

Nous avons vu, à propos de chancres extra-génitaux, les opinions émises sur la gravité de la syphilis qui leur succède.

Les accidents qui traduisent la période secondaire de la syphilis ne permettent pas encore de pronostiquer la gravité ultérieure de l'affection : les syphilis malignes précoces sont souvent suivies d'une période tertiaire très bénigne et, d'autre part, à des syphilis secondaires avec manifestations légères, rares et non persistantes, succèdent des accidents tertiaires des plus sérieux.

En résumé, le pronostic de la syphilis a moins pour base la nature et le caractère des accidents spécifiques qu'elle a provoqués que le terrain sur lequel elle s'est développée. Un autre élément capital de ce pronostic, sur lequel Fournier insiste particulièrement, est fourni par le traitement auquel les malades ont été soumis : un traitement mercuriel suivi régulièrement, à doses suffisantes, pendant un temps suffisant, est le facteur le plus sérieux d'atténuation des risques de la syphilis ; c'est souvent à l'absence de traitement que les syphilis d'apparence bénigne à la période secondaire doivent leur ultérieure et définitive gravité.

La virulence de la syphilis semble susceptible de modifications. La gravité de la syphilis au xv^e siècle, comparée à ce qu'elle est actuellement, vient à l'appui de cette opinion : l'atténuation pourrait être expliquée par la multiplicité des générations successivement atteintes de cette affection et successivement soumises à la médication antisiphilitique (Gémy).

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

L'hérédité siphilitique se manifeste le plus souvent par des accidents spécifiques, nettement caractérisés, existant au moment même de la naissance, ou survenant peu après la naissance : c'est la syphilis héréditaire précoce. Elle peut encore se manifester, à une période plus ou moins avancée de la vie, par des accidents nettement siphilitiques (syphilis héréditaire tardive).

D'autres fois, elle ne donne pas lieu à des lésions manifestement siphilitiques, mais à des troubles de nutrition, dystrophies parasiphilitiques, dont les conséquences sont variables.

DYSTROPHIES D'ORIGINE SYPHILITIQUE

L'influence dystrophique de la syphilis des parents se traduit, chez le fœtus et chez l'enfant, par des lésions très diverses et souvent multiples.

Tout d'abord, elle se manifeste par la mort du fœtus et son expulsion prématurée. Les avortements et surtout les avortements répétés sont très souvent sous la dépendance de la syphilis : ils sont d'autant plus précoces que la syphilis est plus récente et a été moins traitée.

Les fœtus provenant de femmes siphilitiques et expulsés avant terme ne présentent souvent aucune lésion appréciable, et, en l'absence de toute cause maternelle autre que la syphilis, susceptible d'expliquer l'avortement, on est obligé de mettre leur mort sur le compte d'une cachexie particulière que A. Fournier considère comme une des causes d'« inaptitude à la vie » des enfants des siphilitiques. Alors même que ces fœtus présentent des lésions

viscérales, ces dernières sont souvent insuffisantes à expliquer la mort du fœtus.

Parmi les enfants de siphilitiques qui naissent à terme, un certain nombre sont atrophiés, chétifs, dépourvus de toute résistance vitale, et succombent en peu de jours à des causes minimales qui seraient incapables de faire périr un enfant sain. D'autres encore survivent, mais restent petits, atrophiés, presque nains, infantiles ; pendant toute leur existence, leur développement est incomplet, leurs fonctions intellectuelles rudimentaires, et ils résistent mal aux maladies infectieuses, spécialement à la tuberculose : plus que tous autres, ils sont exposés à devenir rachitiques, bien que le rachitisme ne puisse plus être considéré comme une manifestation directe de la syphilis.

Chez d'autres, l'influence de la syphilis des parents se traduit à la naissance par des malformations diverses ; ces malformations, qui ont été étudiées tout récemment par Edmond Fournier⁽¹⁾, peuvent porter sur le crâne et l'encéphale et se traduire par des *déformations du crâne* avec proéminence des bosses frontales, par de l'asymétrie crânienne, l'hydrocéphalie, la microcéphalie, parfois accompagnées d'une circulation crânienne supplémentaire très développée, par des *déformations de la face*, bec-de-lièvre, aplatissement des os du nez, configuration ogivale de la voûte palatine, par des *malformations rachidiennes*, scoliose, spina-bifida, par des *malformations des membres*, polydactylie, syndactylie, ectromélie, hémimélie, luxations congénitales de la hanche, pieds bots, etc. On a cité également quelques faits de malformations congénitales du cœur chez des enfants de siphilitiques ; les hernies congénitales, les déplacements des viscères peuvent également s'observer chez eux ; les testicules, les seins, les ovaires sont souvent incomplètement développés.

Des dystrophies peuvent porter également sur les centres nerveux ; elles se traduisent, lorsque l'enfant grandit, par un développement plus ou moins incomplet de l'intelligence, l'impossibilité d'apprendre et de retenir les notions les plus élémentaires, l'absence ou le peu d'amplitude de la mémoire : on peut observer tous les degrés depuis l'idiotie complète jusqu'au simple retard du développement de l'intelligence. Des troubles médullaires, liés à un développement incomplet des faisceaux de la moelle, peuvent être mis parfois sur le compte de la syphilis des parents.

Du côté des organes des sens, on peut observer la surdi-mutité, des troubles oculaires divers, strabisme, malformation de l'iris, rétinite pigmentaire, etc., sans compter les reliquats de kératite.

Les dents présentent souvent chez les enfants de siphilitiques des malformations qui relèvent de troubles dystrophiques et portent surtout sur les dents de la deuxième dentition. Il y a lieu de distinguer tout d'abord une forme d'altération dentaire, décrite par Hutchinson comme caractéristique de l'hérédosyphilis ; la « dent de Hutchinson » présente un aspect très spécial, qui ne permet de la confondre avec aucune autre : d'abord les lésions qui méritent ce nom ne portent jamais que sur les incisives médianes supérieures ; ces dents sont excavées à leur bord libre, de façon à former une encoche semi-lunaire, leurs bords latéraux sont incurvés, et leur base rétrécie ; enfin les dents sont inclinées en dedans, et elles tendent à se rapprocher à leur partie inférieure. La réunion de ces caractères : lésions des incisives médianes, excavation semi-

⁽¹⁾ EDMOND FOURNIER, Stigmates dystrophiques de l'hérédosyphilis. Thèse de Paris, 1897-1898.

lunaire du bord libre, rétrécissement de la base, convergence des axes, est indispensable pour constituer la « dent de Hutchinson ». Cette expression ne doit pas être employée, comme elle l'est trop souvent, aux dépens de la précision du langage et de l'exactitude des observations, pour désigner toutes les altérations dentaires avec usure plus ou moins nette de la partie moyenne du bord libre.

D'autres altérations dentaires peuvent s'observer chez les syphilitiques héréditaires : absence de dents, atrophie générale d'une ou plusieurs dents, configuration très irrégulière (amorphisme dentaire), dépressions punctiformes de leur surface (érosion dentaire), sillons transversaux uniques ou multiples; mais, malgré leur fréquence chez les sujets porteurs de manifestations hérédo-syphilitiques, aucune d'elles, en dehors de la « dent de Hutchinson », n'est spéciale à la syphilis, aucune d'elles ne peut permettre de diagnostiquer cette dernière, si elle ne coexiste avec d'autres manifestations plus caractéristiques. Toutes ces malformations dentaires, à l'exception de la « dent de Hutchinson », peuvent s'observer chez les sujets qui, dans leur enfance, au moment de la formation des germes dentaires, ont été atteints de maladies graves aiguës ou chroniques ou de troubles digestifs intenses et prolongés. On doit même se demander si les hérédo-syphilitiques ne les doivent pas, pour une part au moins, aux maladies intercurrentes de l'enfance qui les atteignent si fréquemment et les frappent si durement.

D'ailleurs, tous les troubles dystrophiques et toutes les malformations observés chez les hérédo-syphilitiques ne sont pas propres à la syphilis : on les rencontre également chez des sujets dont les parents ont été atteints d'autres maladies graves; si la syphilis les produit ou parait les produire plus fréquemment que d'autres infections, c'est que son influence s'exerce pendant une plus longue période de temps, qu'elle est plus facile à retrouver dans les antécédents et qu'elle a davantage attiré l'attention comme cause de dystrophies et de malformations. Les expériences de Gley, Charrin, Féré ont réalisé sur les animaux issus de parents atteints de maladies infectieuses diverses, ou soumis à des intoxications variées, des malformations et des dystrophies très comparables à celles de la syphilis.

SYPHILIS DU FŒTUS ET DE SES ANNEXES

Les fœtus issus de parents syphilitiques et expulsés avant terme peuvent ne présenter aucune altération tégumentaire autre que la macération de la peau; ceux qui naissent au huitième mois offrent parfois des traces de manifestations syphilitiques analogues à celles que l'on rencontre chez les enfants nés à terme; les lésions viscérales sont fréquentes et souvent considérables, surtout celles du foie qui présentent même souvent une intensité bien plus grande que chez l'enfant né à terme.

Le placenta⁽¹⁾ est souvent le siège de lésions considérables, lésions plus développées quand la mère a contracté la syphilis avant la grossesse ou dès les premiers mois de celle-ci que lorsqu'elle l'a contractée dans les derniers mois. Le placenta syphilitique est plus volumineux que le placenta sain, il peut atteindre et dépasser le quart du poids du fœtus alors que le placenta sain ne

(1) SCHWAB. La syphilis du placenta. Thèse de Paris, février 1896.

dépasse pas le sixième du poids du fœtus; il est plus pâle, plus œdémateux, parfois mou et friable, d'autres fois ferme et dense. Au microscope, on trouve une véritable cirrhose placentaire, dont les lésions diffuses atteignent ses divers éléments tant fœtaux que maternels et qui est consécutive à une endopériartérite et une endopériphlébite plus ou moins généralisée des villosités chorales.

Le cordon ombilical peut présenter une infiltration embryonnaire plus ou moins accusée et des lésions vasculaires.

Les lésions placentaires portent, dans tous les cas, à la fois sur le placenta maternel et sur le placenta fœtal, mais elles ont une intensité plus grande sur la partie maternelle lorsque l'infection provient de la mère et sur la partie fœtale lorsque le fœtus tient la syphilis de son père.

L'hydramnios est particulièrement fréquent chez les femmes syphilitiques (Bar, Fournier).

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE

Les manifestations de la syphilis héréditaire précoce présentent avec celles de la syphilis acquise des analogies incontestables; mais, en raison des conditions de structure des viscères, de nutrition et d'évolution propres à l'enfant, elles offrent des caractères spéciaux, qui nécessitent une description particulière. Certaines de leurs localisations sont pour ainsi dire inconnues dans la syphilis acquise, alors que dans l'hérédo-syphilis elles offrent une fréquence considérable et présentent une valeur diagnostique de premier ordre.

Existant parfois à la naissance, ces manifestations commencent ordinairement à se montrer dans le cours des trois premiers mois, plus rarement après cette époque, très exceptionnellement après le sixième mois. Cependant on a vu la syphilis héréditaire ne se démasquer qu'au bout de sept mois (Trousseau, Kjellberg, J. Simon) : ces faits ont une importance pratique considérable et imposent une grande réserve au médecin lorsqu'il doit se prononcer sur un enfant que la syphilis de ses parents ou l'ignorance de l'état de santé de ceux-ci rend suspect de syphilis héréditaire; l'apparition relativement tardive de celle-ci a été l'origine de la plupart des faits désastreux de syphilis vaccinale.

Les enfants atteints de syphilis héréditaire présentent souvent l'apparence de la santé parfaite jusqu'à l'apparition des manifestations cutanées et parfois même après le développement de celles-ci.

Le *facies* décrit par Trousseau comme caractéristique de l'hérédo-syphilis manque très souvent; mais son existence a une valeur diagnostique considérable. Il se traduit de la façon suivante : le visage offre un aspect soufreux, la peau a une coloration bistrée, jaune mais, très spéciale; les cils font défaut, les cheveux sont rares avec des îlots complètement alopeciques; sauf aux derniers temps de son existence, le visage de l'hérédo-syphilitique n'est pas amaigri et ses traits ne sont pas tirés à la manière d'un vieillard comme ceux de l'enfant athrepsique.

L'*anémie*, que traduit cette coloration des téguments, est réelle : les globules sanguins sont pâles et en nombre inférieur à la normale (Cuffer).

Les *lésions cutanées* peuvent présenter des caractères très différents et revêtir presque tous les types observés dans la syphilis acquise. Cependant certaines d'entre elles sont spéciales à la syphilis héréditaire, et d'autres, que l'on observe dans la syphilis acquise, ne se rencontrent pas dans l'hérédo-syphilis.

La *roséole* manque dans la syphilis héréditaire, ou tout au moins y est absolument exceptionnelle (Parrot). Mais on y observe fréquemment une éruption composée de macules d'un rouge plus ou moins foncé, tirant sur le jaune, rappelant la coloration jambonnée des syphilides de l'adulte, ou celle de la chair du saumon; cette *syphilide maculeuse* débute par les fesses et les cuisses, se montre ensuite sur la face, et plus tard sur le tronc. Ces macules font souvent une saillie appréciable, constituant ainsi de véritables papules plus ou moins larges (érythème maculo-papuleux de Zeissl).

Dans certaines régions, la paume des mains et la plante des pieds en particulier, l'érythème se présente sous la forme de nappes de coloration rouge vif ou cuivrée, et la peau se recouvre de squames blanches et sèches, qui plus tard se détachent sur toute l'étendue du placard de façon à ne plus laisser qu'une collerette à sa périphérie. Ces *syphilides psoriasiformes* peuvent occuper des segments considérables des membres.

Au pourtour des orifices naturels, les lésions érythémateuses s'accompagnent souvent de *fissures* ou *rhagades* plus ou moins profondes, constituant parfois des ulcérations véritables qui laissent après elles des cicatrices indélébiles : aux lèvres et au menton en particulier, ces rhagades, disposées à la manière de rayons, donnent au visage des petits syphilitiques une apparence spéciale et caractéristique.

Les *gommes* et les tubercules véritables sont rares aux périodes précoces de l'hérédosyphilis.

Plus fréquemment, il se développe des *plaques syphilitiques*, qui ont, plus que chez l'adulte, une prédilection marquée pour les régions où deux portions de téguments viennent au contact l'une de l'autre, la région périnéale, le sillon interfessier, les régions génitale et génito-crurale; ces régions qui, chez l'enfant, sont exposées au contact de l'urine et des matières fécales, constituent d'ailleurs, pour toutes les manifestations de l'hérédosyphilis, des sièges de prédilection toute particulière. A l'anus, les plaques muqueuses occupent jusqu'au voisinage immédiat de l'orifice anal; elles siègent, comme les syphilides érosives, de préférence au fond des plis de cet orifice. Les plaques syphilitiques des jeunes sujets ont, bien moins que celles de l'adulte, tendance à s'hypertrophier et à devenir végétantes; le plus souvent elles sont peu saillantes, arrondies, érosives à leur centre, qui a une coloration rouge, parfois fissuraires. Dans le pli rétro-auriculaire où elles sont assez fréquentes (Sevestre), au voisinage du nez, au cuir chevelu, elles se recouvrent souvent de croûtes jaunâtres.

On observe assez fréquemment dans la syphilis héréditaire une lésion cutanée qui n'a pas son analogue dans la syphilis des adultes, et qui est connue sous le nom défectueux de *pemphigus syphilitique*. Cette éruption, qui a pour sièges à peu près uniques la paume des mains et la plante des pieds, est une des plus précoces et s'observe dès la naissance, que le fœtus soit à terme ou un peu avant terme; il est tout à fait exceptionnel de la voir apparaître au delà de la première semaine. Elle est constituée par des soulèvements épidermiques mesurant de 2 ou 3 millimètres à 1 centimètre environ, parfois remplis d'un liquide louche ou purulent. Le plus souvent, le soulèvement épidermique marque seul sa présence, il n'y a pas de trace de liquide; on voit seulement, sur une surface arrondie, de quelques millimètres de diamètre, l'épiderme plissé, blanc, comme s'il était macéré, soulevé; au-dessous de ce soulèvement épidermique, le tégument a une coloration rouge vineux et suinte légèrement. Des

ulcérations profondes succèdent souvent à cette forme de syphilide, dont le pronostic est très grave, car elle se montre chez des enfants profondément atteints par la syphilis et presque toujours dans des cas à terminaison fatale. Si l'enfant doit guérir, on voit persister pendant un certain temps des squames peu épaisses.

Le prétendu pemphigus syphilitique diffère profondément des lésions bulleuses rangées sous la dénomination de pemphigus; il s'agit d'une lésion très spéciale, au niveau de laquelle on ne trouve ni cellules plasmatiques, ni cellules géantes, mais des cellules fusiformes autour des vaisseaux comme dans la roséole et une émigration leucocytaire très accentuée (Unna); l'épiderme est soulevé par l'exsudat pour constituer une bulle; aussi la lésion ne s'observe-t-elle que dans les régions où l'épiderme est résistant.

La macération amniotique ajoute son action à la résistance de l'épiderme palmo-plantaire pour permettre le décollement de celui-ci : d'où le développement de la lésion pendant la vie fœtale ou dans les premiers jours de la vie extra-utérine.

Il est fréquent d'observer des lésions ulcéreuses au pourtour des ongles, qui sont décollés par la suppuration; l'onyxis peut également être sèche et caractérisée uniquement par le décollement et le fendillement de l'ongle.

Les *lésions des muqueuses* peuvent se présenter sous la forme de plaques muqueuses analogues à celles de la syphilis de l'adulte : il en est ainsi pour la *muqueuse buccale*. Les lèvres sont souvent le siège de fissures occupant soit les commissures qu'elles débordent, soit un point quelconque de leur bord libre; ces fissures constituent un danger sérieux; au point de vue de la transmission de la syphilis du nourrisson à la nourrice qui l'allait. Parrot avait attribué à la syphilis héréditaire la lésion connue sous le nom de glossite exfoliatrice marginée ou de lichénoïde lingual : Caspary, Vanlair, et plus récemment Fournier et Lemonnier ont montré que cette affection n'a aucun rapport avec la syphilis héréditaire.

La *muqueuse nasale* est très fréquemment atteinte dans la syphilis héréditaire : le coryza, caractérisé par un écoulement plus ou moins abondant de liquide sanieux ou séreux, quelquefois fétide, donne parfois lieu à la formation de croûtes qui obstruent les narines. Cette obstruction entrave la respiration nasale, ce qui met obstacle à l'allaitement et vient encore compromettre la nutrition déjà si précaire des hérédosyphilitiques; les narines sont souvent rouges et fendillées.

Le coryza hérédosyphilitique précède souvent les éruptions cutanées : il peut exister dès la naissance et se montre généralement dans les six premières semaines de la vie.

De même qu'il précède les autres manifestations de la syphilis, de même il en constitue la plus tenace et souvent il persiste jusqu'à la guérison ou jusqu'à la mort.

Sa fréquence et sa précocité en font un symptôme révélateur de premier ordre. Malgré le caractère purulent de ses sécrétions, le coryza syphilitique précoce ne s'accompagne pas de lésions ulcéreuses de la muqueuse; il ne s'accompagne pas non plus de lésions du périoste et des os. On voit souvent en même temps que lui des lésions du tissu adénoïde du pharynx dont la tuméfaction augmente les troubles de la respiration.

Les *ganglions lymphatiques*, contrairement à ce qui se passe dans la syphilis

de l'adulte, sont rarement atteints dans l'héredo-syphilis; quelquefois cependant ils peuvent être le siège de lésions généralisées (Doyen).

Les **lésions osseuses** sont fréquentes dans la syphilis héréditaire, ainsi que l'a montré Parrot⁽¹⁾. Au crâne, elles se traduisent par le développement de saillies, occupant principalement le frontal et formant deux bosses latérales (crâne nati-forme, de *nates*, fesses). Aux membres, elles restent souvent latentes; dans un certain nombre de cas cependant, elles se traduisent par un syndrome très caractéristique que Parrot a fait connaître sous le nom de *pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés*: ce syndrome se caractérise par l'immobilité plus ou moins complète du membre; les mouvements provoquent des douleurs, l'enfant évite celles-ci en laissant le membre dans l'inertie. Lorsqu'on l'examine, le moindre mouvement provoque des cris; à la palpation, l'os est tuméfié, généralement au voisinage de la diaphyse; parfois on constate de la crépitation révélant un décollement dia-épiphyse. La pseudo-paralysie syphilitique peut occuper un seul membre, assez souvent deux, rarement trois; elle se développe généralement dans les 5 ou 4 premiers mois de l'existence. Elle est souvent le premier phénomène qui révèle l'existence de la syphilis.

La pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés est d'autant plus facilement curable que la nature de la maladie est reconnue plus tôt et que l'état général de l'enfant est moins profondément atteint. Des infections secondaires peuvent déterminer la suppuration de ces lésions osseuses et amènent presque fatalement la mort de l'enfant.

Macroscopiquement, les lésions osseuses de l'héredo-syphilis se traduisent par un épaissement du périoste et de la diaphyse, par la production d'ostéophytes; le cartilage épiphyse se ramollit par suite de la résorption progressive de sa substance fondamentale, tandis que ses éléments cellulaires prolifèrent; il devient gélatiniforme ou puriforme. Plus tard, l'os se décalcifie, la substance médullaire prend la place de travées osseuses (médullisation), alors que de nouvelles couches se forment à la surface de l'os. Finalement, les lésions prennent un aspect qui les rapproche de celles du rachitisme; mais, malgré l'opinion de Parrot, qui attribuait au rachitisme une origine syphilitique, elles ne peuvent être confondues avec lui.

Des **lésions viscérales** peuvent s'observer chez les enfants syphilitiques. Ces lésions qui ont pour siège le foie, la rate, les poumons, le testicule, seront étudiées à propos des maladies de chacun de ces organes en particulier. Celles du foie et de la rate doivent être mentionnées ici en raison de leur fréquence et de leur importance pour le diagnostic de l'héredo-syphilis précoce. Le **foie** est le plus souvent volumineux, son bord inférieur descend fréquemment jusque dans la fosse iliaque; il est régulier et facile à percevoir à la palpation; sa surface est lisse. L'augmentation de volume du foie traduit seule, en clinique, l'existence de cette cirrhose syphilitique qui ne donne lieu que tout à fait exceptionnellement à des troubles de la circulation abdominale ou à de l'ictère. Elle s'accompagne d'une augmentation de volume de la **rate**, qui est facilement perceptible à la palpation. Les lésions hépatiques et spléniques sont, en général, d'autant plus considérables que les enfants sont plus fortement et plus gravement touchés par la syphilis.

Les lésions viscérales liées à l'héredo-syphilis, tout en présentant les caractéristiques

(1) PARROT, *La syphilis héréditaire et le rachitisme*. Paris, 1886.

générales anatomiques des lésions syphilitiques, prolifération cellulaire avec tendance à la sclérose et à l'atrophie parenchymateuse ou à la production de gomme, diffèrent de celles que l'on observe chez les adultes syphilitiques en raison du terrain infantile sur lequel elles se développent et de l'évolution anatomique que subissent les organes à cette période de la vie.

La cirrhose hépatique des héredo-syphilitiques, tant par l'aspect macroscopique de son tissu dont la couleur et la demi-transparence ont été comparées à celles du silex, que par l'abondance des gomme miliaires qui la constituent histologiquement, diffère profondément des cirrhoses syphilitiques de l'adulte et dénote une violente action locale du virus syphilitique sur un organe en formation.

La plupart des lésions viscérales de l'héredo-syphilis ne se traduisent pas pendant la vie par des symptômes caractéristiques. Les vomissements, la diarrhée qui accompagnent les lésions intestinales, la dyspnée à laquelle donnent lieu parfois les lésions pulmonaires, ne pourraient être rapportés à leur véritable cause si les manifestations cutanées et muqueuses n'avaient auparavant permis de reconnaître l'existence de la syphilis. Il convient cependant de faire une exception pour les lésions testiculaires qui, en raison de leur fréquence chez les héredo-syphilitiques et de leur rareté en dehors de l'héredo-syphilis, doivent toujours faire songer à celle-ci.

Les **manifestations oculaires** sont rares dans l'héredo-syphilis précoce; on y observe cependant quelquefois l'iritis, qui aboutit souvent à la perte de l'œil, plus souvent la kératite interstitielle.

Abandonnée à elle-même, la syphilis héréditaire précoce se traduit par des manifestations cutanées et muqueuses de plus en plus graves et étendues; le teint de l'enfant s'altère de plus en plus, en même temps qu'il s'amaigrit et dépérit, et il finit par succomber à un état de cachexie, souvent accompagné de diarrhée et de vomissements, rarement de convulsions ou d'autres troubles nerveux. Des maladies intercurrentes, une diarrhée d'origine alimentaire ou une broncho-pneumonie sont souvent aussi la cause de la mort.

L'intervention du traitement syphilitique peut amener la guérison, à condition que l'état cachectique ne soit pas trop avancé.

Pronostic. — Le pronostic de l'héredo-syphilis dépend pour une grande part de la précocité du diagnostic. Lorsque l'affection est reconnue de bonne heure, avant qu'il n'ait pu se produire des désordres intenses, lorsqu'elle est traitée de suite et avec une suffisante énergie, les chances de guérison sont relativement considérables.

L'état général de l'enfant fournit un élément important du pronostic: les enfants robustes, digérant bien, nourris avec régularité, entourés de soins et de précautions hygiéniques, supportent mieux les atteintes de l'héredo-syphilis que les enfants nés avant terme, alimentés d'une façon défectueuse et mal tenus. Dans les asiles d'enfants trouvés, les nouveau-nés héredo-syphilitiques succombent presque tous soit aux progrès de la cachexie syphilitique, soit à des maladies intercurrentes, surtout la broncho-pneumonie et l'entérite; dans la clientèle privée, on en sauve un très grand nombre.

Il est vrai que ceux qui dépassent les premières semaines de la vie sont souvent emportés par des accidents d'origine héréditaire, ou succombent