

le fait de l'infection, cette unanimité disparaît lorsqu'il s'agit de déterminer l'époque de la grossesse à laquelle la mère doit être infectée pour avoir la faculté d'infecter le fœtus. Ainsi Cullerier croit cette infection possible pendant toute la grossesse. Bertin, sans bien préciser les faits, dit que l'infection ne s'observe plus chez les femmes affectées d'accidents primitifs dans les derniers mois. Natalis Guillot et Bois de Loury ont vu des faits confirmatifs de cette opinion. Ricord donne comme limite le sixième mois; Abernethy le septième. Enfin Diday a tiré du dépouillement de onze cas peu probants, et de quelques hypothèses, cette conclusion, que la syphilis contractée seulement, soit avant la quatrième semaine, soit après le septième mois révolu, n'a pas été cause de syphilis pour l'enfant.

c. *Transmission par le père et la mère.* — Cette action combinée ne peut être contestée, puisque l'on admet l'influence isolée de l'un et de l'autre; mais on a été plus loin, et l'on a considéré comme fatale dans ce cas l'infection du fœtus. Cette infection héréditaire n'est pas fatale pour l'influence isolée et du père et de la mère; elle est excessivement probable si les deux époux sont syphilitiques; cependant elle n'est que très-probable, sans être tout à fait absolue.

Il semble d'ailleurs que, dans tous les cas, la puissance de l'infection héréditaire aille en s'épuisant, et à une certaine époque l'immunité paraît être complète. Je citerai, à l'appui de cette décroissance du pouvoir de transmission, un fait curieux que j'ai observé. Une femme contracte la syphilis deux mois après son mariage et devient enceinte. Elle accouche à sept mois et demi d'un enfant monstrueux, avec éviscération des viscères. J'ai présenté ce monstre à l'Académie de médecine, et il ne serait peut-être pas étrange de supposer que les lésions qui ont donné lieu à ces monstruosités étaient de nature syphilitique. Redevenue enceinte l'année suivante, cette femme met au monde un enfant qui, deux semaines après sa naissance, a les manifestations syphilitiques les plus classiques, et communique la vérole à sa nourrice. Enfin, deux ans après, cette femme accouche d'une petite fille qui n'a jamais présenté les moindres signes de syphilis. Il faut ajouter que durant tout ce temps cette femme n'avait suivi que des traitements incomplets, et s'était toujours plainte de quelques accidents secondaires.

2° *Syphilis acquise.* — L'enfant, au moment où il naît et après sa naissance, peut prendre la syphilis de trois façons : a. par *infection au passage*; b. par *cause étrangère*; c. par l'*allaitement*.

a. *L'infection au passage* est à la rigueur possible, cependant elle ne nous paraît pas aisée : l'enfant est alors couvert d'un enduit graisseux qui doit rendre la contagion bien difficile. Bosquillon ne croyait pas à cette contagion, tandis que Girtanner et Nisbett considéraient l'infection au passage comme le seul procédé possible de contaminer le fœtus. La vérité est plus près de la doctrine de Bosquillon que de celle des autres observateurs.

b. La possibilité de l'*infection par une cause étrangère* est trop évidente pour nous y arrêter : un enfant nouveau-né est dans la condition d'un adulte; il n'y a là rien de particulier. Nous citerons cependant, comme procédé un peu différent, la *contagion par la vaccination*, et nous renvoyons sur ce sujet au mémoire déjà cité de Viennois.

c. *L'infection par l'allaitement* peut s'opérer, dit-on, de deux façons : par le lait que reçoit l'enfant d'une nourrice syphilitique, et par une lésion morbide dont cette nourrice est affectée.

Le mode de *transmission par le lait* a été accepté par Bertin, Mahon, Bell, Astruc, et vivement repoussé par Swediaur, Nisbett, Hunter, Ricord, Venot, Nonat, Natalis Guyot, Cullerier, Seux.

Le mémoire de Cullerier (1) contient cinq observations de femmes syphilitiques ayant pu donner le sein à leurs enfants sans les infecter. Ces faits, dit-on, prouvent que l'infection dans ce cas n'est pas forcée, mais ils ne prouvent pas qu'elle soit impossible. Cela est incontestable et peut être dit de tous les faits négatifs; mais on est en droit de demander à ceux qui croient à ce mode d'infection de nous fournir des observations plus probantes que celles qui ont été publiées, sans en excepter les faits de Melchior Robert contenus dans la nouvelle édition de son excellent *Traité des maladies vénériennes* (Paris, 1861, p. 698). C'est encore là pour quelques médecins une question à l'étude; mais c'est pour nous une question résolue par la négative.

Pendant assez longtemps la doctrine de la non-contagion des accidents secondaires empêcha de bien constater l'infection du nourrisson par la nourrice, et l'on chercha les interprétations les plus forcées pour arriver à nier ce mode de transmission de la vérole. Cependant les enfants prennent assez souvent la syphilis par une lésion secondaire qui siège sur le sein de leurs nourrices. Cet accident, chez la nourrice, a ordinairement une origine congénitale, c'est-à-dire qu'il provient d'une source secondaire. Il a été transmis à cette femme par un enfant infecté, et celle-ci le transmet ensuite à un autre nourrisson. Ricord et son école expliquaient naguère ces accidents mammaires par des pratiques artificielles, par un raffinement de débauche, ou bien encore par un contact avec des personnes étrangères atteintes de syphilis; mais aujourd'hui il est inutile de chercher des explications aussi ingénieuses.

Diday, frappé de la relation qui existe entre l'accident mammaire des nourrices et l'accident buccal des nourrissons, avait admis une virulence spéciale et plus contagieuse du pus d'origine congénitale. Cette explication, destinée à faire cadrer son observation vraie avec la doctrine fautive de l'hôpital du Midi sur la non-contagion des accidents secondaires chez l'adulte, n'est plus nécessaire, aujourd'hui que tout le monde accepte, plus ou moins franchement, il est vrai, la possibilité de cette contagion. Rollet a en outre démontré, comme nous l'avons déjà dit, que

(1) *Union médicale*, 1854.



l'accident mammaire était, dans ces circonstances, un chancre, quoiqu'il eût une origine secondaire.

*Infection par l'enfant.*—Nous indiquerons rapidement ce qui touche à l'infection par l'enfant, à cause des nombreux points de contact de cette question avec celles que nous venons d'étudier.

L'enfant syphilitique peut, prétend-on, infecter : 1° sa mère pendant la grossesse ; 2° sa nourrice ou toute autre personne étrangère.

1° Le fœtus rendu syphilitique par l'influence du père peut-il, en effet, durant la grossesse, infecter sa mère ? Cette question, comme toutes celles qui touchent à la syphilis congénitale, a ses défenseurs et ses opposants. Maisonneuve et Montanier nient absolument ce mode de contagion, qui est accepté par Ricord et Depaul.

Nous avons examiné avec attention les observations citées à l'appui de cette hypothèse, et nous ne craignons pas de soutenir que les trois cas cités par Diday (*Traité de la syphilis des nouveau-nés*, p. 244 et 247) ; ceux de Melchior Robert, contenus dans la nouvelle édition de son ouvrage (p. 680, 681) ; enfin ceux que renferme le travail de Hutchinson (*Medical Times and Gazette*, 1856, extrait dans la *Gazette médicale*, 1857, p. 646), n'ont pas porté la moindre conviction dans notre esprit, car tous ces faits sont privés de détails suffisants pour établir que le père n'a pas pu transmettre à sa femme quelque accident contagieux, et que cette femme n'a point eu antérieurement des accidents syphilitiques.

2° La transmission de la vérole du nourrisson à la nourrice est aujourd'hui incontestable et appuyée par un très-grand nombre d'exemples. Elle se fait suivant les conditions énoncées au paragraphe où nous avons déjà traité des accidents secondaires. Il est inutile de revenir sur ces faits acquis aujourd'hui à la discussion.

**PRONOSTIC.**—Le pronostic de la syphilis des nouveau-nés doit être envisagé à plusieurs points de vue différents. L'infection syphilitique peut, avant la naissance de l'enfant, être suivie de l'avortement à des époques variables de la grossesse. Cet avortement est du fait de la syphilis et ne peut être attribué au mercure ; car plusieurs cas, au contraire, prouvent de la façon la plus nette que cette disposition fâcheuse à l'avortement a pu disparaître sous l'influence d'un traitement mercuriel. L'observation apprend encore que cette action funeste du virus va en s'affaiblissant. Dans un fait de Bertin, qu'on peut rapprocher de celui que j'ai observé et dont j'ai parlé plus haut, on voit le premier enfant naître à six mois, le deuxième à sept, le troisième à sept 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 vécut quatre mois sans traitement.

Après la naissance la mort est fréquente chez les enfants syphilitiques, et ils succombent, soit à une altération générale de l'économie, soit à quelques-unes des lésions viscérales que nous avons rappelées plus haut.

**TRAITEMENT.**—Lorsqu'un enfant naît de parents ayant eu ou ayant

encore des accidents syphilitiques, doit-on, avant l'apparition d'aucune lésion locale, le soumettre à un traitement mercuriel ? Il y a à cet égard divergence dans l'opinion des syphilographes. Quelques-uns préconisent un traitement quand même ; d'autres, et Diday est de ce nombre, établissent des catégories. Le chirurgien de Lyon conseille le traitement mercuriel : 1° à l'enfant issu d'un père et d'une mère ayant ou ayant eu tous les deux la syphilis au moment où ils l'ont conçu ; 2° à ceux dont le père ou la mère aurait été à ce moment sous l'influence d'une diathèse syphilitique manifestée par des symptômes constitutionnels récents et non encore traités spécifiquement ; 3° à ceux enfin qui, engendrés hors de ces conditions, mais néanmoins par des parents à antécédents syphilitiques, naîtraient avant terme ou à terme, mais avec l'apparence sénile, etc. Nous pensons qu'il importe de tenir davantage compte de la santé particulière de l'enfant. Si, les antécédents syphilitiques des parents bien établis, l'enfant naît avant terme et débilité, le traitement mercuriel devient quelquefois une précieuse ressource ; mais, si cet enfant jouit à sa naissance d'une santé parfaite, nous estimons qu'il est convenable d'attendre l'apparition de quelque lésion syphilitique pour commencer le traitement mercuriel, puisqu'on voit quelquefois la syphilis ne pas éclater. Mais, dès qu'apparaissent les accidents syphilitiques, il faut mettre tout de suite en usage le traitement spécifique.

Le traitement peut être *indirect* ou *direct*. Le premier consiste à allaiter l'enfant à l'aide d'un lait provenant d'une femme soumise à un traitement antisiphilitique. Quand la mère est atteinte de vérole, la chose est facile à réaliser ; mais, si la nourrice est saine, ce mode de traitement est moins praticable, et l'on ne doit lui administrer le mercure qu'après lui avoir démontré que le traitement mercuriel ne saurait avoir chez elle des résultats fâcheux. Dans ce traitement indirect, on administre à la mère ou à la nourrice le sublimé ou le protoiodure de mercure aux doses déjà indiquées. Le lait de ces femmes, dans lequel un pharmacien distingué des hôpitaux, Personne, n'a pas trouvé de mercure, peut faire disparaître les accidents syphilitiques ; mais c'est un traitement long. S'il n'y a pas possibilité d'administrer le lait d'une femme soumise au traitement mercuriel, on pourrait se servir du lait d'ânesses ou de chèvres auxquelles on aurait, par de larges onctions napolitaines, fait absorber du mercure.

Mais il vaut mieux administrer directement la préparation hydrargyrique à l'enfant. Le *traitement direct est externe* ou *interne*. Quand les mercuriaux peuvent être supportés à l'intérieur, il faut, sans nul doute, les administrer par cette voie ; mais, dans le cas contraire, s'ils occasionnent des accidents gastro-intestinaux, on doit avoir recours aux frictions et aux bains.

Les *frictions mercurielles*, vantées par Brodie, ont eu l'approbation de Cullerier (1), qui conseille de les pratiquer sur les parois latérales

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1852, p. 433.



du thorax, au voisinage de l'aisselle, évitant ainsi les causes nombreuses d'irritation qui se montrent sur les cuisses des petits enfants, parties où naguère on conseillait de faire ces frictions. Des bains savonneux doivent être souvent prescrits pour détacher la pommade, qui se dessèche et se rancit à la surface de la peau.

Les *bains mercuriels*, à l'aide du bichlorure de mercure, constituent aussi un mode de traitement des plus utiles, et qui modifie promptement les accidents cutanés.

Le *traitement interne*, d'un emploi aussi commode que sûr chez les petits enfants, consiste dans l'administration de la liqueur de Van Swieten. On donne chaque jour de 2 à 3 grammes de liqueur de Van Swieten, qu'on fait prendre, soit dans une potion gommeuse, soit dans un peu de lait. Le traitement mercuriel suffit seul aux accidents secondaires qu'on voit chez les nouveau-nés; mais, s'il existe quelques syphilides profondes ou quelques accidents tertiaires, il faut administrer conjointement au mercure l'iodure de potassium. On commencera par 5 centigrammes de ce sel, et l'on en augmentera progressivement la dose. Quelques lotions chlorurées ou alcalines suffiront aussi, pendant ce traitement, à combattre les accidents locaux, tels que plaques muqueuses, etc. On ne saurait trop recommander, pendant le traitement de la syphilis chez le nouveau-né, d'administrer à l'enfant un lait riche, de le soustraire au froid et à l'humidité, enfin de l'entourer de tous les soins de propreté.

Il est assez difficile de fixer la durée d'un traitement antisyphilitique chez un nouveau-né, car on ne possède pas, comme chez l'adulte, certains signes d'une saturation mercurielle. On en revient ainsi au précepte de continuer l'emploi des mercuriaux pendant un temps égal à celui qu'a exigé la disparition des accidents syphilitiques. Diday estime qu'un traitement de trois mois est suffisant chez le nouveau-né, à la condition que le mercure soit directement administré au malade; mais ce n'est là qu'une hypothèse. Si c'est le traitement indirect qui est mis en usage, il faudra un temps bien plus considérable.

Que deviennent plus tard ces enfants ainsi traités et guéris de la syphilis? Les récidives sont-elles aussi fréquentes chez eux que chez les adultes? La diathèse s'éteint-elle? Voilà bien des questions restées encore insolubles, et qui touchent cependant aux plus curieux problèmes de la médecine. Mais la syphilis semble devoir toujours être, comme l'homme qu'elle atteint, une grande et permanente énigme.

FIN DU PREMIER VOLUME.

## TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.

## PREMIÈRE PARTIE.

MALADIES COMMUNES A TOUS LES TISSUS ORGANIQUES.

|  |     |
|--|-----|
| CHAPITRE PREMIER. — DE L'INFLAMMATION ET DE SES CONSÉQUENCES.....  | 1   |
| ART. I. — Inflammation en général.....                             | 1   |
| ART. II. — Exsudation.....   | 20  |
| ART. III. — Suppuration.....                                       | 25  |
| ART. IV. — Abscess.....  | 34  |
| § 1. Abscess chauds.....   | 34  |
| § 2. Abscess froids.....   | 50  |
| ART. V. — Infection purulente.....                                 | 55  |
| ART. VI. — Infection putride.....                                  | 76  |
| ART. VII. — Diathèse purulente; suppurations critiques.....        | 79  |
| ART. VIII. — Gangrène en général.....                              | 80  |
| ART. IX. — Des diverses espèces de gangrènes.....                  | 93  |
| § 1. Gangrènes directes.....                                       | 93  |
| 1° Gangrène par contusion.....                                     | 93  |
| 2° Gangrène par compression.....                                   | 94  |
| 3° et 4° Gangrène par les caustiques, le feu et le froid.....      | 96  |
| § 2. Gangrènes indirectes.....                                     | 97  |
| 1° Gangrène par obstacle brusque à la circulation artérielle.....  | 97  |
| a. Gangrène après la ligature des artères.....                     | 97  |
| b. Gangrène par embolie.....                                       | 97  |
| 2° Gangrène par arrêt de la circulation veineuse.....              | 100 |
| 3° Gangrène dans l'athérome artériel, dite gangrène spontanée..... | 101 |
| 4° Gangrène par inflammation.....                                  | 106 |
| 5° Gangrène par cessation d'action nerveuse.....                   | 108 |
| § 3. Gangrènes toxiques.....                                       | 109 |
| Gangrène par le seigle ergoté.....                                 | 109 |
| § 4. Gangrènes virulentes.....                                     | 115 |
| ART. X. — De l'ulcération et des ulcères.....                      | 115 |
| § 1. Ulcères simples.....  | 120 |
| Complications. — Inflammation. — Atonie.....                       | 123 |
| § 2. Ulcères scrofuleux.....                                       | 133 |
| § 3. Ulcères scorbutiques.....                                     | 136 |
| ART. XI. — Des fistules.....                                       | 138 |
| I.   | 50  |