

pie-mère, dans les poumons, dans la plèvre, rarement dans le péricarde, dans le foie, dans la rate, dans les tuniques de l'intestin, dans le péritoine, dans le tissu spongieux des os, surtout des vertèbres, dans la choroïde, etc.

Ces granulations, d'abord petites, grises, demi-transparentes, grossissent, deviennent jaunes opaques en commençant par le centre, et forment de véritables nodules tuberculeux à l'état de crudité. Elles provoquent des inflammations autour d'elles qui forment des pneumonies ou des méningites, et des péritonites mortelles.

Souvent, sans déterminer de maladie spéciale, elles provoquent une fièvre continue générale qui ressemble beaucoup à la fièvre typhoïde, dont le diagnostic est très-difficile et n'a lieu qu'au bout de plusieurs jours d'incertitude.

Les enfants ont de la fièvre avec augmentation vespérale de la température, de l'inappétence, un ou plusieurs vomissements, de la douleur au ventre, des selles régulières ou de la diarrhée avec ballonnement du ventre, de la toux et des râles sibilants et muqueux dans la poitrine, de la stupeur, du délire et il est très-difficile de se prononcer d'une façon précise sur le diagnostic. Dans quelques cas, cependant, si l'*ophthalmoscope* fait découvrir une *névrite* et des *tubercules de la choroïde*, on peut affirmer qu'il y en a ailleurs. On peut alors dire que la fièvre continue dépend d'une tuberculose générale plutôt que d'une fièvre typhoïde. La *névro-choroïdite tuberculeuse* que j'ai fait connaître comme l'indice de la tuberculose générale, est le seul signe certain qu'on ait sur cette maladie.

La tuberculose généralisée aiguë dure un mois, six semaines, et fait mourir les malades avec une hyperhémie générale de tous les viscères tuberculeux, ou bien elle provoque des inflammations des méninges, des poumons, de la plèvre, du péritoine et des ganglions correspondants aux viscères malades.

C'est une maladie très-grave, toujours mortelle et contre laquelle il n'y a rien que des palliatifs à prescrire. (Voir le chapitre relatif au traitement de la scrofule.)

## CHAPITRE VIII

### SYPHILIS INFANTILE

La syphilis est une maladie générale, spécifique, engendrée par un virus qui s'attaque au principe de la nutrition et de la vie, qui les domine et qui se manifeste au dehors ou dans l'intérieur des viscères par des lésions locales, spécifiques, presque toujours les mêmes.

La syphilis des nouveau-nés est infiniment moins bien connue que celle des adultes, et la différence d'âge amène une telle différence dans la forme extérieure, dans la marche et le développement de l'affection, qu'il en résulte quelquefois beaucoup d'obscurité dans le diagnostic. Elle exige une étude spéciale, et c'est pour l'avoir négligée qu'on s'est si souvent trompé à son égard. Gaspard Torella, Jacques Cataneo, Georges Vella, Conrad Reitterius, Paracelse, Nicolas Massa, Mathiole, sont les premiers qui se soient occupés de cette forme de la syphilis. Depuis lors, bien des travaux se sont succédé, entre lesquels je citerai ceux d'Antonius Gallus, Brassavole, Rondelet, Fallope, Botal, Ferrier, Harris, de Blegny, Boerhaave, Astruc, Rose, Doublet, Mahon, Bertin, etc. Ce dernier ouvrage de R. J. Bertin (1) est des plus recommandables par le nombre des observations et par l'esprit qui les a

(1) Bertin, *Traité de la maladie vénérienne chez les nouveau-nés, les femmes enceintes et les nourrices*. Paris, 1810, in-8.

inspirées. Hunter, chose étrange, signale à peine la syphilis des nouveau-nés, et les faits de ce genre qu'il rapporte sont presque méconnaissables. Ils sont éparés dans son livre, et quelques-uns finement déguisés dans un appendice mis à l'écart et ayant pour titre : *Maladies qui ressemblent à la syphilis constitutionnelle* (1). Ce sont, pour lui, des anomalies de la nature qui ne trouvent place dans aucun cadre nosologique et qui sont mises de côté en attendant qu'un homme de bonne volonté leur trouve un nom.

Depuis, d'autres travaux encore ont été publiés par Vidal (de Cassis), Trousseau et Lasègue, Rollet, Diday, Putegnat, deux auteurs dont les ouvrages ont été couronnés par la Société de médecine de Bordeaux.

La monographie de Diday est surtout remarquable par sa clarté, et, bien que je n'accepte pas toutes les idées qu'elle renferme, je la considère comme un fait capital dans l'histoire de la syphilis des nouveau-nés. Diday a fait en quelque sorte un ouvrage de conciliation, et, ne pouvant adopter les idées de Ricord sur la syphilis infantile, non plus que celles de ses autres adversaires, il a réussi à inaugurer un moyen terme, qu'il croit de nature à réunir les suffrages d'hommes divisés par des idées trop absolues. Je crains beaucoup que le chirurgien de Lyon ne soit trompé dans ses espérances. Dans la syphilis, comme dans toutes les parties de la science, on ne peut enlever aux faits leur signification réelle; ils sont vrais ou faux, et les besoins journaliers de la pratique entraînant le médecin à des résolutions importantes dont ils sont les rigoureux conseillers, il faut se prononcer nettement à leur égard. Malheureusement Diday n'a pas tenu compte de mes recherches antérieures aux siennes, et, par des citations d'une inexactitude regrettable, il m'attribue des opinions qui ne sont pas les miennes. Je n'ai jamais dit que la syphilis héréditaire fût toujours du fait de la mère à l'exclusion de l'influence paternelle. J'ai dit précisément le contraire, et plus que jamais je crois à l'influence de chacun des conjoints ou des deux à la fois dans la génération des enfants syphilitiques.

La syphilis infantile, assez rare dans la ville, est très-commune aux Enfants trouvés, et c'est là qu'elle fait le plus de victimes.

La syphilis des nouveau-nés peut être *primitive*, c'est-à-dire accidentelle, acquise au moment de la naissance ou peu après, soit par le moyen d'un chancre pris au passage, soit par le contact d'une personne étrangère, affectée de chancre, enfin par l'inoculation vaccinale. Elle peut être *congénitale* ou *héréditaire*, et, par conséquent, *constitutionnelle*, c'est-à-dire transmise par le père ou par la mère dans l'acte générateur ou après la fécondation, par la mère, si, au début de sa grossesse, elle est infectée par la vérole.

#### § I. — Syphilis générale ou acquise.

La syphilis *primitive* du nouveau-né ressemble entièrement à celle de l'adulte. Elle débute par un chancre aux parties génitales, et plus souvent à la bouche, au visage et sur le corps, au bras par exemple lorsque le mal est transmis par vaccination. Ce chancre guérit et tout semble terminé, mais trois semaines ou plusieurs mois après, surviennent des *accidents secondaires* et *tertiaires* comme chez l'adulte. Ce sont choses aujourd'hui très-connues, et sur lesquelles je ne veux pas insister, pour m'occuper exclusivement de la syphilis héréditaire et congénitale.

(1) Hunter, *Traité de la maladie vénérienne*, avec notes par Ricord, 3<sup>e</sup> édit. Paris, 1859.

## § II. — Syphilis congénitale ou héréditaire.

La syphilis *héréditaire* ou *congénitale* est souvent facile à constater. Dans certains cas son diagnostic est très-difficile, et j'ai vu bien des fois considérer comme étant de nature syphilitique des lésions érythémateuses, pustuleuses et ulcéreuses des parties génitales ou anales qui étaient d'origine inflammatoire. Tout récemment encore, dans des recherches anatomiques sur les lésions osseuses des enfants nouveau-nés et à la mamelle, on a considéré sans preuve comme syphilitiques des altérations appartenant à la scrofule et au rachitisme. La dactylite et la spina ventosa des phalanges décrites par Poncet, W. Taylor, etc., sont de véritables lésions scrofuleuses.

La *syphilis héréditaire* ou *congénitale* est toujours constitutionnelle et par conséquent caractérisée par des accidents secondaires. Stahl, Swediaur et tous les bons observateurs savent qu'elle peut être la provenance du père atteint lui-même de syphilis constitutionnelle invétérée. Elle est non moins souvent celle de la mère qui a eu des accidents syphilitiques secondaires, qui en a au moment de l'accouchement ou qui doit en avoir plus tard.

Elle résulte : 1° de la fécondation syphilitique du germe par le père; 2° de la formation d'un germe infecté par le lait de la mère; 3° de l'empoisonnement par le sang maternel après la conception, quand la mère se trouve infectée pour la première fois durant le cours de la grossesse.

Il faut que la transmission ait lieu par la mère, que celle-ci soit encore dans la période des *accidents secondaires* de la syphilis, car au milieu des phénomènes tertiaires, d'après les recherches de A. Deville, la transmission cesse de s'effectuer. Pour le père, l'infection du germe peut avoir lieu et dans la période des accidents secondaires et dans la période des accidents tertiaires.

On a dit aussi, et Bertin a soutenu cette opinion, que la syphilis pouvait être transmise par la lactation, et qu'une nourrice ou une mère nourrissant son enfant et gagnant la syphilis pouvait la transmettre au moyen de son lait. Il n'y a rien de prouvé à cet égard. Cependant la science possède plusieurs faits qui semblent plaider en faveur de la possibilité de cette transmission. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi, puisque le sperme transmet déjà la vérole au fœtus, et c'est par le sang de la mère que s'engendre quelquefois cette funeste maladie?

On se demande pourquoi, si le lait d'une femme trop vivement impressionnée donne aussitôt des convulsions à un enfant, ce lait altéré dans sa sécrétion par la syphilis ne pourrait pas donner lieu au développement de cette maladie, puisque, ultérieurement saturé de mercure ou d'iodure de potassium, ce même lait perd ses qualités toxiques, et, rendu salubre, devient un moyen de guérison. Mais ce sont des questions auxquelles on ne peut répondre d'une manière satisfaisante et sur lesquelles plane encore la plus grande obscurité.

L'infection du fœtus dans le sein de la mère est une cause fréquente de mort prématurée et d'avortement aux cinquième, sixième ou septième mois. Rien n'est commun comme l'avortement à l'hôpital de Lourcine et dans les maisons où l'on reçoit les femmes vénériennes. La plupart des femmes qui avortent plusieurs fois de suite, et cela sans violence extérieure, qui ne peuvent mener un enfant à terme et qui l'expulsent mort-né, sont des femmes infectées constitutionnellement, et ayant, elles ou leur mari, une *syphilis latente*. La preuve, c'est qu'il suffit souvent de traiter les deux époux ou l'un d'eux, si le coupable s'est fait connaître, pour qu'une nouvelle grossesse se termine heureusement. J'ai vu plusieurs dames qui eurent ainsi deux ou trois avortements successifs et chez lesquelles,

soupponnant la syphilis, j'en découvris l'existence tantôt chez le père, tantôt chez la mère.

Il me suffit de traiter convenablement le malade pour voir ensuite ces dames accoucher à terme d'enfants bien portants. Tous les médecins ont observé des cas de ce genre.

Ainsi, dans la syphilis héréditaire, le premier danger c'est la mort du fœtus avant terme et son expulsion par avortement. Viennent ensuite des modifications profondes dans les glandes et dans les viscères, dans le thymus, le foie, les poumons, et enfin l'apparition assez rare d'accidents locaux vénériens sur le corps avant la naissance; quelquefois alors les enfants naissent avec des syphilides cutanées; mais le plus ordinairement, s'ils arrivent au terme de la grossesse, ils viennent au monde sans présenter de traces extérieures de maladie syphilitique. Ces accidents ne se montrent que plus tard.

L'époque à laquelle les symptômes syphilitiques se montrent chez un enfant qui a reçu le germe par hérédité est à peu près constamment du premier au deuxième mois de la vie utérine; ainsi rien de plus commun que de voir des mères syphilitiques donner naissance à des enfants d'abord bien constitués en apparence, puis, au bout d'un mois ou six semaines, ces enfants sont pris des symptômes syphilitiques dont je vais parler. Il est tout à fait exceptionnel de voir apparaître la maladie au bout de six, huit mois et même deux ans, comme cela a été dit. Quelques personnes ont vu, au contraire, des syphilides se montrer chez les nouveau-nés au huitième jour après la naissance; mais ce fait est également rare et demande à être observé avec soin, dans la crainte de quelque méprise assez facile à commettre. Il faut bien se rappeler, pour pouvoir porter un jugement exact sur ces cas de syphilis héréditaire, que plusieurs médecins confondent à tort des éruptions qui surviennent chez des jeunes enfants, avec des syphilides dont elles n'ont cependant aucun des caractères.

La syphilis peut-elle se traduire par des symptômes extérieurs apparents sur l'enfant au moment même de la naissance? Cette question est encore controversée. Ricord (1) en doute et croit que, dans le petit nombre de cas qui ont été observés, les enfants étaient mort-nés; il serait assez disposé à croire que les prétendues syphilides n'étaient que de simples produits de la décomposition commençante du derme. Cette explication n'est peut-être pas très-exacte, car Deville a eu occasion d'observer chez un enfant mort-né des plaques muqueuses bien caractérisées, et en grand nombre, sur diverses parties du corps. Beaucoup de médecins, au nombre desquels je citerai Diday, ont vu des faits de ce genre.

J'en ai vu moi-même à la Pitié, dans le service de Michon :

OBSERVATION I. — L'enfant vécut trois jours et était né avant terme, à sept mois. Outre des plaques muqueuses, et des pustules rouges, brunâtres, cuivrées sur les jambes et sur les bras, la vulve était gonflée, les petites lèvres ulcérées et salies par un écoulement leucorrhéique assez abondant, et des onyxis existaient à tous les doigts des mains et des pieds.

*Autopsie.* — Je ne trouvai rien dans le périoste, et le tissu des os longs était éburné; les poumons et le thymus étaient sains; il n'y avait rien d'apparent dans le foie; toutes les lésions anatomiques se trouvaient à l'extérieur.

La mère avait gagné la vérole au premier mois de la grossesse, et avait eu un écoulement, *sans doute un chancre inaperçu*, puis deux pustules plates aux grandes lèvres, sur le corps et dans les cheveux. Elle était guérie à l'époque de son accouchement.

(1) Ricord, *Lettres sur la syphilis*, 3<sup>e</sup> édition. Paris, 1863.

On peut donc dire que la syphilis héréditaire ne manifeste guère sa présence par des symptômes apparents que vers la cinquième ou la sixième semaine après la naissance ; mais qu'elle peut, dans quelques cas rares, produire des syphilides à une époque bien plus éloignée de la vie ou au contraire à un instant fort rapproché de la conception, et enfin qu'elle peut se développer sur l'enfant à l'état de fœtus qui n'a pas vu le jour. Dans la plupart des cas de ce genre observés jusqu'à présent, le fœtus était mort depuis quelques jours au moment de l'accouchement, mais il peut aussi naître plein de vie. C'est ce que j'ai vu à la Pitié chez l'enfant dont je viens de raconter l'histoire. Paul Dubois et Gubler ont observé divers cas analogues sous ce rapport, mais ils étaient relatifs à des cas de pemphigus syphilitique. Dans un fait analogue observé par Danyau, il y avait à la fois un pemphigus, un engorgement fibro-plastique, et une ostéite de la face interne du crâne.

Les symptômes de la syphilis héréditaire sont aussi nombreux dans la forme que variés dans leur siège. Les manifestations locales de l'infection syphilitique sont superficielles ou profondes, et existent sur la peau, sur les muqueuses, sous forme de syphilides, dans les organes des sens et dans les organes profonds, tels que le thymus, le cerveau, le foie, les poumons, les os, etc., sous l'apparence d'infiltrations plastiques ou de suppurations vicieuses.

A la peau, c'est la desquamation épidermique du visage et des extrémités, les fissures des mains, dans le sein des plis cutanés, des vésicules qui se multiplient, se réunissent et forment des ulcérations superficielles plus ou moins étendues, dont la disposition n'a rien de régulier et qui offrent une surface rouge, livide, cuivrée, couverte de croûtes minces, grisâtres, desséchées. Ailleurs ce sont : de la roséole, accident fort rare, des pustules d'ecthyma ou des syphilides tuberculeuses, pustules plates ou plaques muqueuses qui se montrent sur tous les points du corps, mais surtout dans le voisinage des plis articulaires, au pourtour de l'anus et au périnée. Ces plaques n'offrent chez l'enfant aucun caractère plus spécial que chez l'adulte, si ce n'est leur petit volume habituel, leur mollesse extrême et l'abondance de la matière purulente qu'elles sécrètent. Chez d'autres enfants ce sont des syphilides bulleuses et des phlyctènes de pemphigus plus ou moins multipliées. Chez d'autres enfin, c'est l'inflammation spécifique du pourtour de l'ongle qui constitue l'onyxis, et j'en ai compté vingt sur le même enfant, c'est-à-dire autant que de doigts.

Sur les muqueuses ce sont des pustules plates au pourtour de l'anus et de la bouche, ce sont des fissures nombreuses sur les lèvres excoriées, des aphthes à la face interne des joues, mais très-rarement des ulcérations dans la gorge et au voile du palais ; ce sont des ulcérations nombreuses dans le nez, suivies d'une abondante sécrétion par les narines.

A l'intérieur, dans plusieurs glandes, dans quelques viscères et dans les différents organes, les lésions ne sont pas moins variées. On a même observé à cet âge des ophthalmies syphilitiques caractérisées principalement par l'iritis.

Chacun connaît la curieuse altération du thymus que P. Dubois a rencontrée chez plusieurs enfants issus de parents syphilitiques, et offrant eux-mêmes des signes de syphilis constitutionnelle. Le thymus présentait de petits noyaux d'inflammation et de suppuration disséminés dans son épaisseur. Ces foyers, remplis de pus étudié au microscope, ne se sont jusqu'à présent offerts à Dubois que dans les conditions pathogéniques que je viens d'indiquer ; aussi, tout en faisant des réserves que je partage, ce savant professeur a-t-il eu raison de croire à la nature spécifique de l'altération.

Dans le cerveau, c'est une affection nouvelle décrite par Faurès (de Toulouse) (1),

(1) Faurès, *Gaz. méd. de Toulouse*, septembre 1854.

et sur laquelle il y a lieu d'attendre de nouvelles observations, puis une altération spéciale des nerfs.

Ainsi, Thomas Barlow dit avoir rencontré une fois des gommés sur le trajet des nerfs crâniens. C'était sur une enfant syphilitique âgée de quinze mois. Le cerveau était atrophié avec opacité des méninges à la base, et il y avait des gonflements au niveau de l'origine apparente des nerfs. Dans ce tissu gonflé il y avait destruction du cylindre axis et tout à l'entour un tissu de nouvelle formation avec production de corps amyloïdes. C'est ce que l'auteur appelle gommés des nerfs. Il y avait en même temps quatre cicatrices du foie (1).

Une fois j'ai vu au dixième jour d'une éruption de syphilides chez une fille de six semaines, une paralysie générale et subite des quatre membres qui, laissant la sensibilité, enleva toute faculté motrice. L'enfant et la nourrice prirent de la liqueur de van Swieten. Au troisième jour, les jambes reprirent le mouvement, tandis que les deux bras restèrent paralysés. Je continuai le traitement et au sixième jour les bras commencèrent à se mouvoir. A la liqueur de van Swieten, je joignis l'électrisation par courants continus, et l'enfant guérit.

Dans les poumons, les nodosités lobulaires, avec congestion et infiltration plastique jaune, grisâtre, et suppuration, ont été observées par Billard, Ollivier, Husson, Cruveilhier, comme des noyaux de pneumonie lobulaire, antérieure à la naissance, et coïncidant souvent avec des fistules syphilitiques. C'est du moins ce qu'ont dit Ollivier (2) et Cruveilhier (3). Mais Depaul (4) a été plus loin : il a montré que ces noyaux plastiques n'étaient pas de la pneumonie lobulaire, mais bien une lésion spéciale qu'on ne rencontre qu'avec d'autres symptômes de syphilis chez l'enfant ou du côté des parents, et qu'il faut regarder comme une altération spécifique appartenant à la syphilis constitutionnelle. Depaul, en tirant cette conclusion, s'appuie d'ailleurs sur ce fait important, qu'on n'observe cette altération que sur des enfants infectés ou nés de parents ayant eu la vérole. La coïncidence devient aussi pour lui une sorte de critérium pour la certitude. Un accoucheur distingué, Cazeaux, dans un rapport très-remarquable (5), s'est élevé contre cette conclusion trop rigoureuse à son avis, et il a pensé que ces altérations pouvaient être aussi bien de nature inflammatoire et dépourvues de spécificité que dépendantes de la syphilis. Mais Cazeaux me paraît beaucoup trop subordonner les droits de la raison aux exigences du fait anatomique. Il demande à une lésion de montrer la nature de sa cause première, et il sait bien lui-même que jamais les lésions de la syphilis constitutionnelle ne sont absolument pas toujours reconnaissables à première vue. Avec cette manière de raisonner, on en reviendrait à la funeste doctrine de Broussais, où toutes les lésions syphilitiques se trouvaient absorbées par l'inflammation. Il ne faut donc pas trop demander aux faits anatomiques, sous peine de leur nuire dans l'esprit des médecins, et quand ils n'ont pas de signification absolue, c'est aux circonstances antérieures et concomitantes qu'il faut recourir pour en déterminer la véritable nature. Ainsi a fait Depaul ; il a souvent observé les nodosités pulmonaires suppurantes avec la syphilis héréditaire ; il en a conclu que l'une pouvait être la cause des autres, et il a eu raison.

Dans le foie, c'est une altération spéciale et spécifique observée et décrite pour la première fois par Gubler.

(1) *Gazette médicale*, 1877, p. 479.

(2) Ollivier, in Billard, *Traité des maladies des enfants*, 3<sup>e</sup> édition. Paris, 1837.

(3) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, avec planches, t. I, 15<sup>e</sup> livraison.

(4) Depaul, *Mémoire sur une manifestation de la syphilis congénitale consistant dans une altération spéciale des poumons* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1853, t. XVII, p. 503).

(5) Cazeaux, *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1851, t. XVI, p. 920.

Elle est constituée par une induration fibro-plastique du foie. Elle peut être *générale* ou seulement *partielle*. Dans le premier cas, qui est fort rare, la glande hépatique est tout hypertrophiée, dure, élastique; sa couleur est jaunâtre, pâle; son tissu est demi-transparent, l'apparence des deux substances s'est évanouie, et la surface offre seulement quelques granulations fines, blanchâtres, opaques, comparables à des grains de semoule.

Ordinairement l'altération est *partielle* et en quelque sorte circonscrite. Elle se présente sous forme d'un noyau jaunâtre clair, demi-transparent, plus ou moins volumineux et très-distinct par sa couleur des autres parties brunes du foie. Ce noyau d'induration présente d'ailleurs les caractères physiques de l'induration fibro-plastique générale.

Les injections les plus fines ne pénètrent pas dans le tissu induré, et l'analyse microscopique permet d'y constater la présence d'une très-grande quantité d'éléments fibro-plastiques, noyaux, cellules plus ou moins allongées et effilées. Il faut toutefois que ces éléments existent en grand nombre et aient été recueillis dans une portion du foie altérée, jaune et dure, pour que leur présence ait une signification réelle. Sans cela, comme le foie des nouveau-nés, à l'état normal, renferme toujours une certaine quantité de tissu fibro-plastique, on pourrait se laisser tromper et déclarer, d'après la vue d'un petit nombre de ces éléments, que le foie est malade, tandis qu'il serait parfaitement sain. Un peu d'expérience suffira pour éviter cette erreur.

*Os.* — On rencontre aussi, mais rarement, dans le périoste et dans les os, les altérations qu'on observe chez l'adulte dans la syphilis constitutionnelle. Chez les enfants atteints de syphilis héréditaire, Bertin n'a vu qu'un seul exemple de périostite; G. Wegner en a cité deux cas. Laborie en a cité un autre, accompagné de carie bien développée. La lésion que j'ai observée plusieurs fois n'appartient ni à la carie ni à la dégénérescence du périoste, elle est caractérisée par l'endurcissement prématuré, ou sclérose, des os longs. Chez des enfants nés avant terme ou mort-nés, au lieu d'os mous, spongieux, vasculaires, incomplètement formés et faciles à couper par le scalpel, j'ai vu la diaphyse des tibias et des fémurs, solide, compacte, éburnée et impossible à casser ou à diviser par l'instrument tranchant. C'est une modification qui présente assez d'intérêt pour être ici consignée. Elle semble indiquer dans l'évolution osseuse un degré d'activité anormale et hâtive, en rapport avec les sécrétions plastiques observées dans plusieurs autres organes.

Danyau a vu sur un enfant syphilitique, couvert de pemphigus et mort peu après la naissance, l'intérieur du crâne, entre la dure-mère et les os, être occupé par des taches jaunâtres formées de matière fibro-plastique avec développement vasculaire considérable. Il y avait en même temps au sommet des poumons des noyaux d'infiltration fibro-plastique et purulente.

On rapporte aussi à la syphilis certains cas de décollement épiphysaire (Billard, Parrot, Wegner, Davaine). Ce dernier auteur rapporte aussi une altération de la moelle des os dont les vaisseaux et les cellules offrent la dégénérescence graisseuse (1).

De nouvelles recherches de Wegner, de Waldeyer et Kobner, de Parrot, de Poncet, de W. Taylor, indiquent que, chez les nouveau-nés syphilitiques, les os sont presque toujours profondément altérés. Cette altération se montrerait principalement sous forme de *dactylite* ou de *spina-ventosa* des phalanges du métacarpe ou du métatarse.

A la première période, ce serait à l'extrémité des os longs une prolifération très-

(1) *Virchow's Archiv.*

grande de la cellule du cartilage, puis induration prématurée de la substance inter-cellulaire, formation prématurée de parcelles osseuses sur un point, arrêt sur d'autres.

A la troisième période, toute l'épiphyse est gonflée, et entre l'épiphyse et la diaphyse il y a une matière rougeâtre remplie de cellules rondes et coniques, parfois de petites stalactites osseuses, et la couche cartilagineuse est très-épaissie, comme dans le rachitisme.

Ce sont les irrégularités d'ossification de la couche chondroïde et la substance granulée qui remplit ses cavités qui ont une réelle importance et qui caractérisent la lésion syphilitique.

Plus tard, il se fait des infiltrations purulentes entre la diaphyse et l'épiphyse qui se décolle, mais cela est assez rare. C'est ce qui engendre la *pseudo-paralysie syphilitique*, comme s'il était possible d'appeler paralysie le défaut de mouvement dû à une maladie des os. A ce compte, il faudrait admettre des paralysies dans les fractures, les luxations, les coxalgies, etc. C'est absurde.

Dans les phalanges et au carpe, cela produit le gonflement de l'os et du périoste, l'ostéo-myélite avec suppuration, nécrose et des abcès avec fistules, de la dactylite ou du spina-ventosa des doigts, dont on a fait des dessins lithographiés curieux et au sujet desquels il faut établir des réserves.

Je veux bien admettre que la syphilis produit l'altération des os; mais celles qui ont été décrites ressemblent beaucoup à l'*ostéo-malacie* qui accompagne toutes les maladies chroniques du nouveau-né et au *spina-ventosa scrofuleux*; c'est du rachitisme et de la scrofule. Dans la plupart des cas, ces auteurs se sont trompés et n'ont jamais fourni la preuve que la lésion fût syphilitique de la première enfance. Les auteurs qui ont décrit l'altération syphilitique des os n'ont pas fait un diagnostic différentiel suffisamment circonstancié entre ces lésions et celles du rachitisme symptomatique ou de l'ostéite scrofuleuse des doigts. On sait en effet que toutes les maladies du nouveau-né et de l'enfant à la mamelle augmentent la prolifération des cellules du cartilage, rendent irréguliers les dépôts osseux de la couche chondroïde, gonflent les extrémités des os longs, etc. Pourquoi la syphilis n'en ferait-elle pas autant? D'une autre part, chez les scrofuleux, le froid détermine des engelures qui sont souvent suivies de périostite et d'ostéo-myélite grave. Ce sont là des faits qui méritent d'être discutés plus sérieusement que ne l'ont fait les auteurs de l'ostéo-myélite syphilitique.

Chez quelques-uns la syphilis se manifeste par une *ophthalmie purulente* des plus graves, et par une iritis, qu'ont fait connaître Lawrence, Jacob, Walker et J. Dixon. Sept ou huit cas chez des sujets de trois mois à un an ont été publiés par ces différents auteurs. J'en parlerai un peu plus loin.

Enfin, avec toutes ses manifestations locales spécifiques, intérieures ou extérieures, et je dirai même au-dessus de ces manifestations, planent quelquefois un certain nombre de phénomènes généraux de réaction qui nous donnent la mesure de l'infection syphilitique et de la force de résistance des nouveau-nés. Les enfants anémiques sont pâles et débiles, leur peau est souvent blafarde et ridée, surtout au visage; leur faiblesse augmente; l'appétit est nul ou complètement perdu; ils maigrissent beaucoup; la diarrhée survient, qui les épuise davantage, et si on les guérit rapidement, ils prennent l'aspect d'une décrépitude précoce et tombent dans un état de marasme et de cachexie vénérienne au milieu duquel ils ne tardent pas à succomber.

**Diagnostic.** — Le *diagnostic* de la syphilis héréditaire peut offrir de grandes difficultés. Cela dépend des juges et de leur méthode scientifique. Quelques méde-

cins, mal inspirés par un ancien souvenir des doctrines de Broussais, sont encore aujourd'hui tentés de considérer comme étant de nature inflammatoire simple les lésions bulbeuses de la peau, les fissures des muqueuses, les lésions du foie, les abcès du thymus et les infiltrations plastiques et purulentes des poumons, que je considère comme syphilitiques. Ils exigent qu'on leur démontre la nature différente de ces lésions en indiquant les caractères anatomiques différentiels des unes et des autres, donnant ainsi le funeste exemple de la soumission absolue aux résultats bruts de l'anatomie pathologique, comme si jamais on avait découvert autant de formes anatomiques qu'il y a de spécificités générales et individuelles, ou bien comme si les produits morbides révélaient toujours la nature du mal. Dans cette erreur profonde où toute une école semble plongée, les commémoratifs ne sont plus acceptés, les antécédents des malades, leur âge, les lieux qu'ils habitent, tout disparaît devant la lésion, alors que nous devrions voir, au contraire, ces diverses circonstances commémoratives révéler le vrai caractère ou la vraie nature des altérations anatomiques. On comprend facilement tous les embarras qu'une telle manière de voir a dû apporter dans le diagnostic de la syphilis héréditaire, et pour quoi certains médecins ont tout bonnement déclaré ce diagnostic impossible.

Nous procéderons différemment. Persuadé, comme nous le sommes, qu'il est souvent impossible de remonter de la lésion à sa cause, ou plutôt à sa nature, tandis qu'il est plus facile à l'expérience de conclure des causes aux lésions, nous tiendrons compte des circonstances étrangères à l'enfant qui pourraient nous éclairer sur la nature de son mal. Le fait de la syphilis du père ou de la mère, indiquant invariablement un état constitutionnel latent chez le nouveau-né, ne peut être laissé dans l'ombre. L'enfant, qui hérite des formes extérieures de sa famille et des dispositions morbides de tous les organes, ne saurait sortir pur et sain d'un germe élaboré ou imprégné sous l'influence de la vérole. Et quand un fait pareil est établi, il est impossible de ne pas le considérer comme un fait-principe dominant tous les faits secondaires, absolument comme les propriétés dynamiques et vivifiantes du sol modifient l'évolution de la plante dont la graine lui a été confiée. La syphilis étant donc admise comme unie à la force d'impulsion donnée au germe, il en résulte au moins une coïncidence, si ce n'est une impulsion modifiée dont nous verrons ultérieurement les effets.

Pour moi, il y a une impulsion modifiée, mais je m'en tiens seulement au fait de la coïncidence, qui me suffit quant à présent pour ma démonstration. Je suppose donc que les parents ont la syphilis; l'enfant naît avec une lésion déterminée, inflammatoire ou spécifique, au gré de chacun. La première fois que pareille chose se présente, le doute est permis, car il faut que l'expérience se fasse; mais une seconde, une troisième fois, les choses se passent de même. Dix, vingt, trente faits et plus encore s'accumulent; toujours le nouveau-né ayant certaines lésions indéterminées se trouve avoir des parents infestés de syphilis, alors le doute se dissipe et doit faire place à la certitude.

Mais jusqu'ici je n'ai parlé que de lésions indéterminées. Qu'est-ce donc quand, malgré ce qu'on en peut dire, ces lésions, différentes dans la forme, offrent des caractères spéciaux, et qu'elles se groupent deux à deux, ou à trois et même à quatre, chez le même individu, avec une sorte d'uniformité? N'y a-t-il pas dans cet assemblage constant de lésions suspectes une éclatante révélation de leur nature intime, différente de la cause inflammatoire simple? N'y a-t-il pas évidemment au-dessus de ces lésions une cause générale, spécifique qui les engendre? Mais alors si pareille cause existe et qu'il faille sortir du domaine de l'inflammation ordinaire, quelle autre cause spécifique pourrait-on admettre, si ce n'est la syphilis trouvée

chez les parents? Il n'y a plus de doute à cet égard; l'étude des antécédents est de la plus haute importance dans les affections du nouveau-né qu'on croit appartenir à la syphilis.

Ce n'est pas tout encore; dans ces lésions, si obscures qu'elles soient à plusieurs médecins, je trouve des caractères matériels qui les séparent de l'inflammation ordinaire. Certainement le pemphigus syphilitique ne ressemble pas au pemphigus inflammatoire simple; les nodosités pulmonaires décrites par Depaul ne ressemblent en rien à la pneumonie lobulaire, pas plus que l'infiltration plastique du foie ou de la suppuration disséminée du thymus ne se rapproche de l'hépatite chronique et de la phlegmasie simple du thymus.

Les enfants atteints de syphilis héréditaire peuvent guérir rapidement lorsqu'ils sont traités d'une manière convenable. On en voit même qui sont arrivés au dernier degré de marasme, et qui finissent par se rétablir. Mais dans ce cas, la mort est beaucoup plus ordinairement la conséquence de la maladie.

**Traitement.** — Le traitement consiste à faire subir à la mère un traitement mercuriel, soit qu'elle présente elle-même des symptômes apparents de syphilis, soit qu'elle n'en présente aucun.

Pourrait-on proposer ce traitement mercuriel à une nourrice saine qui soignerait un enfant affecté de syphilis? C'est une question plus sérieuse qu'on ne le croirait au premier abord, car on dit assez généralement, sans trop de preuves, que l'emploi du mercure peut avoir des inconvénients très-graves. Je ne le crois guère, et pour mon compte je n'ai jamais vu qu'un traitement mercuriel convenablement dirigé ait eu de fâcheux résultats. Il faut, en faisant une pareille proposition à une nourrice, lui exposer avec soin ce que l'on attend d'elle, afin qu'elle décide elle-même en toute connaissance de cause.

Pour la mère, il n'y a nulle hésitation à avoir, et c'est elle qu'il faut traiter, le fait de la transmission de la syphilis par le père n'est pas le plus commun, et, dans presque tous les cas d'exemple de syphilis héréditaire bien observée, la cause en a été trouvée chez la mère. Or, que la mère ait ou n'ait pas de symptômes apparents, elle n'en est pas moins sous l'influence d'une diathèse syphilitique qui doit être traitée par le mercure. Si elle nourrit, le traitement mercuriel a un double avantage, puisqu'il s'adresse à la fois à la mère et à l'enfant.

Le traitement le plus convenable à mettre en pratique consiste à faire prendre aux nourrices des pilules de protoiodure de mercure, de manière à donner 5 à 10 centigrammes par jour, sans pousser jusqu'à la salivation.

℥ Protoiodure de mercure.....	1 gramme.
Poudre de réglisse.....	1 —
Sirop de gomme.....	q. s.

Pour 30 pilules; à prendre deux ou trois par jour

Sous l'influence de ce médicament, et, bien que les analyses exactes n'en aient trouvé aucune trace dans le lait, les enfants reviennent rapidement à la santé, et les accidents syphilitiques disparaissent.

Si l'analyse ne rencontre pas le mercure dans le lait, ce n'est pas une raison pour croire qu'il ne s'y trouve pas, surtout si l'on réfléchit à la quantité minime qui doit y être mélangée. Par exemple, des nourrices qui prenaient de 2 à 4 centigrammes d'iodure de potassium par jour n'avaient que des traces sensibles, il est vrai, mais très-légères d'iode dans le lait. Puisqu'un agent aussi facile à reconnaître que l'iode ne se retrouve qu'en petite quantité, combien doit-il être difficile de reconnaître le mercure qui exige des manipulations assez compliquées pour la recherche, et