

## 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

Roger, et ce n'est que par les symptômes spécifiques concomitants qu'il est possible de juger de la nature véritable de cette éruption.

Le mot *pemphigus* (πέμφιξ, bulle) sert à caractériser une lésion cutanée constituée par des bulles d'un volume qui varie depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une noisette ou d'une noix. Cette lésion, analogue à celle que détermine à la surface de la peau l'application des cantharides, se rencontre peu chez l'adulte ; mais on l'observe fréquemment chez l'enfant, soit au moment de la naissance, soit quelques jours plus tard. Tandis que chez l'adulte elle est à peu près toujours indépendante de la syphilis, chez l'enfant, au contraire, elle coexiste le plus souvent avec des altérations dont l'origine syphilitique est incontestable, et pour cette raison on a voulu voir, depuis longtemps, une liaison causale entre le pemphigus des nouveau-nés et la maladie syphilitique.

Les ouvrages des anciens syphiligraphes ne renferment aucun passage qui paraisse se rattacher directement au pemphigus syphilitique, si ce n'est peut-être une citation de Rondelet. Doublet fait mention de pustules isolées, grosses, proéminentes, survenant aux mains, aux pieds, et particulièrement aux doigts des enfants nés de parents syphilitiques. En 1791, Wichmann (1) non-seulement décrit le pemphigus avec précision, mais l'un des premiers il lui assigna pour cause le vice syphilitique. Peu de temps après, en 1794, Osiander (2), dans un traité spécial, se refuse à admettre cette cause. Bertin parle à peine du pemphigus, et la description qu'en donne Stan. Gilbert (3) paraît se rapporter spécialement à la forme simple de l'affection. Dugès (4) insiste sur l'origine syphilitique du pemphigus, mais sans donner de faits concluants à l'appui de son opinion. Lobstein (5), Jörg (6), Kruss (7), rapportent des observations de pemphigus, dont ils nient l'origine syphilitique. Depaul (8), en 1837, fait entrer dans une phase nouvelle la question qui nous occupe, par le rapprochement qu'il établit entre le pemphigus des nouveau-nés et certaines lésions pulmonaires coexistantes. Valleix (9) étudie, de son côté, le pemphigus des nouveau-nés, et Crueveilhier (10) en rapporte plusieurs cas dans lesquels il constate l'existence d'une altération pulmonaire (pneumonie lobulaire) concomitante. En 1847, Stoltz, de Strasbourg, émet l'opinion que le pemphigus des enfants nouveau-nés est le plus souvent syphilitique, il se fonde sur trente cas par lui observés et dans lesquels il a pu trouver des accidents vénériens chez les parents. Hertle défend cette doctrine dans sa thèse inaugurale.

En 1851, s'élève sur cette affection, au sein de l'Académie de médecine, une

(1) *Beiträge zur Kenntniss des Pemphigus*. Erfurt, 1791.

(2) *Denkwürdigkeiten für die Heilkunde und die Geburtshülfe*, 1794, t. I, p. 383.

(3) Gilbert, *Monographie du pemphigus*. Paris, 1813.

(4) Dugès, *Recherches sur les maladies les plus importantes et les moins communes des enfants nouveau-nés*. Thèse de Paris, 1821.

(5) *Journal complément. des sciences méd.*, t. VI, p. 3, 1820.

(6) *Handbuch der Kinderkrankheiten*, 1826.

(7) *De pemphigo neo-natorum*, Bonnæ, 1834.

(8) Depaul, *Bulletins de la Société anat.*, 1837.

(9) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838.

(10) *Anatom. patholog. du corps humain*, 15<sup>e</sup> livraison.

discussion restée célèbre. Cazeaux y soutient, contre Paul Dubois, que le pemphigus plantaire et palmaire des enfants nouveau-nés n'est pas syphilitique ; mais les arguments dont il se sert pour nier toute liaison causale entre le pemphigus et la syphilis ne peuvent résister à ceux que donne le professeur Dubois, à savoir : l'existence habituelle de la syphilis chez les parents des enfants atteints de pemphigus, la coexistence fréquente de cette manifestation avec des lésions caractéristiques de la syphilis, et enfin la possibilité de la guérison par un traitement mercuriel.

Depuis lors, Desruelles (1), Fèvre (2), Bamberger (3), Ollivier et Ranvier (4), H. Roger (5), sont venus apporter de nouveaux faits à l'appui de la doctrine qui fait du pemphigus des extrémités une manifestation de la syphilis héréditaire. Défendue par Cazenave, Danyau, Devergie, Hugier, cette doctrine, acceptée par Lebert, Bouchut, Maisonneuve et Montanier, E. Vidal, est celle que nous adoptons. Pourtant, des hommes d'un grand mérite hésitent à se prononcer ou ne partagent pas l'opinion qui nous paraît la plus exacte ; les uns, comme Ricord et Gubler, font du pemphigus des nouveau-nés tantôt un signe de syphilis héréditaire, tantôt un signe de cachexie ; les autres, avec Trousseau et Lasègue, Gibert, Diday et Bazin, ne voient dans cet accident que l'expression symptomatique d'une maladie cachectique quelconque.

La portion du derme qui va devenir le siège de l'éruption laisse voir d'abord une vive congestion sous forme d'un cercle rouge foncé lie de vin, ou même une véritable saillie papuleuse. Les bulles ne tardent pas à apparaître, elles sont confluentes plutôt que discrètes, et le derme sur lequel elles reposent, plus ou moins profondément lésé, offre une teinte bleuâtre ou violette qui contraste avec la couleur rosée des autres parties. Opalines, blanchâtres ou jaunâtres, suivant la qualité du produit de sécrétion, elles varient quant à leur volume et peuvent présenter jusqu'à 1 centimètre et plus en diamètre. Leur contenu est un liquide albumino-fibrineux, au sein duquel nagent des globules de pus et des cellules épidermiques. Après un court intervalle de temps, la pellicule épidermique qui circonscrit la bulle se rompt, et le contenu s'en échappe ; il reste une légère ulcération suivie d'une cicatrice, ou bien le contenu se dessèche et forme des croûtes jaunâtres ou noirâtres qui persistent pendant un temps plus ou moins long. C'est dans ces conditions que les bords de la plaie, parfois relevés et arrondis, donnent au pemphigus quelques-unes des apparences de l'ecthyma.

Le pemphigus, suivant quelques observateurs, précéderait la naissance d'un

(1) Desruelles, Thèse de Paris, 1852.

(2) Fèvre, *Du pemphigus des nouveau-nés*. Thèse de Paris, 1855.

(3) Bamberger, *Beiträge zur Lehre vom Pemphigus* (*Wurzburg medicin. Zeitschr.*, tom. I, part. 1, 1870).

(4) Ollivier et Ranvier, *Du pemphigus des nouveau-nés*, dans *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1863-1864, t. XXVI, p. 554 à 607.

(5) H. Roger, dans *Union méd.*, 1865. — Comparez : *Bulletins de la Société anatomique*, années 1837, 1841, 1842, 1851, 1852, 1853, 1854. — P. Dubois, *Gaz. médicale*, 1850. — Cazenave, *Dict. en 30 vol.* — Hervieux, *Union médicale*, 1852. — Charrier, *Gaz. des hôpitaux*, 1854. — Vanverts, *Gaz. méd.*, 1861, p. 561. — Bouchut, *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, dern. édit. 1862. — Putegnat, *loc. cit.* Paris, 1864. — Dawosky, *Schmidt's Jahrb.*, t. CXXXVIII, p. 200. Voir enfin, pour plus de détails bibliographiques, le mémoire de MM. Ollivier et Ranvier.

laps de temps assez long pour que dans quelques cas l'on puisse voir, aussitôt que l'enfant est né, des vésicules déjà crevées et vides, à côté d'autres qui commencent à paraître et d'autres qui sont parvenues au terme de leur évolution; mais on peut croire qu'il s'agit alors de simples phlyctènes. Cette éruption se développe ordinairement un certain nombre de jours (8 à 15 en général) après la naissance, et s'observe chez des enfants qui jusque-là semblaient jouir d'une parfaite santé. Son siège mérite d'être précisé avec exactitude: la plante des pieds et la paume des mains (voyez pl. II, fig. 5) en sont les sièges de prédilection; rarement le pemphigus s'étend sur les faces dorsales de ces mêmes parties, et plus rarement encore il envahit d'autres points du corps. Dans tous les cas les régions plantaire et palmaire sont les premières atteintes, et cette particularité constitue en quelque sorte la marque caractéristique de l'affection. Le pemphigus, comme la plupart des éruptions syphilitiques, procède par poussées successives, ce qui accroît d'autant sa durée, et chaque bulle met quelques jours au plus à accomplir son évolution.

La mort, terminaison habituelle du pemphigus syphilitique, est généralement due aux lésions viscérales concomitantes et à la profonde cachexie dont elles sont la cause. Une diarrhée abondante, des vomissements, le muguet et un état de faiblesse progressive, tels sont les symptômes précurseurs de ce mode de terminaison.

Le diagnostic du pemphigus, en tant que lésion élémentaire, est facile. La difficulté est de savoir découvrir l'origine de cette manifestation et de saisir le lien qui peut l'unir à tel ou tel état diathésique. Sous ce rapport, il importe de tenir compte du siège de l'affection et de son époque d'apparition. Ainsi le pemphigus qui se développe au moment de la naissance ou quelques jours plus tard, et qui se limite à la paume des mains ou à la plante des pieds, est presque sûrement syphilitique; les autres espèces de pemphigus des nouveau-nés occupent indistinctement les différents points du corps, le tronc et les membres, et quelques-unes d'entre elles ont paru revêtir quelquefois un caractère épidémique. La connaissance des antécédents paternels et maternels vient en aide au diagnostic. L'ecthyma, qu'il n'est pas impossible de confondre avec le pemphigus, commence par de petites papules indurées qui suppurent et donnent lieu à des ulcérations profondes ou même phagédéniques. Le pronostic du pemphigus syphilitique, toujours sérieux, est d'autant plus grave que la cachexie est plus marquée.

La plupart des auteurs s'accordent à refuser une origine spécifique au pemphigus de l'adulte, et en effet cette éruption est extrêmement rare chez lui dans le cours de l'évolution syphilitique. Bassereau, cependant, a pu l'observer deux fois, et il a été conduit à en faire un accident de la syphilis acquise. Dans l'un des deux faits rapportés par cet observateur distingué, le pemphigus, survenu de neuf à dix mois après le début du chancre, coexistait avec des plaques muqueuses, il avait son siège à la paume des mains, il disparut sans laisser de traces.

Le tubercule syphilitique, autre manifestation de la syphilis héréditaire, est relativement peu commun. Bertin donne de cet accident une description très-vague, et Bassereau rapporte que trois enfants nés de parents syphilitiques furent atteints, peu de jours après leur naissance, de gros tubercules ou tu-

meurs sous-cutanées qui ne tardèrent pas à se ramollir et à s'ulcérer. Putégnat prétend que les nouveau-nés atteints de la vérole présentent quelquefois une affection cutanée caractérisée par des tubercules arrondis, mamelonnés, qui au bout d'un certain temps se ramollissent et s'ulcèrent. Les ulcérations gagnent en étendue et en profondeur, détruisant la peau et le tissu sous-jacent; elles se recouvrent d'une croûte épaisse, noirâtre et adhérente, qui chaque fois qu'elle vient à tomber laisse voir une perte de substance de plus en plus large et profonde. Pour ce motif l'auteur donne à cette affection le nom de *lupus syphilitique des nouveau-nés*. Sur le corps d'un enfant qui venait de naître, Virchow (1) trouva des tubercules disséminés de chacun desquels partait un cordon lymphatique relativement volumineux, et, au bras gauche, tous ces cordons allaient aboutir à un ganglion. Les tubercules de la peau et ceux du tissu cellulaire sous-cutané ont été, chez les jeunes enfants, étudiés par Rinecker (2). Ces derniers ne paraissent pas avoir échappé à Doublet et à Mahon; il y a lieu, en effet, de songer à ces tubercules dans les cas de tumeurs suppurées mentionnés par ces observateurs.

L'onyxis, dont il a été question à propos de la syphilis acquise, n'est pas absolument étranger à la syphilis héréditaire. Doublet, parlant des pustules isolées des doigts, ajoute: « Quelquefois elles sont placées de manière à chasser les ongles. Un enfant, entre autres, a perdu tous les ongles d'une main et trois d'un pied. » Albers a observé un enfant qui offrait, peu de temps après sa naissance, une petite pustule vers l'ongle du pouce gauche. Bertin a vu deux fois les ongles des pieds et des mains tomber à plusieurs reprises, par suite de la suppuration de la matrice de l'ongle. Gerhardt (3) rapporte un exemple très-analogue: chez un nouveau-né syphilitique, les ongles des pieds et des mains, peu à peu atrophiés et en apparence plus longs et plus étroits, tombèrent pour faire place à des ongles sains, qui subirent bientôt la même altération, et ainsi de suite trois fois successivement. Bouchut a vu un petit malade dont les doigts des mains et des pieds étaient atteints de cette même affection. Comme dans la syphilis acquise, la chute de l'ongle est ici un phénomène purement secondaire et toujours subordonné à l'état de la matrice unguéale modifiée par l'accident éruptif.

#### § 2. — Lésions du tégument interne, syphilides énanthématiques.

L'effet le plus habituel de la syphilis héréditaire sur le tégument interne est la plaque muqueuse; viennent ensuite des érythèmes et des ulcères plus ou moins profonds. Rares sur la langue et à la partie interne des joues, les plaques muqueuses sont plus fréquentes au niveau de l'isthme du gosier, sur le voile du palais et sur les amygdales. Dans ces divers points, où elles ne diffèrent pas notablement, ces lésions se retrouvent avec des caractères peu différents de ceux qu'elles présentent chez l'adulte, savoir même teinte opaline, même cercle violacé ou rougeâtre périphérique; elles sont également susceptibles de s'ulcérer et

(1) Virchow, *Gesammelte Abhandl.*, p. 295.

(2) Rinecker, *Wurzburg Verhandl.*, vol. III, p. 375.

(3) Gerhardt, *Journal de Siebold*, t. X, § 553.

de laisser à leur suite de légères cicatrices. Les érythèmes et les ulcérations se présentent aussi avec des caractères anatomiques semblables à ceux qu'ils revêtent chez l'adulte. La membrane de Schneider est le siège plus spécial de ces manifestations, auxquelles n'échappent pas toujours les muqueuses du larynx et du pharynx.

*Coryza syphilitique.* — Il n'est pas facile de connaître la lésion élémentaire qui constitue cette affection; mais il y a lieu de croire, en raison de sa fréquente coïncidence avec les premières manifestations de la syphilis héréditaire, qu'elle est causée, soit par un simple érythème, soit par la présence de plaques muqueuses. L'entrée des narines, généralement gercée et radiée par des fissures ou de petites ulcérations qui se manifestent surtout aux angles des ailes du nez, est en grande partie obstruée par des croûtes à travers lesquelles suinte un liquide plus ou moins sanieux. La muqueuse, rouge ou blanchâtre, boursoufflée, est plus tard ulcérée, et les cartilages eux-mêmes peuvent s'éroder. Les os perdent leur soutien, le nez s'aplatit et s'écrase; la partie supérieure, déjà peu saillante chez les jeunes enfants, s'étale encore, ce qui donne au visage un aspect étrange (1). Heureusement, ces graves accidents sont relativement rares dans la syphilis congénitale.

La pharyngite et la laryngite ont été peu étudiées; néanmoins c'est à une laryngite qu'il convient de rattacher la raucité du cri et de la toux qu'on observe quelquefois chez le nouveau-né. Mayr (2) a, du reste, constaté la rougeur de la membrane muqueuse du larynx dans les autopsies qu'il a pu faire. Le docteur H. Roger tient pour douteux le fait d'un enfant dont le larynx présentait après la mort une ulcération de la membrane muqueuse avec carie d'un cartilage.

### § 3. — Lésions des muscles et des os.

Si l'on n'avait égard qu'aux faits, on serait forcé d'avouer que les lésions musculaires font défaut dans la syphilis héréditaire, puisqu'il n'y a, à notre connaissance du moins, aucune observation qui en fasse mention; cependant, comme on ne se préoccupe généralement pas, dans les autopsies, de l'état du système musculaire, il y a lieu de penser que ce système n'est peut-être pas toujours exempt d'altération.

Les lésions périostiques et osseuses, observées dès le siècle dernier par Doublet, Mahon, Rosen, Underwood (3), etc., dans la première moitié de celui-ci par Valleix (4), Cruveilhier, Laborie, Cullerier, et plusieurs autres auteurs,

(1) Voy. Trousseau, *Cliniq. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. II.

(2) Mayr, *Ann. des malad. de la peau et de la syph.*, t. IV, p. 288.

(3) Underwood, *Traité des maladies des enfants*, trad. de l'anglais. Paris, 1786.

(4) Valleix, dans *Bull. de la Société anatom.*, t. IX, p. 169. — Cruveilhier, *Anat. pathol.* livr. xv. — Laborie, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1<sup>er</sup> juillet 1851. — Cullerier, *Bull. de la Société de chirurg.* — Desmarres, *Traité prat. des malad. des yeux*, 2<sup>e</sup> édit., t. I, p. 626. — Baerensprung, *Die hered. Syphilis*. Berlin, 1864. — Ranvier, *Gaz. méd. de Paris*, p. 596, 1864, et *Bull. de la Soc. de biologie*. — Bargioni, *La Sperimentale*, juillet 1864. — A. Fourrier, *Union méd.*, n<sup>o</sup> 34, 540, mars 1865.

ont été l'objet de recherches récentes (1), qui ont servi à les faire mieux connaître et à montrer leur grande fréquence.

Ces lésions sont diffuses ou circonscrites. Diffuses (2), elles portent principalement sur les os longs, et se localisent de préférence au point d'union de la diaphyse et de l'épiphyse, ce qui leur a valu la dénomination d'ostéochondrite. Le périoste s'injecte et se tuméfie, il entraîne avec lui, lorsqu'on l'arrache, quelques lambeaux osseux qui appartiennent à une couche de nouvelle formation, friable, contenue ou disposée par flots, et qui, très-mince au niveau de la diaphyse, atteint souvent plus de deux millimètres près de l'épiphyse. L'os, coupé longitudinalement, présente, à ses extrémités, des altérations qui portent à la fois sur la diaphyse et l'épiphyse. La couche chondroïde est de deux à trois fois plus épaisse qu'à l'état normal; transparente et molle, elle offre une consistance qui rappelle celle du cristallin ou du corps vitré; aussi forme-t-elle parfois une sorte de bourrelet. Ces changements sont dus à la multiplication exagérée et à l'hypertrophie des cellules cartilagineuses coïncidant avec le ramollissement et la disparition de la substance fondamentale. La couche chondro-calcaire, également épaissie, friable, grise, blanchâtre, d'un aspect crayeux, laisse voir une ligne de démarcation onduleuse ou dentelée résultant d'une surabondance de sels minéraux et de la présence d'une certaine quantité de graisse. Le tissu spongieux voisin offre dans une étendue d'environ deux centimètres des taches rosées grisâtres, blanchâtres ou jaune chamois, formées par des éléments plus ou moins altérés de la moelle osseuse. L'épiphyse, à ce degré d'altération, adhère déjà moins fortement à la diaphyse. Les lésions plus avancées consistent dans un ramollissement gélatineux du tissu spongieux, ou dans la formation d'espaces irréguliers, anfractueux, contenant une matière puriforme formée des éléments altérés de la moelle et des débris osseux; elles déterminent un décollement épiphysaire plus ou moins complet. Les deux parties de l'os, unies seulement par leur enveloppe fibreuse, jouent alors l'une sur l'autre; en même temps, les articulations, le tissu cellulaire et les muscles s'enflamment, suppurent et déterminent un gonflement périarticulaire caractéristique.

Dans ces conditions, l'état des membres est comparable à celui que détermine une fracture ou bien encore le rhumatisme articulaire aigu. Les membres thoraciques sont habituellement appliqués le long du tronc et en pronation; les pelviens sont allongés, et, quand on soulève l'enfant, ils pendent et oscillent à toutes les secousses (Parrot). Le nombre des parties atteintes est variable, il n'est pas rare d'observer une inertie des quatre membres. Certaines attitudes anormales peuvent être dues à la production d'abcès au voisinage des articulations; dans ces conditions surtout les contractions musculaires sont très-douloureuses.

(1) G. Wegner, *Ueber hereditäre Knochen syphilis bei jungen Kindern*, Archiv f. patholog. Anat. und Physiol., t. L, p. 305, 1870. — J. Parrot, *Sur une pseudo-paralysie causée par une altération du système osseux chez les nouveau-nés atteints de syph. hérédit.*, Archives de Physiologie, mai, oct. 1872. — Waldeyer et Kobner, *Beiträge zur Kenntniss der heredit. Knochen syphilis*, Archiv f. pathol. Anat. und Physiolog., t. LV, p. 307, 379, 1872.

(2) Ces lésions, sur lesquelles ont porté les dernières recherches, ont été signalées dans notre première édition, d'après les observations de Valleix, Ranvier, Bargioni, et d'après un cas qui nous est personnel.

C'est sur des fœtus ou de jeunes enfants ayant au plus trois mois que cette affection a jusqu'ici été observée. Le squelette n'est jamais atteint entièrement, les os longs le sont d'une manière constante, les plus volumineux sont en général les plus altérés, d'abord à leurs extrémités, dans leur épaisseur, et enfin à leur périphérie.

Les lésions circonscrites, beaucoup moins communes que les précédentes, n'ont aucune tendance à la suppuration; mais, contrairement à ces dernières, elles paraissent affecter de préférence les os larges, ce sont des ostéites ou des périostites gommeuses peu différentes de celles qui se rencontrent chez l'adulte dans la syphilis acquise, et comme celles-ci susceptibles d'amener la nécrose d'une partie plus ou moins étendue de l'os affecté. Relativement fréquentes à la face interne des os du crâne, où les ont observées Charrier (1), Waldeyer et Kobner, et d'autres auteurs, elles forment de petits amas grisâtres ou jaunâtres, qui ne diffèrent pas histologiquement des tumeurs gommeuses ordinaires. La nécrose des os crâniens a été vue et figurée par Baerensprung. Les exostoses et les périostoses s'observent quelquefois même dans un âge déjà avancé. Bouchut signale enfin le durcissement prématuré des os longs. Le tissu de la partie moyenne de ces os serait solide, compacte, impossible à casser ou à diviser par l'instrument tranchant.

§ 4. — Lésions des testicules et des reins.

Les affections consécutives des parties génitales externes diffèrent trop peu, dans la syphilis héréditaire et dans la syphilis acquise, pour que j'aie à en parler. Les testicules sont rarement affectés chez l'enfant. Un cas de syphilis héréditaire avec tuméfaction de l'un de ces organes a été rapporté par North (2); la même affection a été vue par Bryant (3) chez un enfant de six mois. Le docteur Obédénare m'a envoyé de Bucharest la photographie d'un jeune enfant atteint héréditairement d'un testicule syphilitique, et chez lequel on voit la tumeur testiculaire faire hernie à travers une ouverture du scrotum (fungus du testicule).

Les lésions des reins ont été peu étudiées jusqu'ici. Mon collègue le docteur Tarnier ayant eu l'obligeance de me donner à examiner les viscères d'un enfant né de parents syphilitiques, je constatai, en même temps que l'altération du foie si bien décrite par Gubler, l'existence d'une lésion rénale caractérisée par l'épaississement de la trame conjonctive et une altération granulo-graisseuse des cellules épithéliales des tubuli (voy. pl. III, fig. 4 et 4'). Les reins, assez fermes, étaient remarquables par une teinte jaunâtre semblable à celle que présente souvent, dans les mêmes conditions, la surface du foie. Bradley (4) a observé chez un enfant de quatre mois, atteint de syphilis héréditaire, la disparition d'une albuminurie avec œdème de la face et des membres supérieurs à la suite d'un traitement mercuriel.

(1) Charrier, *Gaz. des hôpitaux*, 1854, n° 43.

(2) North, *Medical Times and Gaz.*, 1862, t. I, 403.

(3) Bryant, *Medical Times and Gaz.*, déc. 1863, p. 614.

(4) Bradley, *Hydrop. syph. des reins*, *British med. Journ.*, febr. 4, 1871.

§ 5. — Appareil de la digestion.

*Canal alimentaire.* — La syphilis héréditaire, comme la syphilis acquise, affecte avec une fréquence inégale les diverses parties du tube digestif. Les plaques syphilitiques et l'érythème sont les lésions plus spéciales à la membrane muqueuse de la bouche et du pharynx. Cette membrane est quelquefois le siège de lésions plus profondes.

Forster (1) signale la dégénérescence fibroïde des glandes de Peyer chez un enfant syphilitique qui mourut le sixième jour après sa naissance et qui, entre autres affections, présentait une pneumonie lobulaire et une bronchite purulente. Au niveau des plaques existaient des masses saillantes, à surface lisse, d'une teinte rose grisâtre, jaunâtre au centre, et constituées en grande partie par des noyaux, des cellules et des fibres de tissu conjonctif, substitués aux éléments glandulaires.

Eberth (2), Roth (3), Oser (4) ont observé des faits du même genre. L'altération intestinale qu'ils décrivent sous le nom d'entérite syphilitique appartient toujours à des nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire. Elle est caractérisée par des indurations multiples, circonscrites, de volume variable, le plus souvent arrondies, siégeant au niveau des plaques de Peyer ou des glandes solitaires. La muqueuse qui tapisse ces indurations ou petites tumeurs est tantôt lisse et simplement ardoisée, tantôt plus ou moins profondément ulcérée ou détruite. Dans ce dernier cas, la nouvelle formation se présente sous forme d'une eschare sèche peu étendue, qui, une fois éliminée, laisse à sa suite un ulcère à fond brillant et lardacé. Cette altération, qui peut affecter toutes les couches de la muqueuse intestinale, mais qui se localise plus spécialement à la tunique sous-muqueuse, est constituée à la fois par une infiltration de cellules analogues aux cellules lymphatiques et une formation conjonctive plus ou moins abondante; les villosités correspondantes sont ou hypertrophiées ou détruites.

*Péritoine.* — Simpson (5) admet l'existence d'une péritonite syphilitique héréditaire, d'après un total de trente et une observations personnelles; mais ces observations sont loin d'être toutes parfaitement concluantes. Les unes laissent en doute la question de l'hérédité, les autres font à peine mention de l'état des organes de l'abdomen et particulièrement du foie. Dans trois cas de syphilis héréditaire, Wilks a trouvé des adhérences entre le foie et le diaphragme, et deux fois une péritonite généralisée. Gubler a noté dans plusieurs cas de syphilis hépatique des traces de périhépatite. Baerensprung (6)

(1) *Würzburg medicinische Zeitschrift*, 1863, t. IV, part. 1. 1863.

(2) C. J. Eberth, *Ueber eine eigenth., vielleicht syphilit. Enteritis*, *Archiv für path. Anat. und Physiol.*, t. XL, p. 326, 1867.

(3) Roth, *Enteritis syphilitica*, *Archiv f. path. Anat. und Physiol.*, t. XLIII, p. 298.

(4) Oser, *Fälle von Enteritis syphilitica*, *Archiv für Dermatol. und Syphilis*, t. III, p. 27, 1871.

(5) Simpson, *Edinburg med. and surg. Journ.*, n° 37, et *Obstetric. Works*, Obs. V, VI, VII, t. II, p. 172.

(6) Baerensprung, *Die hereditäre Syphilis*, Berlin, 1864.