingué, le docteur Roger, a vu un enfant de trois mois atteint de syphilide papuleuse, de roséole et d'ecthyma; il n'y avait chez cet enfant aucune autre manifestation, et la santé des parents était restée inconnue. J'ai observé moi-même deux cas de syphilide papuleuse chez des nouveau-nés; mais il n'en faut pas moins mentionner la rareté des éruptions exanthématiques, à part les plaques muqueuses, dans la syphilis héréditaire.

Les affections pustuleuses profondes, telles que l'impétigo et l'ecthyma, appartiennent en général à une période plus avancée de la maladie. L'impétigo syphilitique a pour siège ordinaire la face; la poitrine, le cou, les oreilles, les aines, sont des parties qui ne lui échappent pas toujours. Ce qui caractérise cet accident, c'est l'apparition de nombreuses pustules confluentes, qui s'ouvrent promptement et forment par l'évaporation rapide de la partie liquide du pus des croûtes jaunes, épaisses, saillantes. La peau que recouvrent ces croûtes ordinairement circonscrites par une auréole cuivrée est le plus souvent parsemée d'ulcérations grisâtres et peu profondes. Les caractères de ces ulcérations, et l'auréole qui les circonscrit sont les signes à l'aide desquels il est possible de distinguer l'impétigo syphilitique de l'impétigo simple, qui, du reste, occupe habituellement le cuir chevelu.

L'ecthyma syphilitique est chez le nouveau-né, comme chez l'adulte, un accident grave et fâcheux. Il se manifeste aux membres, et principalement aux jambes et aux fesses, par des taches violacées qui se convertissent ensuite en pustules sanguinolentes; bientôt ces pustules sont recouvertes par une croûte épaisse, noirâtre, entourée d'une auréole violacée, et cachant une ulcération profonde taillée à pic, susceptible de produire, en peu de jours, des ravages considérables. Bien que l'ecthyma puisse survenir quelquefois simplement à la suite des privations et de la misère, cette affection, néanmoins, reconnaît presque toujours une origine syphilitique. Le diagnostic en est difficile, selon