

XXXI

SYPHILIS

PAR PAUL GASTOU

Ancien Chef de clinique et Assistant de consultation à l'Hôpital Saint-Louis,
Chef de laboratoire de la Faculté.

La syphilis infantile existe depuis le moment où l'enfant est virtuelle-ment, c'est-à-dire depuis la fécondation, jusqu'au moment où physiologiquement il peut procréer lui-même, c'est-à-dire à la puberté. Elle s'étend donc depuis le moment de la conception jusque vers 14 à 15 ans.

Les formes, les caractères, l'évolution de la syphilis infantile sont en rapport d'une part avec l'évolution, le développement et la croissance de l'enfant, et d'autre part avec le milieu dans lequel il vit, depuis l'état embryonnaire jusqu'à la puberté. L'évolution de la syphilis est donc soumise aux grandes lois de l'hérédité, aux modifications survenant pendant la vie intra-utérine chez les mères : *maladies de la gestation*, et l'enfant : *maladies fœtales*; aux troubles organiques, aux altérations générales et locales produites par les *maladies infectieuses*, enfin aux troubles de nutrition produits par les *intoxications*. Ces différentes influences qui rendent très complexe l'étude de la syphilis infantile peuvent se résumer ainsi :

1° *Hérédité de fécondation* : transmission des caractères, des troubles de nutrition, des diathèses ou prédispositions existant antérieurement chez les ascendants; c'est l'*hérédito-transmission* ou *hérédité* dans le sens absolu du mot;

2° *Hérédité morbide* ou transmission directe de maladies virulentes, parasitaires des ascendants aux descendants, véritable contamination du produit par *hérédito-contagion*, ou *congénialité*, qui transmet avec la syphilis toute maladie survenant pendant la grossesse;

3° *Dystrophies* infantiles dues aux maladies de la gestation, ou aux maladies intra-utérines du fœtus. Maladies tenant aux qualités biologiques du milieu dans lequel vit le fœtus. D'où le rôle considérable de l'état maternel dans l'étude de la syphilis infantile. Ces trois ordres de faits, *hérédité*, *congénialité*, *dystrophies*, ne concernent que la vie fœtale de l'enfant.

A partir de la naissance, d'autres conditions vont entraîner des modifications dans l'évolution, dans les caractères de la syphilis, conditions tenant :

1° A l'apparition de la première dentition;

2° A la seconde dentition;

3° A la puberté.

Mais durant cette longue période qui va de la naissance à la 14^e année environ, l'enfant, toujours soumis cependant aux influences héréditaires, va être sous le coup des maladies toxiques ou infectieuses et pouvoir contracter

par lui-même toutes les maladies, voire même la syphilis, soit et surtout par inoculation extra-génitale, soit, et rarement, par voie génitale.

Le problème de la *syphilis infantile* se pose donc ainsi : l'enfant peut-il avoir la syphilis à ses parents, à lui-même.

De ses parents il ne peut tenir la syphilis que s'ils sont en puissance d'accidents syphilitiques virulents au moment de la fécondation ou de la gestation, c'est-à-dire que la syphilis peut venir du père, de la mère ou des deux, *syphilis paternelle, maternelle, ou mixte*, mais à condition expresse que les géniteurs soient en pleine période de syphilis contagieuse, c'est alors l'hérédito-contagion : *syphilis congéniale*.

L'enfant ne peut tenir, dans le cas contraire, de ses parents que les modifications produites dans leur organisme par la *syphilis* : il ne s'agit plus ici de syphilis transmise par la contagion, mais d'*hérédité syphilitique*, laquelle ne transmet plus la maladie en nature mais sous forme d'accidents qui ont seulement pour origine la syphilis et peuvent être semblables aux accidents que produisent chez les descendants les maladies infectieuses acquises ou chroniques des ascendants telles que la tuberculose; les intoxications : *alcoolique* ou *saturnine*; les troubles de nutrition ou les diathèses : *maladies chroniques, arthritisme*; les maladies intra-utérines de cause maternelle ou fœtale d'origine variable. Accidents qui pour l'hérédité syphilitique comprennent la *para-syphilis* et les *dystrophies* hérédito-syphilitiques.

Nous aurons, par conséquent, à étudier toutes ces modalités et par voie de conséquence directe les conditions d'immunité qu'entraîne toute maladie contagieuse ou héréditaire.

L'étude de la syphilis infantile ne doit pas se borner seulement à la syphilis héréditaire. L'enfant peut contracter la syphilis directement, il peut avoir une *syphilis acquise*, une syphilis identique à celle de l'adulte, avec chancre initial et accidents constitutionnels. Cette syphilis, si elle est contractée dans les premiers temps de la naissance, produira dans l'évolution de l'enfant les mêmes troubles qu'une syphilis héréditaire; elle laissera à sa suite des stigmates tardifs, tellement comparables aux stigmates de la syphilis héréditaire tardive, que souvent il sera impossible de dire si l'enfant est né de parents syphilitiques ou bien s'il a contracté un chancre dans les premiers temps de sa vie. La syphilis acquise d'une part, la syphilis héréditaire d'autre part, soulèvent une multitude de questions à résoudre, relatives à l'individu, à la famille et à la société.

Pour l'individu : les conséquences immédiates et éloignées de la syphilis, l'importance de prévoir la maladie avant son éclosion, de la reconnaître dès son début, de la traiter le plus tôt possible; questions auxquelles se rattachent l'immunité et la syphilis de deuxième génération.

Pour la famille : les règles qui doivent fixer le mariage des syphilitiques, la recherche des moyens qui peuvent atténuer les effets pernicieux de la syphilis sur l'enfant : prophylaxie et traitement de la syphilis infantile.

Pour la société : la question du diagnostic de la syphilis dans ses rapports avec la médecine légale, les difficiles questions de l'allaitement et des

contagions qui en résultent. Toutes questions des plus importantes à peine effleurées dans ce travail et que je résume ici sous forme de tableau d'ensemble :

	SYPHILIS INFANTILE		
I Syphilis infantile congéniale. <i>Héredo-contagion.</i>	}	SYPHILIS GESTATIO-CONGÉNIALE. <i>Spermato-ovulaire.</i>	Syphilis embryonnaire. Syphilis fœtale. Syphilis du nouveau-né.
		SYPHILIS HÉRÉDO-CONGÉNIALE PRÉCOCE. <i>Utéro-placentaire ou sanguine.</i>	Syphilis infantile immédiate. Syphilis infantile latente.
		SYPHILIS HÉRÉDO-CONGÉNIALE TARDIVE.	Syphilis héréditaire tardive. Syphilis de deuxième génération.
II Hérédité syphilitique. <i>Héredo-transmission.</i>	}	PARA-SYPHILIS. — <i>Méta-syphilis.</i>	Héréditaires.
		DYSTROPHIES	De gestation. Fœtales.
		IMMUNITÉ	Acquise. Naturelle. Réinfection.
III Syphilis acquise.	}	SYPHILIS DU NOURRISSON. SYPHILIS DE L'ENFANT.	
		PROPHYLAXIE SOCIALE. PROPHYLAXIE FAMILIALE. PROPHYLAXIE INDIVIDUELLE.	
		ATTENTATS. CONTAGIONS. PROCÈS.	
Questions médico-légales.	}		
Traitement.	}	PRÉVENTIF. { Traiter toujours la femme qui, malade ou non, est enceinte du fait d'un mari syphilitique ancien ou récent.	
		CURATIF. { Spécifique. { Général. Local (traiter le coryza). Adjuvant (de la prédisposition). Hygiénique.	

I
SYPHILIS INFANTILE HÉRÉDITAIRE

Parrot définit la syphilis héréditaire : « Cette modalité de la grande maladie syphilitique dans laquelle le produit est infecté par l'un des générateurs ou par tous les deux, soit *au moment de la fécondation*, soit *dans le cours de la vie intra-utérine*. Ici ce virus ne pénètre pas l'organisme immédiatement et par un traumatisme, comme dans la syphilis acquise; il y arrive médiatement, par une voie détournée et sous le couvert d'une fonc-

tion. » Diday remplace le terme de syphilis héréditaire par celui de syphilis congénitale et dit que cette syphilis « est contractée pendant la vie intra-utérine, par le fait des éléments de formation ou de nutrition que l'enfant reçoit de ses parents. » Le professeur A. Fournier définit, au sens médical, la syphilis héréditaire « *la syphilis reçue par l'enfant de parents en état de syphilis au moment même de la procréation* ».

Nous étudierons ici sous le nom de syphilis héréditaire la syphilis des enfants dont les caractères essentiels sont : 1° L'absence d'accident initial. 2° L'apparition d'emblée, dès la naissance ou à une époque plus ou moins tardive, d'accidents constitutionnels syphilitiques ou para-syphilitiques.

3° L'existence d'accidents non syphilitiques d'apparence, chez l'embryon, le fœtus ou le nouveau-né, accidents en rapports constants avec l'existence d'une syphilis en voie d'activité chez les procréateurs.

ORIGINES ET SOURCES DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE. — La syphilis héréditaire est : 1° d'origine paternelle; 2° d'origine maternelle; 3° d'origine mixte.

1° *Syphilis d'origine paternelle* : On a dit que la syphilis transmise à l'enfant par le père, sans contamination préalable de la mère, était impossible. En réalité, le père peut transmettre directement sa syphilis. Quoique le mécanisme intime de cette transmission nous échappe jusqu'à présent, elle est prouvée par les faits cliniques qui montrent que, si le père est en pleine période d'activité syphilitique, il donne au produit : 1° ou bien une infection très virulente qui le tue vers le 2° ou 3° mois, ou plus tardivement vers le 7° mois ou à la naissance sans accidents syphilitiques apparents; 2° ou bien une véritable syphilis héréditaire qui évolue; en partie pendant la vie intra-utérine, après la naissance, ou tardivement.

S'il est au contraire en période de latence de sa syphilis, au moment de la conception, il peut procréer un enfant : quelquefois sain ou qui présentera seulement des stigmates dystrophiques, ou para-syphilitiques, ou une immunité en rapport avec une syphilis dont l'évolution s'est faite peut-être dans l'utérus, mais en tout cas a été anormale ou très atténuée. Dans tous ces cas, la mère restant absolument indemne et la naissance d'enfants sains alternant avec celle d'enfants malades, on ne peut nier l'influence paternelle et la transmission directe de la syphilis du père à l'enfant. Mais le plus souvent la mère sert d'intermédiaire entre le père et l'enfant; par le fait d'une *syphilis dite conceptionnelle*, alors qu'elle n'a pas été contaminée avant la fécondation ou qu'elle ne l'est pas pendant la grossesse.

2° *Syphilis d'origine maternelle*. Cette syphilis a une action différente sur l'enfant suivant l'âge de la maladie et sa période; elle peut :

1° Exister avant la fécondation (anté-conceptionnelle).

2° Être due à la fécondation (conceptionnelle).

3° Survenir après la fécondation, c'est-à-dire pendant le cours de la grossesse (post-conceptionnelle).

1° SYPHILIS ANTÉ-CONCEPTIONNELLE. — Si la mère seule est syphilitique, elle ne transmet généralement une syphilis héréditaire que si elle est en période active. Si la syphilis est latente chez elle, l'enfant peut naître sain avec ou sans une certaine immunité contre la syphilis, ou entaché d'hérédité

syphilitique, c'est-à-dire présenter des dystrophies ou des accidents parasiphilitiques.

Du fait de la syphilis maternelle latente peuvent se produire des maladies intra-utérines fœtales qui entraînent des arrêts de développement et des malformations n'ayant rien de syphilitique comme nature.

On a également noté qu'une mère atteinte d'une syphilis conceptionnelle antérieure, provenant d'un premier père syphilitique, peut transmettre à l'enfant qu'elle a d'un second père sain la syphilis du premier : c'est ce qu'on appelle *syphilis héréditaire par imprégnation*.

2° **SYPHILIS CONCEPTIONNELLE.** — C'est la syphilis de la mère qui coïncide avec la fécondation et qui est transmise du père à la mère par l'intermédiaire de l'enfant.

Il s'agit donc ici beaucoup plus d'une syphilis d'origine paternelle que maternelle; d'une véritable syphilis en retour en 3 étapes : allant du père à l'enfant, de l'enfant à la mère, et par retour de la mère à l'enfant.

La dernière étape étant des plus importantes par le fait que l'enfant subira dans la cavité intra-utérine non seulement l'influence de la syphilis paternelle : *hérédo-contagion* par *transmission directe*, mais encore une intoxication continue par le sang maternel syphilitique et de plus une nutrition viciée par l'altération de l'organisme maternel : *dystrophie héréditaire*, enfin quelquefois une véritable *immunité*.

La syphilis conceptionnelle dont l'origine si complexe se ferait par un véritable choc en retour a été niée au nom :

1° *De l'expérimentation.* Les expériences de Francotte prises comme argument par Boulanger tendent à démontrer que les maladies microbiennes ne peuvent se transmettre par l'ovule. En effet, si l'on introduit des microbes dans un œuf, suivant les circonstances on voit que : 1° L'ovule détruit les microbes et continue son évolution normale. 2° L'ovule rejette les microbes, continue son développement, mais il en résulte des troubles dans l'évolution embryogénique et quelquefois des arrêts de développement. 3° L'ovule est tué.

2° *Des faits cliniques :* Le chancre initial existant avant la fécondation et n'ayant pas été vu. Or loin de détruire l'existence de la syphilis conceptionnelle, les faits expérimentaux et cliniques la prouvent.

1° **PREUVES EXPÉRIMENTALES DE LA SYPHILIS CONCEPTIONNELLE.** — On peut donner, à l'appui de l'existence de cette variété de syphilis, les recherches mêmes de Francotte pour expliquer : 1° La possibilité de naissance d'enfants sains issus de syphilitiques : le bacille de la syphilis serait phagocyté par les cellules de l'ovule. 2° L'existence de malformations et d'arrêts de développement chez les hérédo-syphilitiques : troubles dans l'évolution embryogénique provoqués par les toxines syphilitiques. 3° La mort rapide du produit de la conception : (avortement dû à l'intoxication par la toxine syphilitique). Mieux encore, ces expériences prouvent la possibilité de la transmission directe de la syphilis du père à l'enfant par la contagion spermato-ovulaire.

La contamination *in utero* est prouvée d'autre part par la transmission de la mère au fœtus de maladies spécifiques : tels le charbon, la tuberculose,

et des maladies infectieuses : variole en particulier. Un autre ordre de preuves est fourni par la constatation que : le sperme en lui-même n'est pas contagieux (réfutation par conséquent de la transmission de la syphilis par le chancre tubaire ou péritonéal de Bärensprung et Diday).

Le sperme, n'étant pas contagieux comme liquide inerte, doit donc être contagieux comme agent fécondant, puisque l'enfant procréé dans ces conditions naît souvent syphilitique.

La seule façon dont le sperme fécondant puisse contagionner, c'est par le spermatozoïde qui contagionne en même temps qu'il féconde l'ovule. Or, étant admis que l'ovule soit devenu syphilitique du fait de la fécondation (syphilis héréditaire primitive de Balzer), infection ovulaire prouvée expérimentalement pour les maladies infectieuses, est-il possible que cet ovule contagionne la mère et, d'autre part, cette contagion est-elle nécessaire pour expliquer la syphilis transmise à l'enfant? Le premier mode d'infection, infection ovulaire ou infection *ab ovo*, constituant l'hérédité de fécondation de Besnier et Doyon, est difficilement compréhensible et explicable. Comment, par quel mécanisme, se ferait la contamination de la mère? Il faut admettre que l'ovule fécondé peut exhaler un virus contagieux. Et cela ne peut s'expliquer que si l'on admet qu'un des deux globules polaires, déjà infecté, est cause de la contamination. Il n'y a pas d'autre explication possible, car il n'existe dans le début de la fécondation aucun contact vasculaire entre l'ovule et les parties qui le contiennent. Et la surface de l'ovule n'est pas plus contaminante que celle du spermatozoïde. Plus tard cette contamination s'explique, car il y a des relations entre l'ovule et la caduque. Mais alors ce n'est plus la mère qui contamine, c'est l'enfant. En admettant que cette contamination directe de la mère, par l'ovule, soit possible, elle ne peut l'être en tout cas que si l'ovule est préalablement fécondé. Ceci nous ramène à l'infection directe du fœtus par le père, c'est-à-dire de l'ovule par le spermatozoïde.

La transmission directe de la syphilis du père à l'enfant est le résultat de l'acte fécondateur; elle commence au moment où le spermatozoïde pénètre l'ovule, elle commence dès l'instant de la segmentation ovulaire : c'est une syphilis de fécondation, une syphilis de contagion spermato-ovulaire. Tant que l'ovule n'a pas d'adhérences avec les parties maternelles, tant qu'il est dans la trompe, la mère est indemne, mais dès que l'œuf est dans l'utérus, dès que la caduque se forme, c'est-à-dire vers le 2^e mois, l'infection de la mère peut se produire par choc en retour. C'est alors que se produira la syphilis conceptionnelle dont l'origine est une infection sanguine par la voie placentaire (chancre utéro-placentaire de Fraenkel).

2° **PREUVES CLINIQUES DE LA SYPHILIS CONCEPTIONNELLE.** — Ces preuves, quoique difficiles à trouver (les observations complètes et irréprochables étant rares), ont été données principalement par Diday et Fournier. Diday en particulier a pu, en observant des mères avant et après la fécondation, démontrer l'existence de la syphilis conceptionnelle qui se manifeste par des accidents syphilitiques survenant vers le troisième mois : le fœtus mourant ou naissant syphilitique avéré.

Par des accidents tardifs, à forme tertiaire et survenant chez la mère plusieurs années après la conception.

Enfin, par l'absence de tout accident maternel, mais par une immunité tout à fait particulière contre la syphilis acquise ou inoculée, immunité prouvant l'infection maternelle et désignée sous le nom de loi de Baumès-Colles.

Loi de Baumès-Colles. — Baumès, chirurgien en chef de l'Antiquaille de Lyon, dit dans son *Précis sur les maladies vénériennes*, publié en 1840, « qu'une mère, ayant porté dans son sein un enfant syphilitique qui doit l'infection au sperme de son père, ne contracte pas généralement, en nourrissant son propre enfant, la maladie syphilitique comme pourrait la contracter une nourrice étrangère ». M. le professeur A. Fournier exprime cette constatation, vérifiée, malgré quelques exceptions, tant de fois, sous forme de loi. Voici cette loi : « Une mère ne reçoit jamais la syphilis de son enfant, même affecté de lésions contagieuses, alors que cet enfant tient héréditairement la syphilis de son père. Ou plus simplement : un enfant procréé syphilitique ne contagionne jamais sa mère. »

Quoique cette loi ne semble pas, dans quelques rares faits, se vérifier, l'expérimentation et la clinique ont montré que, dans le cas de la loi de Baumès-Colles, la mère ne pouvait contracter la syphilis soit inoculée, soit acquise. Puisqu'elle ne peut avoir la syphilis, c'est qu'elle l'a déjà. Ne l'ayant pas eu directement de son mari, elle ne peut l'avoir que du fait de la fécondation, c'est-à-dire par l'intermédiaire de son enfant. Et de qui la tient donc l'enfant, si ce n'est du père? Donc la syphilis paternelle existe, elle est transmissible du père à l'enfant très probablement par contamination spermato-ovulaire, et de l'enfant à la mère (syphilis par conception, loi de Colles).

3° SYPHILIS POST-CONCEPTIONNELLE. — La mère reçoit la syphilis pendant sa grossesse, mais ne la donne pas toujours à l'enfant.

Comment reçoit-elle la syphilis? directement : par un chancre, génital ou extra-génital. Comment la donne-t-elle? Par l'intermédiaire de la circulation utéro-placentaire. Elle ne peut guère la donner que lorsque la syphilis est devenue chez elle constitutionnelle, par conséquent vers le 2^e mois de la grossesse. Cette contamination est une véritable infection congénitale, c'est l'hérédité-contagion par infection *in utero* de Besnier et Doyon; c'est la syphilis héréditaire secondaire de Balzer. La mère ne donne pas sa syphilis à son enfant dans tous les cas! Il faut, en effet, diviser la grossesse en 3 périodes, pendant lesquelles la mère peut contracter un chancre. La première période va du 2^e au 5^e mois, la seconde du 5^e au 7^e mois, la troisième du 7^e au 9^e mois. Dans la première période l'enfant a fatalement (disent certains auteurs) la syphilis de sa mère. Dans la seconde période il échappe quelquefois à la contagion. Dans la troisième période il naît sain et la meilleure preuve qu'il n'est pas syphilitique, c'est qu'il peut attraper la syphilis¹.

On a expliqué l'absence de contamination du fœtus de différentes façons.

(1) Cette immunité de l'enfant vis-à-vis de la syphilis de la mère est encore discutée et loin d'être rigoureusement démontrée. — Profeta l'a énoncée sous la forme suivante : Une mère syphilitique n'infecte jamais son enfant né sain. Aphorisme appelé *loi de Profeta* et corollaire direct de la *loi de Baumès* : Un enfant né syphilitique ne contamine pas sa mère saine. — Cette immunité réciproque serait due à l'intégrité du placenta et à une véritable vaccination utéro-placentaire.

Pour les uns la virulence de la vérole de la mère est très atténuée et l'enfant est vacciné (loi de Profeta); pour d'autres, toute l'action de la syphilis maternelle se fait sur le placenta maternel avant de gagner le fœtus et l'infection n'a pas le temps de se produire. Enfin pour la majorité la structure placentaire s'opposerait, à partir du 5^e mois, à la transmission facile du virus, et pour cette transmission une altération préalable du placenta serait nécessaire, altération qui est longue à se faire et qui, d'autre part, est arrêtée dans son évolution, la syphilis étant découverte chez la mère et traitée avant qu'elle ait pu constituer un danger pour l'enfant.

En résumé : la syphilis d'origine maternelle, post-conceptionnelle, est une syphilis fœtale, par transmission utéro-placentaire, congénitale.

SYPHILIS MIXTE. — Le père et la mère sont syphilitiques : c'est ce qu'on appelle l'hérédité mixte. Dans ce dernier mode de contamination, la syphilis de l'enfant est presque certaine, d'autant plus certaine que la fécondation s'est faite dans une période jeune de la syphilis ou dans le cours d'une syphilis non traitée, ou dans une phase active d'accidents contagieux et virulents. Quel est le mode de cette contamination? Très sûrement une infection à la fois sanguine, en même temps que spermato-ovulaire, et surtout une véritable transmission héréditaire des caractères acquis par les cellules qui constituent le spermatozoïde et l'ovule. La transmission de la syphilis par le père et la mère constitue la véritable syphilis héréditaire. Les parents transmettent non seulement la syphilis en tant que maladie, que virus spécifique, mais également en tant que maladie infectieuse. Car la vérole est à la fois une maladie spécifique et une infection (A. Fournier). Et alors la tare déterminée chez les générateurs, par l'action du virus, pourra reparaitre chez les enfants, ou produire une infériorité statique ou dynamique réelle, mais différente (Charrin). Ce qui explique que tantôt l'enfant mourra à l'état d'embryon ou de fœtus, que tantôt il aura des accidents syphilitiques ou para-syphilitiques, c'est-à-dire d'origine et non de nature syphilitique, tantôt des dystrophies. On a par conséquent dans la syphilis mixte toutes les formes d'hérédité-contagion et d'hérédité-transmission.

SYPHILIS INFANTILE CONGÉNIALE

La syphilis congénitale est une syphilis que le fœtus reçoit directement de son père, de sa mère ou des deux. Si elle provient du père seulement, c'est une syphilis congénitale ovulaire; si elle provient de la mère seule, c'est une syphilis congénitale sanguine; si elle vient des deux, c'est une syphilis congénitale ovulaire et sanguine, une véritable syphilis congénitale doublée.

La syphilis congénitale est la plus grave de toutes les syphilis infantiles : parce qu'elle tue l'œuf dès les premiers temps de son développement, *syphilis congénitale embryonnaire*; parce que, si elle ne le tue pas de suite, elle l'empêche d'être viable, *syphilis congénitale fœtale*, parce qu'elle produit chez le nouveau-né non seulement des accidents cutanés et muqueux, comme la syphilis des adultes, mais des lésions viscérales syphilitiques graves ou des

lésions fonctionnelles incompatibles avec la vie : *Syphilis du nouveau-né*.

Syphilis gestatio-congéniale. — La dénomination que je donne à cette forme de syphilis congéniale indique qu'ici la syphilis infantile est une syphilis dont l'évolution se fait, soit en grande partie dans l'utérus, soit en donnant à la naissance des accidents non habituels à la syphilis de l'adulte : tels le pemphigus.

C'est une forme spéciale où la *syphilis* agit plutôt à la façon d'une septicémie ou d'une maladie virulente infectieuse qu'en tant que syphilis.

La syphilis gestatio-congéniale a trois variétés.

1° **SYPHILIS CONGÉNIALE EMBRYONNAIRE.** — Cette syphilis va de la fécondation à l'époque de la viabilité fœtale, c'est-à-dire vers 6 mois 1/2 à 7 mois.

Son unique signe est l'avortement. Cet *avortement* peut se produire à des époques variables. Il se fait quelquefois dans le cours du 1^{er} mois; quand il se manifeste vers le 7^e mois, il devient un accouchement prématuré. Sa plus grande fréquence est entre le 4^e et le 7^e mois. Il peut s'accompagner de manifestations syphilitiques cutanées et viscérales. Il peut aussi passer complètement inaperçu, car, comme l'a dit le professeur Fournier : chez la femme infectée, l'appareil utéro-ovarien souffre même en dehors de la grossesse. Plus fréquemment encore que chez les femmes non syphilitiques on voit : les retards, les irrégularités, la suppression des règles. Il ne semble pas que la stérilité soit plus fréquente que pour toute autre cause. La fréquence de l'avortement est la plus puissante cause de mort dans les familles hérédo-syphilitiques. Voici dans quelles proportions, d'après M. le professeur A. Fournier, elle se produirait dans ces familles : Sur 527 grossesses, en ville, 250 avortements (*A. Fournier*); sur 414 grossesses, 154 avortements ou mort-nés avant terme (*Le Pileur, à Lourcine*); sur 155 grossesses, 120 fœtus ou mort-nés (*Le Pileur, à Saint-Lazare*); sur 28 grossesses, 27 morts prématurées (*Coffin, à Lourcine*); sur 148 grossesses, 125 morts (*Fournier, à Saint-Louis*).

D'où l'on peut conclure avec le professeur A. Fournier : à « *l'influence énergiquement meurtrière que le vice hérédo-syphilitique exerce sur le produit de la conception et sur l'enfant, la vérole est de toutes les maladies celle qui produit le plus d'avortements et qui tue le plus d'enfants en bas âge.* » La polymortalité des jeunes, résultat de fausses couches en série, constitue un véritable élément de diagnostic de la syphilis maternelle et surtout paternelle. L'on peut dire que la proportion de cette mortalité est de 68 morts pour 100 grossesses (A. Fournier), d'aucuns disent même de 77 pour 100.

2° **SYPHILIS CONGÉNIALE FŒTALE.** — La syphilis congéniale fœtale s'étend de la viabilité, vers le 7^e mois, à la naissance à terme. Elle se caractérise par une série de signes associés, les uns tirés de la mère, les autres des enveloppes fœtales ou du fœtus lui-même.

Signes maternels. — *L'accouchement prématuré* est la mise au monde d'un enfant à partir du moment de la viabilité, c'est-à-dire vers 6 mois 1/2 à 7 mois, ou mieux à partir de 7 mois. Le fœtus peut être expulsé mort ou vivre quelques instants. Il peut être couvert de lésions cutanées syphilitiques :

telles le pemphigus; ou présenter des lésions viscérales. Le plus souvent il ne présente rien de particulier, il vient avant terme, voire même à terme et meurt de faiblesse congénitale. Quelquefois le fœtus présente des malformations de tout ordre, ou des arrêts de développement de la catégorie de ceux que nous décrivons en décrivant les affections para-syphilitiques et les dystrophies : hydrocéphalie, spina-bifida, anencéphalie, bec-de-lièvre, pieds bots, mains bottes, malformations du cœur, imperforation des organes génitaux, etc. On a vu : des amputations congénitales, des monstruosité. On est allé, à cause de la coïncidence de l'hydramnios et de la grossesse gémellaire, jusqu'à supposer que la naissance de jumeaux devait faire suspecter une hérédité familiale syphilitique. L'accouchement prématuré est la conséquence fréquente de l'hydramnios.

Hydramnios. — MM. Fournier et Bar ont montré que, si la syphilis n'est pas la cause unique de l'hydramnios, elle en est une des causes les plus fréquentes. Cliniquement l'hydramnios se manifeste vers le 5^e ou 6^e mois. Il se fait un développement anormal du ventre, s'accompagnant d'amincissement des parois utérines et de fluctuation marquée. En même temps surviennent des vomissements persistants, de l'amaigrissement, des douleurs siégeant dans les régions hypogastrique, sacrée et lombaire. Quelquefois il s'y joint de la fièvre, de l'œdème des membres et de l'ascite. L'hydramnios est la conséquence des lésions vasculaires. Il est pour le fœtus ce que l'ascite, par gêne apportée à la circulation de la veine porte, est pour l'adulte. La phlébite de la veine ombilicale et de ses racines détermine des lésions viscérales dont la conséquence est d'entraver la circulation dans le système de la veine ombilicale. Cette phlébite est très probablement elle-même due à des lésions du placenta.

Signes tirés des enveloppes. Altérations placentaires. — Les altérations du placenta sont de règle dans la syphilis congénitale fœtale, elles s'accompagnent d'anomalies du cordon, de lésions des membranes. Ces lésions peuvent expliquer les monstruosité, les arrêts de développement. Le placenta syphilitique est friable, volumineux, lourd, il a le quart du poids du fœtus au lieu du sixième qui est l'état normal. Souvent il est anémié, bourré de noyaux fibrineux, rembourré de masses d'apparence graisseuse. Les cotylédons sont déformés, isolés, jaunâtres. Le cordon lui-même est rouge, dur, volumineux, double de son état normal. Quoique ces lésions ne soient pas pathognomoniques, elles sont un bon indice de syphilis. Je laisse de côté les altérations histologiques : lésions vasculaires, thromboses, dégénérescences et gommés tout à fait caractéristiques.

Signes tirés du fœtus. Macération fœtale. — Souvent le fœtus ne présente rien d'extérieur. Dans des cas rares, on a vu la dissolution complète du fœtus, dont il ne reste que des débris, ou bien la momification. On a signalé également : des altérations du cerveau; l'hypertrophie et la sclérose, les hémorragies méningées et cérébrales; des lésions de l'appareil respiratoire, du tube digestif, surtout du foie et de la rate, du péritoine; des fractures, des amputations spontanées, du rachitisme intra-utérin, etc. De toutes les altérations, la plus fréquente est la macération. Ruge dit qu'on la ren-