









ÉTUDE

SUR LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Juillet 1879

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VICTOR AUGAGNEUR

Né à Lyon le 46-Mai 1853

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON



LYON

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE DE V^e CHANOINE

10, PLACE DE LA CHARITÉ, 10

Juillet 1879

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN
 CHAUVEAU } ASSESSEURS
 OLLIER..... }

PROFESSEURS TITULAIRES ET CHARGÉS DE COURS

Anatomie	MM. PAULET	Professeur.
Physiologie	PICARD	Professeur.
Anatomie générale et Histologie.....	RENAUT	Professeur.
Anatomie Pathologique	PIERRET.....	Professeur.
Médecine expérimentale et Comparée.....	CHAUVEAU.....	Professeur.
Chimie Médicale et Pharmaceutique.....	GLÉNARD.....	Professeur.
Physique Médicale.....	MONOYER	Professeur.
Zoologie et Anatomie comparée.....	LORTET.....	Professeur.
Pharmacie	CROLAS.....	Professeur.
Pathologie interne.....	BONDET	Professeur.
Pathologie externe	BERNE.....	Professeur.
	LÉTIÉVANT.....	Professeur adjoint.
Pathologie et Thérapeutique générale.....	MAYET	Professeur.
Hygiène.....	ROLLET.....	Professeur.
Thérapeutique	SOULIER.....	Professeur.
Matière Médicale et Botanique	CAUVET	Professeur.
Médecine Légale et Toxicologie	M. X.....	Professeur.
Médecine Opératoire.....	TRUPIER (Léon).....	Professeur.
	TEISSIER	Professeur.
Cliniques Médicales.....	LÉPINE.....	Professeur.
	RAMBAUD	Professeur adjoint.
Cliniques Chirurgicales	DESGRANGES	Professeur.
	OLLIER	Professeur.
Clinique Obstétricale et Accouchements	BOUCHACOURT.....	Professeur.
	DELORE	Professeur adjoint.
Clinique Ophtalmologique.....	GAYET	Professeur.
Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques.....	GAILLETON.....	Professeur.
Clinique des Maladies Mentales	ARTHAUD	Professeur.

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes.....	MM. LAROYENNE.....	Chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants.....	PERROUD.....	Chargé du cours.

COURS ANNEXES

Pathologie interne.....	MM. TRIPIER (R.).....	Chargé du cours.
Clinique des Maladies Chirurgicales des Enfants.....	FOCHIER.....	Chargé du cours.
Maladies Cutanées et Syphilitiques.....	DRON.....	Chargé du cours.

AGRÉGÉS

MM. CAZENEUVE	MM. TEISSIER (J.)
LAURE.	VINCENT.
PONCET.	

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉS

MM. AUBERT.	MM. COLRAT.	MM. MARDUEL.
BERGEON.	DRON.	MOLLIÈRE.
CARRIER.	FOCHIER.	MEYNET (P.)
CHARPY.	MAGNIN.	TRUPIER (R.)
CLÉMENT.		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire, Agent comptable

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GAILLETON, Président ; ROLLET, Professeur ; J. TEISSIER, VINCENT, agrégés

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES

DANS LES HÔPITAUX DE LYON

MESSIEURS

CHAVANNES, HORAND, LÉTIÉVANT

D. MOLLIÈRE

OLLIER, TEISSIER

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

INTRODUCTION

Pendant mon internat à l'hospice de l'Antiquaille, j'avais eu plusieurs fois l'occasion d'examiner des sujets adultes atteints de lésions naso-pharyngiennes, spécifiques en apparence, alors que les malades qui en étaient porteurs niaient obstinément tout antécédent vénérien. Mon maître, M. Horand, chirurgien en chef de l'hospice, insistait souvent sur la nature héréditaire et syphilitique des affections de ce genre. Ses idées à ce sujet avaient été exposées déjà dans la thèse d'un de mes prédécesseurs, M. Chaboux.

J'eus la pensée de faire pour toutes les lésions héréditaires, ce que ce dernier avait fait pour les maladies de l'appareil pharyngo-nasal. J'ai été amené de la sorte à étudier, sous toutes ses formes, la syphilis héréditaire tardive.

Le plan de ce travail était très-simple. Dans une

première partie je devais prouver l'existence de cette forme de la diathèse, dans une seconde, étudier son évolution.

La première partie est subdivisée en trois chapitres; le premier est une étude historique sur la marche des idées médicales par rapport à notre sujet. Dans le second, on trouvera réunies toutes les observations qu'il a été possible de trouver; elles sont accompagnées de quelques considérations bibliographiques et d'observations inédites. Nous abordons, dans le troisième chapitre, l'étude des questions que soulève l'admission de l'hérédité tardive; je me suis efforcé d'y réfuter les objections diverses qui lui ont été faites.

Dans la seconde partie, trois autres chapitres; le premier sur l'étiologie, le second sur les symptômes et l'anatomie pathologique. Dans le troisième on trouvera ce qui a trait au pronostic, au diagnostic et au traitement de la syphilis héréditaire tardive.

Je remercie tous ceux qui m'ont prêté leur concours; M. Horand auquel je dois de précieux conseils et M. Aubert qui a mis à ma disposition sa riche collection d'observations, enfin M. le professeur Gailleton, mon président de thèse.

M. le docteur Maximilien Zeissl, de Vienne, a droit à ma reconnaissance, pour l'amabilité avec laquelle il m'a envoyé les renseignements que je lui ai demandés.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Historique

En 1541, J.-B. Theodosius disait, de la syphilis, qu'il craignait « que ce mal ne fût héréditaire. » Les trois siècles écoulés depuis lors ont trop bien justifié ses appréhensions. L'existence de la syphilis héréditaire est un véritable dogme, et les nombreux auteurs qui ont insisté sur son existence, Paracelse, Astruc, Mahon, Doublet, Bertin, Cullerier, Roger, Diday, etc., l'ont rendue complètement indiscutable.

Mais si les médecins sont unanimes pour affirmer que la vérole est une propriété transmissible à sa descendance, ils diffèrent sur l'espace de temps pendant lequel l'héritier reste sous le coup de cet héritage.

Les idées du monde médical ont passé à cet égard par plusieurs périodes très-différentes, car, suivant une marche trop habituelle, les auteurs se sont portés d'un extrême à l'autre.

Nous négligerons l'âge héroïque de la syphilis, alors que, du pape et du roi au dernier des paysans, infectés et décimés par la terrible diathèse, les peuples affolés se reprochaient les uns aux autres l'origine et la propagation du fléau. Le mal venait-il de France? était-il né à Naples? avait-il traversé l'Atlantique sur les caravelles de Colomb? ou plutôt, endormi depuis des siècles dans quelque coin du vieux monde, était-il subitement sorti de son repos, semblable à ces graines qui, ensevelies dans le cercueil d'une momie, reproduisent de nos jours, en retrouvant la terre, les plantes dont elles sont nées au temps des rois d'Égypte? La contagion était partout, l'air lui-même était son véhicule; il est vrai que les moines l'avaient les premiers accusé, et d'après d'Almézar, puisque d'aussi saintes gens étaient malades, il fallait bien les en croire sur parole.

Le calme se fit peu à peu dans les esprits, les médecins se mirent à l'étude, l'observation commença. Le mal vénérien fut étudié suffisamment au point de vue de ses manifestations extérieures, on admit son hérédité, dont les limites furent en général beaucoup trop élargies.

Écoutons quelques-uns de ceux qui ont fait de la syphilis l'origine de tous les maux, une sorte de boîte de Pandore, berceau des fléaux acharnés sur la triste humanité.

« C'est de là, disait Uçay, que viennent tant de ma-

ladies héréditaires, tant de tumeurs scrofuleuses, tant de vieux ulcères, tant de gouttes et de rhumatismes, tant de fleurs blanches aux femmes. »

Sanchez est surpris « en voyant à chaque pas tant de maux d'yeux, tant d'écrouelles, tant de gens avec les épaules de travers, avec l'épine du dos courbée de mille façons, les jambes crochues, une petite taille mince, sans muscles prononcés et sans consistance. »

Rosen continue en ces termes ces litanies désespérantes : « Ces enfants croissent à peine, sont faibles, malingres, n'ont qu'une postérité qui s'éteint bientôt, s'ils parviennent à l'âge viril. C'est ainsi qu'une nation entière peut dégénérer et s'éteindre peu à peu. Les femmes infectées sont plus dangereuses que la flamme et l'épée. »

Plus près de notre époque, plus instruit que ses prédécesseurs, Baumès n'est guère moins effrayant pour les syphilitiques ayant des vellétés de paternité : « Il faut que la syphilis héréditaire constitue un vice bien radical, une tache indélébile, car, pendant plusieurs générations, toute la race d'un individu primitivement affecté peut en porter l'empreinte, et malgré la tendance indubitable de l'organisme, chez l'enfant, à la réparation de ce qu'il y a en lui de vicieux, d'altéré, malgré tant de mouvements spontanés, salutaires à cet âge, qui se traduisent en jetées fluxionnaires, en décharges de fluides, en sécrétions dépuratives à la peau, sur le cuir chevelu, à l'orifice des muqueuses, etc., malgré tous ces efforts de la vie de nutrition, l'empoisonnement syphilitique n'en poursuit pas moins ses ravages, et ce n'est qu'à la longue, par un changement

successif et plus ou moins complet de circonstances hygiéniques, par une suite de modifications pathologiques et thérapeutiques, par le mélange des races, que les dernières traces peuvent en être anéanties. »

Le tableau est-il assez chargé ! On ne peut s'empêcher de se rappeler *Candide* affirmant que lorsque deux armées de quinze mille hommes sont en présence, il y a trente mille vérolés sur le champ de bataille. Et, comme conséquence thérapeutique, ne devrions-nous pas accepter la pratique de ce médecin suisse, dont Rummel raconte qu'il inaugurerait tout traitement par du mercure, persuadé que chaque homme avait reçu en partage un atome de ce virus répandu à profusion dans l'univers. Il y a quelques jours, un journal américain publiait les élucubrations d'un docteur d'outre-mer qui, frappé de la prétendue influence de la syphilis sur l'accroissement de la criminalité, proposait tout simplement d'interdire, sous les peines les plus sévères, le coït aux syphilitiques.

Ces quelques citations nous montrent ce qu'était pour certains l'hérédité syphilitique. Cette première période est celle de l'exagération. Et cette exagération est la conséquence de l'absence d'observation sérieuse. A l'appui de leur manière de voir, les auteurs n'ont apporté aucun document pouvant soutenir la critique ; rien que des affirmations.

Une telle manière d'agir devait fatalement produire une réaction fort vive, c'est ce qui arriva. A la fin du dernier siècle on commença à observer avec soin l'évolution de la syphilis chez l'enfant, on créa à Vaugirard un hôpital destiné aux malades de cet âge et à

leurs nourrices; ce fut la source à laquelle Mahon, Doublet, Bertin, puisèrent les matériaux de leurs importantes études. N'ayant que des enfants sous les yeux, voyant constamment apparaître les manifestations morbides dans un laps de temps très-rapproché de la naissance, rendus défiants par les divagations de leurs prédécesseurs, ils méconnurent complètement l'hérédité tardive, ou plutôt n'y songèrent même pas. Si nous consultons les travaux traitant de la syphilis héréditaire, nous voyons que l'apparition des symptômes est extrêmement précoce.

Voici un tableau indiquant l'opinion de divers auteurs. Après la naissance on doit noter :

Suivant Nisbett.....	15 jours.
— Doublet.....	8 jours.
— Babington.....	3 à 5 semaines.
— Gibert.....	1 ou 2 mois.
— Trousseau et Lasègne	{ 1 semaine minimum. 7 mois maximum.
— Huguier.....	3 à 25 jours.
— Simon.....	8 à 15 jours.
— Cristofori.....	1 à 3 mois.
— Mahon.....	4 à 5 mois.
— Bouchut.....	1 à 2 mois.
— Bardinet.....	2 mois.

M. Diday, sur 159 observations, a noté l'apparition des symptômes 86 fois avant un mois révolu, 2 fois seulement avant deux ans révolus. « Après un an, et surtout plus tard, dit Mayr, la maladie est rarement à craindre. »

Cullerier et Roger indiquent également les premiers mois de la vie comme l'époque constante des manifestations héréditaires.

Auguste Voisin prétend que, de toutes les maladies héréditaires, « la syphilis est une des plus précoces, l'apparition de ses manifestations est rare après le troisième mois révolu. »

Jusqu'ici, les auteurs dont nous avons donné l'opinion se sont bornés à la constatation des faits qu'ils avaient observés. Quelques-uns ne se sont pas arrêtés là, forts des adhésions nombreuses qu'ils avaient recueillies, ils ont déclaré nettement que tout fait de syphilis héréditaire se montrant après la deuxième année était contourné. Suivant eux, les héritiers de la diathèse, après avoir traversé la première enfance, auraient le droit de vivre dans une quiétude absolue. En même temps que ses langes, l'enfant quitterait cette tunique de Nessus, qui, pour d'autres, se fixerait au malheureux pour ne plus l'abandonner, lui et sa descendance.

Malgré les statistiques des syphiligraphes observant dans les hôpitaux d'enfants, il se produisait, de temps à autre, un cas remettant en jeu la question de l'hérédité tardive; aux vieilles observations des pères de la syphiligraphie, à leurs affirmations exagérées, un auteur moderne donnait parfois un avis favorable.

A une certaine époque, les adversaires de cette théorie n'eurent pas assez d'anathèmes pour repousser l'erreur; qu'on en juge par les lignes qui vont suivre.

Dans son mémoire à la Société de Chirurgie, Cullerier, après une description magistrale de la vérole congéniale, prend à partie M. Ricord et ceux admettant

comme lui l'hérédité tardive ; il les traite de la plus verte façon. Il ne cite aucune observation, n'apporte aucun argument, il ne discute pas, il raille. C'est dans un roman de Voltaire, *Les Oreilles du comte de Chesterfield*, qu'il va chercher ses raisons. Voltaire met en scène l'infortuné chirurgien Sidrac, qui nous dit : « Il y a longtemps que j'exerce la chirurgie et j'avoue que je dois à la vérole la plus grande partie de ma fortune, mais je ne la déteste pas moins. Madame Sidrac me la communiqua dès la première nuit de ses noces, et comme c'est une femme très-délicate sur ce qui peut entamer son honneur, elle publia dans tous les papiers publics de Londres, qu'elle était à la vérité atteinte du mal immonde, mais qu'elle l'avait apporté du ventre de madame sa mère, et que c'était une habitude de famille. »

Et Cullerier termine son mémoire sur ces lignes décisives, convainquant ses lecteurs, qu'eût-on l'esprit de Voltaire, il faut, en médecine, donner comme arguments, autre chose que des saillies.

Vidal n'a consacré qu'une demi-page de sa thèse d'agrégation à la syphilis héréditaire tardive. Il déclare avoir médité *toutes* les observations de ce genre et n'avoir pu se faire une conviction. A l'appui, il cite, sans les décrire, trois faits de de Méric, quatre de Sigmund, et passe outre.

Roger professe le même dédain pour les faits allégués en faveur de l'hérédité retardée, aucun n'est vraisemblable : « pour ces véroles à longue échéance, il y a, suivant nous, des explications plus simples, à savoir, les mensonges des intéressés, les dépravations

de la débauche, et les sévices de toute sorte auxquels l'innocence de l'enfant est exposée ; ce ne sont pas des syphilis héréditaires, ce sont des syphilis acquises par contagion directe. »

Ainsi, à tout client pubère et vérolé, n'avouant aucun antécédent personnel, le médecin est autorisé à dire : Vous êtes un libertin et un imposteur, ou bien, moins insultant mais non plus consolant : Vous avez été violé en nourrice.

Le traité classique des maladies vénériennes de Rollet est très-bref sur ce sujet. Après avoir donné les noms des auteurs d'un certain nombre d'observations, il rejette l'authenticité de ces cas, mal observés suivant lui. « C'est encore à la syphilis acquise, avec symptômes primitifs passés inaperçus ou méconnus, que doivent être rattachés les cas d'accidents, héréditaires au dire des observateurs, survenus à 40 ans (Ricord) ou à 60 ans (Melchior Robert). »

Quelques-unes de ces citations suffisent, je crois, pour montrer qu'à notre époque, la syphilis héréditaire tardive a été peu étudiée ou étudiée avec des idées préconçues. Les observations n'ont été ni recherchées, ni examinées avec soin, et Cullerier, Vidal, Roger ont procédé par affirmations, tout comme l'avaient, fait dans le camp opposé, Uçay, Sanchès, Rosen et Beaumès.

Entre ces deux extrêmes, ne trouvant la vérité chez personne, quelques auteurs se sont efforcés de se maintenir sur un terrain plus sûr, en adoptant des idées plus modérées. De ce nombre est M. Diday.

On voit bien qu'au fond il est plein de défiance pour l'hérédité tardive, il a de la faiblesse pour les idées

de Sidrac, il craint pour la morale dont l'avenir est certainement compromis, si les fils vérolés peuvent scientifiquement s'innocenter aux dépens de leurs pères, mais sa sagacité habituelle lui fait comprendre que tant de cliniciens habiles n'ont pas toujours été dupes de la supercherie ou de l'ignorance de leurs malades et il ne refuse pas complètement droit de cité à cette hérédité tardive. Il cite quelques observations et conclut qu'il les faudrait plus nombreuses pour entraîner la conviction, et qu'elles devraient remplir les trois conditions suivantes : 1° Il faut que l'absence d'antécédents vénériens locaux chez le sujet soit constatée par un examen attentif; 2° Il faut que la nature des lésions qu'il présente soit démontrée être syphilitique, soit par le jugement de médecins compétents, soit par l'état curatif des médications spécifiques; 3° Il faut enfin qu'on sache si ses parents, au moment où il l'ont engendré, se trouvaient à même de lui transmettre la syphilis. M. Diday avoue que ces conditions sont réalisées dans quelques-unes des observations qu'il a citées. Nous ne pouvons regretter qu'une chose, c'est qu'il n'en ait pas cité un plus grand nombre et qu'il ait trop prudemment suspendu son jugement définitif.

Cette réserve était bien excusable. Les attaques passionnées des adversaires n'avaient pas plus jeté de discrédit sur la syphilis héréditaire à longue échéance, que les prétentions exagérées et la maladresse de ses défenseurs.

Les observations publiées ont été fort nombreuses, comme on le verra plus loin, mais elles n'ont nulle part été colligées. Les faits de ce genre ne sont pas

très-fréquents ; chacun publiait ceux qu'il avait personnellement rencontrés, livrant isolées à l'ennemi des forces qui réunies auraient présenté une force respectable. Les adversaires avaient beau jeu, et détruisaient pièce à pièce l'armée opposée.

Je ne veux pas faire ici l'historique détaillé des publications de ce genre, il trouvera sa place naturelle dans l'énumération des observations, et la description des diverses lésions. Cependant, depuis quelques années l'opinion semble être en partie revenue sur les dénégations trop absolues de Cullerier, Roger, Vidal, etc. Elle ne se prononce pas ouvertement pour, mais elle hésite et accepte la discussion.

En France les auteurs anciens sont tous partisans de l'hérédité tardive. Leur avis a peu de poids. De leur temps, la confusion régnant entre la blennorrhagie, le chancre simple et le chancre infectant, permettait de voir la syphilis un peu partout. Un enfant était-il scrofuleux ou rachitique, vite on scrutait la jeunesse de son père, et la moindre blennorrhagie devenait la source de la maladie présentée par l'enfant. Ce n'est pas à dire qu'aucune de leurs observations n'ait de la valeur, mais la critique sévère est indispensable.

Il n'en est plus de même quand nous regardons plus près de nous. Dès 1853, à l'Académie de médecine, Ricord soutenait l'hérédité tardive contre Depaul et Devergie. Il avait été précédé dans cette voie par Cazenave. Les années suivantes virent publier les observations de Garcia Vasquez et Gilbert. Trousseau faisait en 1861 une leçon clinique sur le même sujet. Melchior Robert (1861) admettait dans son traité les manifesta-

tions tardives et publiait deux faits dont l'un est le plus tardif de tous ceux que j'ai pu trouver.

Davasse (1865) dans son ouvrage *La syphilis, ses formes, son unité*, cite en partie les observations de ses prédécesseurs et en ajoute une qui lui est personnelle. Il est très-convaincu de l'existence de la forme tardive et lui donne le nom d'héréditaire, réservant celui de congéniale aux manifestations qui surviennent après la naissance.

La Société médicale des hôpitaux de Paris discuta la question en 1865, à l'occasion d'un cas présenté par Herard ; les avis furent partagés : Hervès de Chégoin, Herard, Fournier, Guibont, penchaient pour la nature syphilitique ; les autres, parmi lesquels Lailler, soutenaient la scrofule. C'est là l'éternelle hésitation, et elle s'est plus d'une fois répétée depuis lors, surtout au sujet des lésions naso-pharyngiennes.

Ce fut, en 1871, le tour de la Société de chirurgie. La discussion porta sur la nature de la kératite interstitielle diffuse, et des lésions dentaires signalées comme syphilitiques par Hutchinson. Panas et Dolbeau refusèrent de voir autre chose dans ces cas que l'influence de la scrofule et d'une mauvaise hygiène (kératite hérédo-cachectique de Panas). Au contraire, Demarquay et Giraud-Teulon soutinrent les conclusions de l'auteur anglais et présentèrent des faits analogues aux siens.

A la Société médicale des hôpitaux (1872), les mémoires de C. Paul, d'Isambert, de Libermann, les malades présentés par Isambert et Bucquoy, les observations citées dans la thèse de Fontaine et par Desnos, réveillèrent la question de la nature des lésions naso-

pharyngiennes graves, question toujours discutée et jamais résolue.

L'année 1874 vit paraître la thèse de Gressent, thèse dont le titre semblait promettre une étude approfondie des manifestations tardives de la syphilis héréditaire. C'est en effet le seul travail un peu étendu qui, dans notre pays, ait été publié sur la question. Mais la thèse de Gressent passa inaperçue; elle ne contenait que deux observations nouvelles fournies par Dumeril, de Rouen, et dont une assez incomplète. Quelques cas fort peu nombreux avaient été pris dans les auteurs; la discussion des difficultés que soulève leur étude y est à peine effleurée.

En même temps, Lancereaux consacrait un chapitre de son *Traité de la syphilis* à ce qu'il nomme la syphilis héréditaire des adultes. C'est certainement lui, qui, de tous les auteurs, a étudié la question avec le plus de soin. Sa bibliographie est plus complète que celle de tous ses prédécesseurs; la connaissance plus approfondie des faits l'a convaincu de la réalité de leur existence. Il apporte, à l'actif de l'hérédité tardive, plusieurs observations remarquables.

L'année suivante (1875) deux thèses soutenues presque simultanément devant la Faculté de Paris, s'adressaient aux mêmes lésions, les affections ulcéreuses graves de la région naso-pharyngienne. L'une avait pour auteur un élève de l'Antiquaille, M. Chaboux, elle avait été écrite sous la direction de M. Horand, chirurgien en chef de cet hospice, et concluait à la syphilis héréditaire comme pathogénie d'un certain nombre de cas de ce genre. L'autre avait été soutenue par

M. Homolle, interne de Saint-Louis, et inspirée par M. Lailler ; la scrofule est, suivant eux, la cause unique de cette grave affection. Il est intéressant de rapprocher ces deux ouvrages, qui résument les tendances et les idées d'observateurs considérant les mêmes faits, à la même époque, et concluant d'une manière si différente.

Outre ces traités et ces thèses, on trouve, soit dans des ouvrages publiés dans un autre but, soit dans les journaux, des observations, des cliniques ou de courts mémoires. Telles sont les publications de Leudet sur la syphilis hépatique, les cliniques de Gosselin, celles de Bouchard, dans le traité de Cornil, etc., et des observations publiées par Ricord et Bouchut, Diday, Lannelongue, etc.

Enfin, pour être aussi complet que possible, je dois signaler un mémoire lu en 1877 à la Société de médecine de Lyon. Ce mémoire n'a jamais été publié, et je n'ai pu m'en procurer les observations.

En Angleterre, la syphilis héréditaire tardive paraît avoir rencontré moins d'adversaires que chez nous.

En 1857 parut le premier mémoire d'Hutchinson. C'était la première étude sérieuse de la vérole héréditaire tardive. Il rendit indubitable son existence, mais se borna à la revendiquer pour les lésions de la cornée et la déformation particulière des incisives médianes supérieures à laquelle il a donné son nom. Les articles, qui se répétèrent les années suivantes (1859-1860) marquent une phase importante dans l'histoire qui nous occupe ; et quoique ses conclusions aient été assez vivement attaquées, surtout en France, il n'en est pas

moins resté prouvé que les lésions qu'il a décrites coïncident fort souvent avec une syphilis chez les parents.

Les publications répétées d'Hutchinson avaient attiré l'attention des médecins d'Outre-Manche, et, pour la plupart, ils sont beaucoup plus favorables à notre manière de voir que nos compatriotes. Ainsi Crichtett et Hughlings-Jackson attirèrent l'attention sur les affections du système nerveux produites par la syphilis héréditaire. On a, sur le même sujet, une belle observation de Dowse. Je citerai encore les cas de Rivington et Field, et l'article d'Henry Lee dans le *System of surgery* de Holmes.

En Allemagne, après les vieilles observations de Beckers, Hoffmann et Plenck, on trouve des travaux importants sur la même question. Dittrich insistait (1849), à propos des lésions syphilitiques du foie, sur l'origine héréditaire de certaines lésions de cet organe, trouvées sur des sujets avancés en âge. Sigmund (1858) accepte également cette hérédité à longue échéance. Virchow ajoute (1860, *Syphilis constitutionnelle*) une observation à celles qu'avait données Dittrich. Pendant ces dernières années (1876 à 1878) Baeümler, dans le *compendium* de Ziemssen, Laskewitch, Zeissl, Schwimmer, dans divers journaux, ajoutèrent, aux cas déjà connus, de nouveaux faits observés avec toute la rigueur scientifique qui règne à notre époque.

Une présentation de Lewin à l'Association médicale de Berlin, avait été l'occasion d'une discussion sur la matière. A Berlin comme à Paris la scrofule, dans ses analogies avec la vérole, fut la principale difficulté du diagnostic. Hirschberg et Fränkel soutinrent, comme

Lewin la nature héréditaire des lésions présentées par le malade.

En Italie, je n'ai trouvé qu'une observation dans la *Syphilisation*, de Sperino.

Tel est actuellement l'état de la science, sur la question qui nous occupe. Beaucoup d'observations, quelques pages dans les traités spéciaux, mais aucun travail de longue haleine ayant réuni tous ces matériaux, discutant leur valeur, repoussant les objections opposées à leur authenticité, et esquissant ensuite, à l'aide des notions ainsi obtenues, l'aspect ordinaire de la syphilis se montrant tardivement. C'est ce travail que nous avons essayé de faire dans cette thèse.

Toutes les observations qu'ont publiées les auteurs, nous les avons lues, autant que cela a été possible, dans l'original. Trop nombreuses et trop longues pour être données *in-extenso*, elles ont été résumées et réunies en un tableau par ordre chronologique. A ces observations déjà connues, nous en avons ajouté quelques-unes dues, en grande partie, à l'obligeance de nos maîtres, dans les hôpitaux de Lyon.

CHAPITRE II

Observations

N ^{os}	NOM DES AUTEURS	AGE ET SEXE	SYMPTOMES PRÉSENTÉS PAR LE MALADE	TERMINAISON	HISTOIRE DE LA FAMILLE
1	MASSA	6 ans...	Ces enfants étaient affectés du mal français.		Observations très-imparfaite et de peu de valeur.
2		11 ans...			
3	BECKERS	F. 13 ans..	Douleurs ostéocopes depuis 7 ans, très-pénibles pendant la nuit. Tumeur dure au milieu du front. Nécrose des deux tables du frontal laissant les méninges à nu.	Les sudorifiques et les spécifiques la délivrèrent de ces symptômes.	Beckers dit de cette jeune fille « castissima » venerege ducis militie « filia. »
4	HOFFMANN	F. 9 ans..	Epilepsie à attaques fréquentes irrégulières, avec aura sous forme d'éternuement.	Médication ordinaire sans résultat. Guérison complète par les mercuriaux.	Hoffmann connaissait le père de longue date et savait qu'il avait eu un mal vénérien très-grave.
5		F. 10 ans..	Ces deux jeunes filles étaient atteintes de douleurs ostéocopes et de gonflement des os. Elles n'avaient eu aucun signe auparavant.	Guéries par le mercure.	Le père avait eu une gonorrhée dont il avait longtemps souffert. A l'époque de la maladie de ses filles, il eut des ulcérations de la lèvre supérieure et de la gorge qui guérirent par le sublimé.
5 bis	STOLL	F. 11 ans..			
5 ter	STOLL	F. 11 ans..	Depuis un an, douleurs articulaires et tuméfaction des deux tibias.	Guérie par le sublimé.	La mère avait depuis des années une douleur vive dans le coude gauche. Le sublimé la guérit en même temps que sa fille.
6	ROSEN	F. 11 ans.	Bien portante jusqu'à cet âge, elle présente des signes non équivoques d'infection.		C'est seulement après l'inoculation de la petite vérole qu'elle a offert des symptômes de syphilis.

7	PLENCK	H. 6 ans..	Epileptique depuis l'âge de trois ans, accès irréguliers, gomme de la tête, spina ventosa des pieds et des mains.	Complètement guéri en 7 mois par le mercure et l'asa fétida.	Le père a avoué avoir eu des accidents vénériens.
8	CARRÈRE	H. 6 ans..	Eruptions diverses et exostoses.	Guéri par le Rob antisymphilitique de l'auteur.	Le père avait eu des symptômes syphilitiques à l'époque où il engendra
9	BALLING	H. 16 ans..	Ulcère du gosier d'aspect syphilitique, carie des os du nez.	Guéri par les antisymphilitiques.	Le père était syphilitique.
10	BAUMES	H. 4 ans..	Symptômes de phthisie au début, ostéo-périostites suppurées des phalanges, ouvertures fistuleuses nombreuses, peau criblée de trous.	Guérison par les spécifiques.	Aucun antécédent personnel. Ils étaient plus tôt gens à afficher qu'à cacher leur vérole. (Ricord)
14	RICORD	H. 40 ans..	Ces deux malades présentaient des lésions nasopharyngiennes.	La première fut guérie par le protoiodure.	Il ne put trouver l'origine.
14 bis		H. 44 ans..			
15	CAZENAVE	F. 9 ans..	Syphilitides tuberculeuses et serpigneuses ayant produit des désordres graves.	Après cinq mois de durée, guérison rapide par les mercuriaux.	Son mari était sain. De deux enfants l'un était mort après 17 jours couvert de boutons, l'autre âgé de deux ans était bien portant. Son père avait, dit-elle, infecté sa mère qui était malade quand elle naquit.
15 bis		F. 18 ans..	Début à l'âge de 10 ans.		
16	GILBERT	F. au-dessus de 30 ans..	Gomme ulcérée au niveau de la clavicule, tuméfaction en dedans du sterno-mastoïdien droit et près du coude du même côté — Hyperostose douloureuse au tibia gauche.	Guérison par la médication spécifique.	Nia tout antécédent personnel, se maria et eut des enfants en bonne santé.
17	TROUSSEAU	F. 20 ans..	Rétrécissement du larynx, cicatrice du pharynx et ulcérations. A 5 ans elle avait eu des hyperostoses et des douleurs ostéocopes, périostoses aux deux bras	Guérie rapidement par le traitement spécifique.	
18	GARCIA VASQUEZ	F. 11 ans..	Rachitique et lymphatique, ayant une ulcération étendue de la bouche et du gosier. ainsi qu'une exostose du cubitus.		

N ^{os}	NOMS DES AUTEURS	AGE ET SEXE	SYMPTOMES PRÉSENTÉS PAR LE MALADE	TERMINAISON	HISTOIRE DE LA FAMILLE
19	SPERINO	F. 13 ans..	Ulcération au palais à l'âge de 11 ans, perforation de la voûte palatine, cachexie très-prononcée	Les remèdes ordinaires furent infructueux ainsi que la syphilisation. L'iode de potassium la guérit complètement.	Sa mère était morte de syphilis.
20 21 22 23	SIGMUND		Les quatre cas donnés par Sigmund se rapportent à des lésions osseuses et naso-pharyngiennes.		
24	DE MERIC	H. 8 ans..	Faible constitution. A eu un peu d'otorrhée, Papules muco-cutanées à l'anus.	Guérison en quelques semaines par les spécifiques.	La mère avait eu six enfants avant de contracter la syphilis de son mari. Elle a eu des plaques muqueuses et depuis six mois une perforation du voile. Elle a eu il y a un an et un mois un enfant né avec des bulles sur les fesses.
25	DE MERIC	H. 12 ans..	Nombreuses papules confluentes sur le tronc et les bras, quelques croûtes sur le tronc testicule droit trois fois gros comme le gauche, mou et indolent depuis l'enfance. Pénis petit.		Père et mère bien portants quatre frères plus jeunes ou plus vieux sans éruptions.
	DE MERIC	H. 15 ans..	Papules muco-cutanées, larges comme une demi-couronne, de chaque côté de l'anus. Testicules et pénis remarquablement petits. Papules parues depuis six mois.		Le père a pris un chancre un an avant son mariage, depuis il a eu à diverses époques des accidents éruptifs et un iritis, sa femme, toujours saine, a eu plusieurs enfants. L'aîné est le malade qui seul avait été bien portant dans son enfance

26	CRICHTETT	H. 9 ans..	Double Kératite interstitielle durant depuis quatre mois. Usure et déformation des incisives médianes supérieures. Perforation du voile de la cavité nasale. Dans son enfance, il a eu une éruption dans les bourses et un gonflement dans le nez. Il n'a marché qu'à quatre ans. Idiotie.		La mère n'a pas été interrogée pour des raisons de convenance. Cet enfant est son aîné. Un second, âgé de 3 ans est en bonne santé; un 3 ^e est mort en naissant.
27	DIDAY	F. 10 ans..	Kératite longtemps rebelle, ayant laissé des taches. — Altération dentaire d'Hutchinson. Perforation de la voûte palatine.		Le père avait été traité par M. Diday, d'un chancre, puis d'une paralysie complète et guérie par les spécifiques. Sa fille aînée, âgée de 24 à 25 ans, et née avant la syphilis paternelle est parfaitement saine.
29	Melchior ROBERT	F. 65 ans..	Douleurs avec gonflement des extrémités articulaires du genou gauche, gonflement et fluctuation (gomme) au niveau de la 5 ^e côte gauche. Douleurs très-vives depuis deux mois.	Les vésicatoires et cataplasmes ne diminuent pas les douleurs, qui augmentent au contraire pendant quelque temps. L'iode de potassium fait tout disparaître très-rapidement.	La malade n'avait aucun antécédent syphilitique. Une de ses filles, âgée de 40 ans, ne présente rien d'anormal et ne se souvient d'aucun accident dans la santé de sa mère.
30	Melchior ROBERT	F. 42 ans..	Début par des douleurs erratiques, puis céphalalgie avec exacerbation nocturne, douleur à la racine du nez, encliffement. Douleurs au gosier. Après 6 mois, perforation du voile.	Les médicaments ordinaires sont inefficaces. L'iode de potassium amène la guérison en 15 jours.	L'hérédité est inconnue. Le médecin ordinaire qui connaît la famille ne sait rien. Le mari est en bonne santé, deux filles et un garçon bien portants.
31	BOUCHUT et RICORD	F. 14 ans..	Ostéite naso-palatine avec perforation du voile du palais. Enfant chétive, maligre, pas encore réglée.		Inconnue.

Nos	NOMS DES AUTEURS	AGE ET SEXE	SYMPTOMES PRÉSENTÉS PAR LE MALADE	TERMINAISON	HISTOIRE DE LA FAMILLE
33	ZAMBACCO	H. 26 ans.	A 12 ans, ulcération du voile du palais. En décembre 1856, Nélaton lui pratiqua la staphyloporrhie. Actuellement, il a une affection nerveuse caractérisée par la perte de connaissance, sans mouvements convulsifs, sans crises, sans morsures de la langue. Trouble de la vue, paraplégie, perte de la mémoire. (Compression cérébrale par exostose crânienne?)		Père débauché a eu à plusieurs reprises des manifestations syphilitiques. La mère n'avait eu aucune manifestation. Elle eut trois fausses couches, et des 13 enfants dont elle accoucha, il ne reste que le malade et sa sœur. Les autres moururent tous après la naissance ou à 15, 16 et 18 mois. — La sœur a été traitée par Gibert à St-Louis, pour des lésions des fosses nasales et de la gorge qui furent considérées comme syphilitiques et traitées par l'iode de potassium.
34	LEUDET	F. 14 ans..	Vierge. — Peu développée, aménorrhéique. — Aucun accident antérieur. — Ascite et albuminurie.	Traitement ordinaire. Mort. Autopsie. Dépressions cicatricielles de la surface du foie. Gomme de cet organe.	N'a pas été recherchée.
35	LEUDET	F. 43 ans..	Vierge. — Pendant l'enfance adénites sous-maxillaires suppurées. — Vers l'âge de 20 ans, céphalalgies très-rébelles. — Depuis trois mois vomissements, ictère, ascite, tuméfaction du foie.	Les mercuriaux amenèrent la guérison complète au bout de 2 mois.	Ces deux femmes étaient les deux sœurs, la plus jeune était vierge, l'aînée mariée et mère d'enfants en bonne santé. Il a été impossible de découvrir les antécédents personnels, et l'hérédité était inconnue aux malades.
36	LEUDET	F. 46 ans..	Symptômes de syphilis crânienne ou de tumeur cérébrale avec phénomènes de compression.	Disparition par traitement spécifique.	

37	HÉRARD	F. 19 ans..	Aplatissement du nez, ulcération de cet organe, disparition de la cloison, perforation de la voute palatine, ozène. — (Edème des membres inférieurs, albuminurie. — A l'âge de sept ans, elle avait eu une ascite pour laquelle on fit quatre ponctions. Absès suppurés au cou. A quinze ans, coryza chronique, nécrose des os du nez. — <i>Rien aux organes génitaux qui sont intacts.</i>	Traitement anti-strumeux impuissant. En quelques semaines elle fut guérie par des doses d'iode de 0,50 cent. à 2 gr.	Les parents n'avouèrent rien. Mais avant la naissance de cette fille, la mère avait eu une fausse couche et trois enfants morts en bas âge.
38	DAVASSE	F. 16 ans..	A sept ans, ostéo-arthrite du genou, issue de nombreux séquestres. — A 15 ans, état rachitique très-prononcé, ulcération des fosses nasales, effondrement et nécrose des os du nez. Douleurs ostéocopes.	Le traitement local avait un peu amélioré le genou. Il ne donna pas les résultats du traitement spécifique.	Le père et la mère étaient en bonne santé. Six autres enfants nés avant cette fille étaient morts en bas âge. La grand-mère avait été syphilitique peu après son mariage, et présentait des cicatrices sur le voile et pharynx, qui avaient été ulcérés.
39 40 41 42 43 44 45	H. JACKSON		Chorée, épilepsie, hémiplegie, signes de syphilis congénitale. Douleurs ostéocopes, épilepsie, amaurose, chorée, sous l'influence de la syphilis congénitale. Signes de syphilis congénitale chez la mère et le fils. — Epilepsie de la mère et de la fille. Hémiplegie épileptique, syphilis congénitale.		J'en'ai pu, à mon grand regret, me procurer le mémoire d'H. Jackson. Les renseignements que je donne sur les huit cas qu'il contient sont très-incomplets et tirés d'un article bibliographique du journal <i>The Lancet</i> .
46			Attaques convulsives chez une fille ayant des malformations dentaires, symptômes nerveux chez le père de l'enfant.		

N ^{os}	NOMS DES AUTEURS	AGE ET SEXE	SYMPTOMES PRÉSENTÉS PAR LE MALADE	TERMINAISON	HISTOIRE DE LA FAMILLE
47	GIRAUD-TEULON	F. 16 ans.	Affection oculaire depuis cinq années. Kératite interstitielle diffuse. Dents d'Hutchinson. Exostose médio-palatine. Ganglions cervicaux. Epiphora. Plus tard paralysie partielle de la 3 ^e paire droite et douleurs névralgiques de la 5 ^e paire gauche.	Très-améliorée pour les yeux, guérie des autres symptômes par le sirop de Gibert et les toniques.	Elle est le cinquième enfant de sa famille. Les deux aînés sont morts tout jeunes. Les deux suivants, observés par Giraud-Teulon, présentaient à un moindre degré une affection oculaire semblable. Le père a été examiné aussi, il est mort d'accidents cérébraux consécutifs à l'asymphilis.
48	GIRAUD-TEULON	H. 27 ans..	Petit, aspect cachectique. Iritis depuis huit jours. Dents d'Hutchinson.	Guéri par le sirop de Gibert.	Il est le septième enfant de sa famille. Seul il a survécu. Lui-même a eu deux enfants, l'un mort à 7 mois, le second, une fille bien portante.
49	GIRAUD-TEULON	F. 9 ans..	Petite figure vieillotte. Synéchies postérieures, fausses membranes sur la capsule antérieure, incisives supérieures caractéristiques. Exsudats spécifiques sur la rétine.		Le père est nettement syphilitique. Il a eu des chancres qui ont duré trois mois. Pas de symptômes secondaires. chute des cheveux plus tard.
50	MARJOLIN	F. 5 1/2 ans.	A quatre mois, ulcérations à la marge de l'anus et aux cuisses. A quatre ans et demi, sur le dos, la poitrine et le jarret, taches rouges qui se couvrirent de croûtes jaunâtres, allant sans cesse en augmentant. On constate sur les cornées les symptômes d'une kératite diffuse interstitielle.	Les ulcérations ne cédèrent pas aux reconstituants. Dubreuil et Marjolin les guérirent rapidement en employant le sirop de Gibert et les bains de sublimé.	La mère, mariée depuis 12 ans, perdit, dans les 4 premières années de son mariage, 2 enfants en bas âge. Alors son mari contracta la syphilis et eut 4 enfants. 3 moururent en bas âge, la survivante était la malade. Pendant qu'elle la nourrissait, elle eut encore une poussée secondaire.

51	RIVINGTON	F. 16 ans..	<p>La malade semble avoir cinq ou six ans. Le pénil est glabre, les mamelles non tuméfiées, pas de menstruation. Faciès caractéristique de la syphilis héréditaire. Nez effondré. Cicatrices aux coins de la bouche. Incisives centrales décolorées et érodées. Chaînes ganglionnaires nombreuses des deux côtés du cou, ayant produit des phénomènes de compression révélés par l'auscultation du cœur et des poumons.</p>	<p><i>Autopsie.</i>—Atrophie des ovaires. <i>Virginité.</i> Lésions ganglionnaires, hypertrophie de ces organes. Éléphantiasis de la grande lèvre.</p>	<p>Le père a été marié deux fois. Du premier mariage, il a eu d'abord une fille ayant actuellement 22 ans, que l'auteur a examinée et qui est parfaitement saine et robuste. Après sa naissance, le père prit la vérole et la donna à sa femme. Le deuxième enfant, une fille, mourut dans l'enfance, ainsi que le troisième, un garçon. La malade est le quatrième enfant de cette série. Du second mariage, il a eu deux enfants morts après quelques heures. Cette 2^e femme a eu une ulcération de la matrice et des grosseurs sur la tête.</p>
52	GOSSELIN	H. 15 ans..	<p>Bien portant, tumeur à la partie moyenne de la jambe droite. indolore, semi-fluctuante-gomme.</p>	<p>Guéri par le traitement mixte.</p>	<p>Inconnue.</p>
53	BUCQUOY	H. 17 ans..	<p>Arrêt général de développements, paraît 12 ans. Non pubéré. Organes génitaux et anus intacts. Incisives altérées et usées. Depuis trois mois, angine, gonflement de l'isthme, adhérence des piliers. Deux perforations à l'union de la voûte et du voile palatins. Lésions laryngées, destruction de l'épiglotte.</p>		<p>Enfant trouvé, pas de renseignements.</p>

N ^{os}	NOMS DES AUTEURS	AGE ET SEXE	SYMPTOMES PRÉSENTÉS PAR LE MALADE	TERMINAISON	HISTOIRE DE LA FAMILLE
	LASCHEWITSCH	F. 23 ans..	<i>Chétive.</i> — Signes d'une dégénérescence amyloïde des reins et du foie.	L'autopsie montra l'exacritude du diagnostic.	Antécédents héréditaires inconnus. Pas de syphilis acquise.
55	LANCEREAUX	F. 41 ans.. 1860	De 8 à 11 ans, mal d'yeux, devient presque aveugle. Maux de gorge et aphonie. A 14 ans, surdité, <i>jamais de menstruation</i> . A 22 ans, chute des cheveux, douleurs de tête. En 1859, pleurésie et hémoptysies. A son entrée, petite taille, peu de développement, seins d'une fille non pubère. Pénil glabre, on n'introduit qu'avec peine le petit doigt dans le vagin. Hymen rudimentaire non déchiré. Voix rauque, nasonnée, dents petites, bicuspidées. <i>Très-sourde. Anosmie.</i> A l'auscultation, signes de phtisie au 2 ^e degré.	<i>Autopsie.</i> — Cavernes dans le poumon droit, pas de tubercules. Pneumonie interstitielle. Foie couvert de cicatrices. La trame fibreuse est épaisse. Organes génitaux développés comme chez une fille de 10 ans. Ovaires rudimentaires sans vésicules de Graaf. Etroitesse du vagin ne permettant pas le coït.	Le père avait eu une mauvaise maladie avant qu'elle ne fut née. Sa mère avait pendant sept ans souffert de douleurs erratiques dans les membres inférieurs et le bras droit. Ses parents ont eu douze enfants, trois seulement ont vécu, les autres sont morts avant l'âge de trois ou quatre ans.
56	LANCEREAUX	H. 12 ans..	Paratt 6 ou 8 ans. Tête très-petite, os du crâne soudés. Intelligence absente, idiotie, masturbation, épilepsie depuis l'âge de 2 ans. Nez gros et aplati. Incisives crénelées. Nécrose de la partie supérieure du tibia.		La mère a de l'alopecie et des névralgies. Son mari a été vérolé. Elle a eu quatre enfants, trois sont morts, à sept ans, trois ans, deux ans. Quatre fausses couches, trois à 7 mois et demi, une à deux mois.

57	LANCEREAUX	H. 8 ans..	Kerato-conjonctivite. Symblépharon. Altération des incisives. — Arrêt de développement. Tête petite.		La mère de ces enfants, âgée de 25 ans, fut infectée 1 mois après son mariage. Les accidents secondaires furent très-marqués. Elle eut: 1° Une fausse-couche à six mois; 2° le malade de l'observation; 3° elle accoucha à 7 mois de la malade de l'observ. Elle eut 3 autres grossesses, 2 à terme, morts après 2 jours, et lavortement à 6 mois. Elle eut une poussée de tubercules pendant cette dernière.
58		F. 9 ans..	Dents présentant l'altération d'Hutchinson. Nez aplati.		Mère atteinte en même temps d'accidents tertiaires graves. — Gommies multiples, nécrose du frontal. Elle a eu à plusieurs reprises des gommies d'autres régions, des douleurs ostéocopes, une nécrose des os du nez. Elle a fait remonter le début de sa maladie à sa grossesse.
59	GRESSENT	H. 17 ans..	Apparence chétive. Le malade a eu quelques éruptions pendant son enfance. — Kérato-conjonctivite double — Déformation congénitale du coude droit. — Exostoses des tibias.		
60	GRESSENT	F. 28 ans..	Aucune maladie antérieure. — Perforation très-ancienne du voile. Eruption circinée, pustulo-crustacée du genou. — Lésion analogue des ailes du nez.	Guérison rapide par 2 gr. d'iodure de potassium. Le traitement antiscrofuleux avait été infructueux.	
61	CHABOUX	F. 10 ans..	Perforation de la voûte palatine. — Effondrement du nez, kérato-conjonctivite diffuse, usure des incisives.	Cicatrisation rapide sous l'influence de l'iodure.	La mère a été infectée par un nourrisson, elle a eu un avortement un an après et la malade dans une deuxième couche.

N ^{os}	NOMS DES AUTEURS	AGE ET SEXE	SYMPTOMES PRÉSENTÉS PAR LE MALADE	TERMINAISON	HISTOIRE DE LA FAMILLE
62	CHABOUX	F. 18 ans..	Kérato-conjonctivite à 14 ou 15 ans. — Perforation de la voûte palatine. — Ozène très-prononcée.	Guérison rapide par l'iode.	Le père et la mère avouent tous deux avoir été syphilitiques avant la naissance de leur fille.
63	KLINCK	H. 19 ans.	A 18 ans, apparition sur les ailes du nez d'un tubercule indolore, atteignant bientôt les dimensions d'une noisette. Suppuration et ulcération au 3 ^e mois. La lésion s'étendit aux joues. — Ozène. — Destruction de la cloison. Hyperostoses du radius droit et du tibia gauche.	Les toniques locaux restèrent inutiles, l'iode de potassium à la dose de 2 grammes amena la guérison.	Le père avait eu de fréquentes éruptions, et des ulcérations qui tantôt se cicatrisaient, tantôt réappaaraissaient.
64	CARRÉ	F. 14 ans..	Altérations des dents incisives médianes supérieures. Cicatrice à la commissure labiale, kératite diffuse et iritis. Otorrhée.	Amélioration par l'iode, récidives nombreuses	Père syphilitique avoué quelque temps avant son mariage. La mère n'a eu aucun accident, mais présente une nécrose de l'extrémité inférieure du tibia. Elle a eu douze enfants. Premier venu mort au 8 ^e mois. Les 4 suivants à terme morts-nés. Le 6 ^e vit 3 mois. Le 7 ^e est la malade en question. Les 5 suivants sont nés avant terme ou morts après 2 ou 3 jours.
65	LEWIN	H. 18 ans..	Il parait à peine 12 ans. Hyperostoses tibiales ulcérées, ulcères du nez, de la face et du pharynx. Altérations de Hutchinson sur les incisives médianes supérieures. Grandes ulcérations en dedans de l'œil droit. Destruction à peu près complète de la voûte, du voile palatin, des tonsilles et de l'épiglotte. Traces de kératite payenchymateuse sur les deux yeux. Pénil presque glabre, testicules gros comme ceux d'un enfant.	L'iode avait fait disparaître la kératite trois ans avant.	Le père et la mère sont manifestement syphilitiques. Le père avait été infecté du 3 ^e au 5 ^e mois de la grossesse de sa femme. Celle-ci n'eut que deux verrues à la vulve.

66	BOUCHARD	H. 18 ans..	Pendant la vie, des symptômes fébriles et typhiques font soupçonner une fièvre typhoïde, puis plus tard on croit à une granulie, et en dernier lieu, des attaques épileptiformes font songer à l'urémie ou à la méningite.	Mort dans le coma. <i>Autopsie:</i> Gommages de la voûte du crâne et du sternum, lésion pulmonaire non syphilitique. Lésions des reins.	Inconnue, le diagnostic n'a été fait qu'après la mort, il repose sur l'absence complète de signes d'une infection antérieure.
67	LANNELONGUE	H. 4 ans.	Accidents cutanés jusqu'à l'âge de trois ans. Depuis trois mois, ulcération des narines, fractures spontanées de la mâchoire inférieure, à droite, suppuration du côté de la cavité buccale. Abscesses ossifluents en dedans de la tête du tibia.	Mort du croup après trachéotomie. <i>Autopsie:</i> Ostéite de l'extrémité supérieure du tibia.	Le père a contracté la syphilis un an environ avant la naissance de l'enfant, la mère dit s'être toujours bien portée.
68	DOWSE	F. 12 ans.	Aucune maladie avant l'âge de cinq ans, ozène et ophtalmie à cette époque. A six ans, perte de connaissance qui dura quatre heures. Une syphilide tuberculeuse détruisit la cloison nasale. Puis successivement survinrent de la céphalagie, de la diplopie, de l'atrophie papillaire, en même temps que de l'anosmie, de l'anesthésie faciale gauche, de la paralysie de la sixième paire droite et de la septième gauche. Mort après crises épileptiformes plus marquées du côté droit. Aphasie pendant les derniers jours.	<i>Autopsie:</i> Adhérences entre le cerveau et la dure-mère dans les régions pariétales. Gommages dans la partie supérieure du lobule pariétal supérieur, et à gauche dans le lobule pariétal postérieur et le gyrus supra-marginal. Endartérite des artères de la base. Altération des nerfs de la 6 ^e et de la 7 ^e paire. Foie et reins lardacés.	Le père avait été syphilitique. La mère avait eu des enfants pendant quelque temps, trois de ses enfants étaient morts, pendant leur enfance, de phthisie, dit-on. Seule, la jeune fille observée par Dowse, avait survécu.
69	FIELD	F. 16 ans..	A l'âge de treize ans elle avait eu de l'inflammation des yeux et de l'otopathie. Les dents incisives étaient usées. Les battements d'une montre n'étaient entendus que lorsque l'instrument était au contact de l'oreille.	Surdité complète après quelques temps.	De onze enfants, frères et sœurs, neuf étaient morts avant l'âge de quatre mois.

N ^{os}	NOMS DES AUTEURS	AGE ET SEXE	SYMPTOMES PRÉSENTÉS PAR LE MALADE	TERMINAISON	HISTOIRE DE LA FAMILLE
70	SCHWIMMER	F. 23 ans..	<p>Malade pâle, petite, à aspect cachectique. La plus grande partie des téguments est couverte d'ulcérations taillées à pic, dont certaines sont en partie cicatrisées. Incisives supérieures séparées les unes des autres, élargies à leur bord libre et crénelées.</p> <p>Mamelles à l'état rudimentaire. Mont de Vénus glabre. Hymen intact, le doigt ne peut pénétrer. La malade présente l'aspect d'une fille malingre de quatorze ans. On trouve en outre une pneumonie, une insuffisance aortique avec dilatation cardiaque. Ascite, albuminurie abondante.</p>	<p>L'affection des reins entraîne la mort malgré un traitement spécifique.</p> <p>L'Autopsie confirme le diagnostic de syphilis en montrant une lésion rénale partiellement caractéristique. Insuffisance aortique, lésions artérielles d'Heubner</p>	<p>Son père était mort pendant son enfance et sa mère peu de temps après sa naissance. On ne savait rien sur leur compte.</p>
71	LASKEWITSCH	F. 18 ans..	<p><i>Vierge.</i> Perte de la vue à droite et amblyopie à gauche. Céphalée constante, douleurs ostéocopes, cicatrices déprimées adhérentes à l'os, pigmentées. Ces cicatrices sont les stigmates laissés par une suppuration de la région avec nécrose du maxillaire, survenue à l'âge de 14 ans. — Intégrité des organes génitaux. Menstruation peu régulière. Atrophie papillaire.</p>	<p>Un traitement mixte réussit au-delà de toute espérance. Au bout d'un mois, la santé générale est excellente, les douleurs ostéocopes ont disparu, la vue est revenue presque entièrement.</p>	<p>Père, frères et sœurs sains. La mère a eu une affection des os du nez qui en a produit l'effondrement. Pendant la nuit douleurs ostéocopes très-vives.</p>
73	LASKEWITSCH	H. 13 ans..	<p>Enfant toujours faible, à aspect cachectique. Depuis quelque temps œdème des jambes, albuminurie. — Le foie est bosselé, fluctuant. — Rien à la poitrine. Mort de pleurésie aiguë.</p>	<p>Autopsie. Foie adhérent au diaphragme. Dégénérescence amyloïde des reins, de la rate et des intestins.</p>	<p>Père syphilitique, sur les côtés du frein on trouve la cicatrice d'un chancre. Il souffre de douleurs ostéocopes.</p>

72	LASKEWITSCH	F. 23 ans..	<p>Amairissement. Cachexie. Arrêt de développement qui la ferait considérer comme une fille de 12 ans. Le foie est tuméfié, ainsi que la rate. Albuminurie. Diagnostic : dégénérescence amyloïde.</p>	<p>Mort et autopsie. Adhèrence du foie au diaphragme. Tumeur gommeuse sur l'une des branches de la veine porte. Foie lobulé. Rate reins amyloïdes. <i>Virginité</i>. Uterus rudimentaire.</p>	<p>Parents morts depuis longtemps, le père souffrait d'abcès aux pieds.</p>
74	LASKEWITSCH	F. 18 ans..	<p>A l'âge de 12 ans, elle avait eu des douleurs ostéocopes, une tuméfaction de la partie inférieure des tibias, puis une suppuration de la même région. Elle présente, en outre, des gommes des côtes, des clavicules et une hyperostose de l'extrémité inférieure du fémur droit. Adénopathie.</p>	<p>Les anti-strumeux sont employés sans aucun résultat pendant plusieurs années. Les spécifiques amènent la guérison très-rapidement.</p>	<p>La mère raconte que le père de cette jeune fille avait eu une syphilis des mieux caractérisées.</p>
75	LASKEWITSCH	H. 19 ans..	<p>Périostite. Syphilide-tuberculeuse. Abcès gommeux du palais.</p>		<p>Le père avait contracté la syphilis un an avant son mariage.</p>
76	LASKEWITSCH	F. 13 ans..	<p>Paralysie incomplète des quatre membres, Paraplégie et diminution de la sensibilité. Phénomènes attribués à l'hyperostose de l'axis.</p>	<p>Le traitement spécifique amène la guérison complète en deux mois.</p>	<p>Les parents avaient eu la syphilis, mais que temps après, le père fut atteint de neuro-réinite double et guéri rapidement par le sublimé.</p>
77	ZEISSL	F. 14 ans..	<p>Destruction de la luette et des amygdales, perforation du voile.</p>	<p>Traitement anti-strumeux sans succès. Guérison par le mercure.</p>	<p>Hérédité inconnue, aucun antécédent personnel.</p>

N ^{os}	NOMS DES AUTEURS	AGE ET SEXE	SYMPTOMES PRÉSENTÉS PAR LE MALADE	TERMINAISON	HISTOIRE DE LA FAMILLE
78	ZEISSL	F. 17 ans..	Destruction du voile du palais. Deux petites perforations de la voûte. Ulcération (gomme) de la jambe gauche. Parfaitement vierge. Vulve et anus sains.	Guérison rapide par l'iode.	Inconnue.
79	ZEISSL	H. 12 ans..	Phisie pulmonaire. Dents d'Hutchinson. Deux perforations de la voûte et du voile palatins.	Guérison par l'iode.	Inconnue.
80	ZEISSL	H. 16 ans..	Malade depuis deux ans. Ne présente aucune trace d'accidents antérieurs. Gommès de l'aine. Cicatrices de la fesse. Les accidents avaient débuté avant qu'il ait eu aucun rapport sexuel.	Guérison par les spécifiques.	Le père avait eu la vérole avant son mariage.
SUPPLÉMENT					
11 12 13	DITTRICH	F. 15 ans.. F. 18 ans.. H. 11 ans..	Lésions hépatiques très-évidentes ayant amené de l'ascite puis la mort. Lésions pharyngées concomitantes.	A l'autopsie on trouva les lésions caractéristiques du foie.	Aucune étiologie. L'examen local ne permettait pas de croire à la syphilis acquise.
28	WIRCHOW	H. 18 ans..	Aucun antécédent connu. Edème des membres inférieurs et ascite. Dyspnée. Tuméfaction du genou droit. Mort d'une affection cholériforme.	Autopsie. — Lésions syphilitiques du foie très-marquées, de la rate et des reins.	Rien ne peut faire soupçonner l'origine acquise de ces lésions.
32	RICORD	H. 13 ans..	Osteite naso-pharyngienne avec perforation. Aucune manifestation syphilitique antérieure.		La mère était couverte de cicatrices ayant succédé à des syphilis ulcéreuses. Elle avait eu la vérole avant son mariage.

Les tableaux qui précèdent contiennent le résumé de quatre-vingt-cinq observations. Je n'ai pas la prétention d'avoir réuni toutes celles qui ont été publiées sur le sujet qui nous occupe. Ce que je sais, c'est que personne n'en a encore colligé un aussi grand nombre. Les noms des observateurs montrent qu'elles proviennent un peu de tous les côtés, je les ai recueillies éparses dans une série de publications dont on trouvera la désignation à l'*Index bibliographique*. Autant que cela m'a été possible, les résumés que je donne ont été faits par moi sur l'observation originale. Pour plusieurs je n'ai pu remonter jusqu'à la source, et je me suis contenté des citations que j'ai trouvées. Aussi ces cas-là sont incomplets, je ne les connais que par ouï dire ; il en est ainsi pour les quatre faits de Sigmund qui sont cités partout, mais nulle part *in extenso*, et dont je n'ai pu me procurer l'original. Les cas de Dittrich ne me sont connus que par ce que j'en ai lu dans Wirchow et Leudet.

Je sais également que Friedlaënder et Prieur ont donné des observations de syphilis héréditaire tardive, mais je n'ai trouvé aucune indication qui pût me guider dans leur recherche. Enfin, d'autres auteurs ont certainement vu des faits semblables et ne les ont pas publiés. M. Diday prétend que Ricord en a plusieurs dans ses cartons ; à la Société médicale des hôpitaux (1865), Hervès de Chegoin disait avoir vu deux cas très-nets d'hérédité tardive ; et Fournier en a annoncé plusieurs observations que je n'ai pu retrouver. Je n'ai pas mentionné non plus un cas de Laschewitch, en 1873, le second de son mémoire. N'ayant pu remonter à la source, j'ai dû me contenter de l'analyse contenue dans

la *Revue des sciences médicales*. Cette analyse est de M. Debove, elle est très-dédaigneuse pour la syphilis héréditaire tardive; quelques lignes pour le premier fait et rien sur le second qui, dit M. Debove, est le daguerréotype du premier; de telle sorte que j'ai dû le négliger. Il en a été de même pour une observation de Zeissl, sur laquelle je n'ai pas assez de détails; il s'agissait d'un enfant de neuf ans atteint de perforation du voile du palais.

Baumes, *Traité de la phtisie pulmonaire*, indique des faits de phtisie syphilitique héréditaire rapportés dans Baglivi (p. 215, traduction d'Aignan), par son traducteur. Je n'ai pu me procurer cette édition.

Bertin cite Raulin comme ayant vu plusieurs cas de syphilis tardive, mais l'absence d'indications bibliographiques ne m'a pas permis de retrouver le passage auquel Bertin fait allusion. Les œuvres de Raulin sont nombreuses, et celles que j'avais à ma disposition ne m'ont rien appris à ce sujet.

Hérard, en présentant sa malade à la Société médicale des hôpitaux, faisait allusion à une clinique de Nélaton parue dans l'*Union médicale*, et traitant des lésions naso-pharyngiennes rattachées à la syphilis héréditaire. Je n'ai pu retrouver cette clinique dans le journal indiqué.

Lancereaux cite Veiel dont je n'ai pu lire le travail.

La plupart des auteurs ont donné Bertin comme ayant observé un fait de syphilis héréditaire tardive, et cela tout simplement parce qu'il raconte avoir vu un enfant atteint de syphilis héréditaire, seulement après qu'il eut été sevré.

Rosen est cité partout dans les traités, qui ont été à l'envi copiés les uns sur les autres; dans ces traités l'observation commence ainsi : « Rosen a vu une jeune fille de onze ans, fraîche comme une rose qui, bien portante jusqu'à cet âge, présenta des signes non douteux, etc. » (Diday, Davasse). Dans le livre de Rosen, l'observation est ainsi donnée : « J'ai vu une jeune fille de onze ans fraîche comme une rose, *après avoir subi l'inoculation de la petite vérole*, elle présenta, etc. » Les auteurs ont tous omis, *après l'inoculation de la petite vérole*, membre de phrase qui a son importance, puisqu'il désigne une voie autre que l'hérédité, comme ayant pu déterminer l'infection. C'est d'ailleurs avec l'observation (25) de de Méric, le seul fait que je rejette du tableau comme très-douteux.

Sur ces quatre-vingt-trois observations, trente-huit mentionnent, et le plus souvent avec des détails qui ne laissent aucun doute, la syphilis chez les parents. Il ne faudrait pas en conclure que dans les quarante cinq autres cas, l'hérédité n'est pas prouvée; nous verrons que soit l'examen du sujet, soit celui de ses frères et sœurs et l'histoire de sa famille, donnent une probabilité très-grande à l'existence de cette hérédité.

Trente-sept fois les spécifiques ont fait disparaître les symptômes morbides et toujours avec une rapidité qui témoigne de leur spécificité. Les autres cas dans lesquels le traitement ne figure pas, on pourra s'en convaincre à la lecture, ne sont pas moins probants.

L'autopsie est venue dans douze cas apporter la confirmation du diagnostic de syphilis porté pendant la vie ou montrer la nature des lésions qui n'avaient pas été soupçonnées.

Nous reviendrons d'ailleurs sur le côté statistique de la question, à l'occasion soit de la nature, soit des symptômes de la syphilis héréditaire tardive.

A ces observations des auteurs, nous avons joint quelques cas inédits que nous donnons in extenso.

OBSERVATION I

P... Joseph, 31 ans, instituteur. Le père de ce malade s'est toujours bien porté; il était de constitution robuste et est mort à 59 ans de bronchite aiguë.

Sa mère était également douée d'une bonne santé. Elle eut en 1842 une fille, qui vit toujours et n'a jamais fait aucune maladie; elle n'a jamais eu de manifestation scrofuleuse. Quand cette fille fût sevrée, la mère de notre malade, prit un nourrisson. Il y avait à peine un mois qu'elle l'allaitait quand elle s'aperçut que l'enfant était couvert de boutons. Elle-même ne tarda pas à présenter des symptômes non douteux d'infection. Un médecin qu'elle consulta lui ordonna de rendre l'enfant et la soumit à un traitement. L'enfant succomba un mois après, aux suites de sa maladie. Les symptômes durèrent pendant plusieurs années, on lui conseilla d'avoir des enfants pour se débarrasser complètement de son affection. Elle eut successivement trois enfants, le premier était mort-né et comme « consommé » quand il vint au monde, le second mourut en voyant le jour, le troisième succomba dans le trajet de l'église à la maison de ses parents. Enfin elle eut un quatrième enfant qui fait le sujet de cette observation. Il naquit en 1848, c'est-à-dire cinq ans après l'infection de sa mère. A sa naissance il était petit, malingre, et portait quelques boutons sur le dos.

Il n'offrit rien d'appréciable pendant son enfance, il n'eut aucun signe de scrofale, jamais de maux d'yeux, ni de gourmes. A trois ou quatre ans, après une chute sur le menton, il lui survint un petit abcès de cette région, qui n'a pas suppuré longtemps et n'a pas laissé de cicatrice.

Il y a cinq ans il commença à éprouver une céphalalgie presque constante à exacerbation nocturne. Dès qu'il se couchait, il ressentait comme une constriction de la tête, et des douleurs pongitives et profondes sur le trajet des deux tibias. Peu à peu il vit la crête de ces os se tuméfier, la peau devenir un peu rouge à leur surface. Il consulta un grand nombre de médecins qui presque tous considérèrent la lésion qu'il portait comme d'origine rhumatismale. Il employa en vain les liniments calmants et les frictions de toutes espèces; il prit du salicylate de soude, des alcalins, etc.; pendant deux années il alla aux eaux d'Aix, au retour les douleurs et la tuméfaction avaient peut-être augmenté plutôt que diminué.

Au moment de notre examen, il présente l'état suivant. C'est un homme de petite taille, d'apparence faible. Il répond très-intelligemment et donne des détails très-précis.

La céphalée est devenue constante, mais est toujours plus douloureuse la nuit; pendant le jour il a une grande tendance au sommeil, ce qui s'explique par l'insomnie opiniâtre que lui causent ses douleurs depuis quelques mois.

Sur les deux tibias on trouve une tuméfaction. Légère et peu prononcée à gauche, elle atteint à droite le volume d'une orange. Elle est diffuse, non bosselée, son diamètre vertical est plus considérable que le transversal. La peau est tendue, un peu rouge, non adhérente aux parties sous-jacentes. La palpation réveille une douleur assez vive. On voit que la tuméfaction fait corps avec le tibia dont elle est une dépendance. Sa consistance est celle de l'os; au centre il y a peut-être un peu de mollesse, qui semble due à l'infiltration de la peau plus rouge en ce point.

Il n'y a pas de ganglions dans l'aîne. La douleur est peu marquée pendant le jour, quand le malade est au repos. Mais dès qu'il a fait une marche un peu longue, elle devient douloureuse et empêche d'accomplir un trajet de plus de deux kilomètres.

Le malade, interrogé sur ses antécédents, qu'il expose très-franchement, dit n'avoir jamais eu aucune affection vénérienne. Il est marié depuis six ans. Sa femme et ses enfants examinés se portent très-bien. On ne trouve sur aucune partie des téguments

de trace d'accidents antérieurs. Il est porteur d'une hernie inguinale.

Les yeux et les dents n'offrent rien de caractéristique. Les dents sont usées, noires, plusieurs sont cariées, mais elles n'ont pas la forme décrite par Hutchinson.

En raison des antécédents héréditaires, le malade fut soumis à un traitement spécifique. Il prit pendant 10 jours 2 grammes d'iodure de potassium par 24 heures. La céphalée disparut comme par enchantement, les douleurs des tibias diminuèrent et le malade put dormir. La dose d'iodure fut portée à 3 grammes. L'hyperostose du tibia gauche disparut, celle du côté droit diminua. J'interrompis alors le traitement ; après quelques jours les douleurs reparurent et allèrent en augmentant. Je montrai alors le malade à M. Horand, qui voulut bien contrôler le diagnostic qu'il approuva. Le traitement a été repris, les douleurs ont disparu, l'hyperostose tibiale a diminué des deux tiers.

L'état général est excellent. Le malade, qui avait déperî sous l'influence de l'insomnie et des douleurs, a vu augmenter son poids de 6 kilog., du mois de mars, (commencement du traitement), au mois de juillet 1879. Il éprouvait une dyspnée qui a complètement disparu.

Je dois dire qu'il a un frère né sept ans après lui, et qui n'a jamais présenté aucune lésion.

RÉFLEXIONS. — L'hyperostose du tibia que présentait notre malade était certainement spécifique. Le rhumatisme seul peut donner des symptômes analogues ; mais il est rare que la tuméfaction soit aussi considérable qu'elle l'était dans le cas indiqué. L'efficacité du traitement doit avoir une importance sérieuse comme élément du diagnostic ; car si l'iodure fait presque toujours cesser les douleurs osseuses, quelle que soit leur cause, son action ne se prolonge pas et cesse après un temps assez court. Rien de semblable dans notre observation,

les effets salutaires du médicament se sont maintenus d'une manière constante.

Cette syphilis n'était pas acquise. Sur les téguments, il n'existait aucune cicatrice, aucune tache. J'ai toutes les raisons possibles de croire à la bonne foi et à la franchise du malade, dont la femme et les enfants sont en bonne santé.

Enfin l'hérédité est tout ce qu'il y a de plus net; le récit de l'affection de sa mère, les morts de ses frères et sœurs ne peuvent laisser aucun doute à cet égard.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. Horand.)

Pierre S., âgé de 21 ans, domicilié à Lyon, entre le 28 janvier 1879 à l'hospice de l'Antiquaille.

L'affection qui l'amène est un ulcère de la jambe gauche. Cet ulcère a paru pour la première fois à l'âge de 16 ans; il a débuté vers le tiers inférieur de la jambe, à la face interne, par une petite érosion suite d'un traumatisme direct. Cette érosion s'est creusée peu à peu, en gardant une forme circulaire; elle était entourée d'une zone rouge et indurée. Son extension a été graduelle et constante, envahissant successivement la partie antérieure de la jambe, sa face externe, puis sa face postérieure. A la face antérieure, l'ulcération occupe une hauteur de plus de quinze centimètres. La marche prolongée produit un léger suintement sanguin de la surface ulcérée et amène de la douleur, habituellement il y a sécrétion d'une petite quantité de liquide séreux.

Un ganglion de l'aîne gauche s'est tuméfié presque dès le début de l'affection; il est passé depuis lors par des alternatives de tuméfaction et de résolution.

Le malade n'a pas consulté de médecin. Il s'est adressé à des charlatans; il a appliqué des topiques et a gardé le repos. Après

une durée de quatre ans et demi, l'ulcère s'est peu à peu et lentement cicatrisé, la cicatrice était peu déprimée, rouge, à surface irrégulière; la cicatrisation était cependant incomplète, en arrière et en dehors, où restait un point ulcéré très limité.

Il y a quatre mois, l'ulcère s'est développé une seconde fois, en commençant par ce point incomplètement cicatrisé; il a repris peu à peu ses limites primitives et son ancien aspect. Les tissus paraissent avoir été plus profondément atteints cette dernière fois.

Actuellement : ulcère à fond inégal, rouge, sécrétant peu, à bords irréguliers, occupant une hauteur de 15 centimètres en avant, diminuant rapidement sur les côtés et réduit postérieurement à 3 ou 4 centimètres au niveau du tendon d'Achille. La profondeur varie de 3 à 7 millimètres. Les bords ne sont pas érodés, mais perpendiculaires. Du fond s'élèvent des bourgeons blanchâtres en voie de cicatrisation, sur lesquels les téguments se sont reformés comme sur de véritables greffes. Sur la face antérieure, au centre, se trouve une de ces plaques de cicatrisation très-développée.

Œdème dur, péri-malléolaire. Le tibia est élargi et épaissi sur toute sa longueur. Au pourtour de l'ulcère, les téguments sont rouges, indurés, non douloureux à la pression. Pas traces de varices. On ne trouve sur les téguments aucune cicatrice, aucune marque d'éruption antérieure.

Le malade parle comme les gens affectés de paralysie du voile du palais ou de perforation de la voûte. Le palais est intact, mais le voile semble flasque, comme relâché et plus porté en avant qu'à l'état normal.

La verge, le gland, les testicules sont absolument intacts. Il nie énergiquement toute affection vénérienne antérieure.

La vue du malade est faible des deux côtés, surtout à droite. Il distingue difficilement les objets dans l'obscurité. Examinés par M. le docteur Grandclément, ses yeux présentent une sclero-choroïdite gauche et une choroïdo-rétinite droite. Il prétend n'avoir jamais eu une vue très-bonne. Ses cornées sont intactes sauf un léger nephelion à leur centre, conséquence probable de maux d'yeux fréquents dont il a souffert pendant son enfance.

Rien du côté des grandes fonctions. Il est un peu pâle, faible et amaigri.

La mère de ce jeune homme, interrogée par M. Horand, a raconté que son mari était mort à un âge peu avancé, porteur d'une plaie de la jambe ayant duré plusieurs années. De plus, au moment de la naissance de cet enfant, il présentait une éruption ecthymateuse des membres; c'était pendant la première année de son mariage. La mère a toujours été saine; elle n'a eu que cet enfant et jamais de fausse couche.

Le traitement institué fut local et général. Le traitement local consista en applications d'un mélange de glycérine et de salicylate de soude. On donna à l'intérieur 1 gr. d'iodure. Du 1^{er} janvier au 14 février la dose fut successivement portée jusqu'à 2 gr. 50. La cicatrisation surtout au début marcha très-rapidement. La vue s'améliora peu à peu. Il sortit le cinq mai. La cicatrisation de l'ulcère était complète, il persistait un gonflement de l'os assez sensible.

RÉFLEXIONS. — Comme lésions pouvant se rapporter à la syphilis, nous voyons dans cette observation, un ulcère de la jambe et probablement une affection de l'œil. L'ulcération de la jambe qui dure pendant six ans, avec des altérations de cicatrisation et d'extension, et qui disparaît complètement en quelques semaines par le traitement spécifique, est caractéristique de la diathèse. L'affection oculaire diagnostiquée par M. le docteur Grandclément et considérée par lui comme une choroïdo-rétinite, est d'une interprétation moins facile. C'est une question sur laquelle nous reviendrons.

Quant à la cause, on ne saurait la trouver ailleurs que dans l'hérédité. L'absence complète d'antécédents chez le malade, l'ulcère non variqueux de la jambe et l'ecthyma chez le père, ne laissent guère de place à une autre interprétation.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. Aubert)

Henriette R..., 6 ans, habitant Lyon, entre à l'hospice de l'Antiquaille, le 17 octobre 1878.

Le père de cette malade, âgé de 50 ans, jouit d'une excellente santé. Sa mère, âgée de 40 ans, a contracté, il y a 12 ans, la syphilis avec un nourrisson. Dès l'apparition du premier accident, elle a été soumise à un traitement spécifique et n'a présenté, comme symptômes de la période secondaire, que la chute des cheveux et des maux de gorge fréquents. Jamais d'éruption à la peau. Elle a eu avant et après l'invasion de la syphilis dix enfants, cinq garçons et cinq filles. Des garçons, quatre sont morts; deux ont succombé à la variole à l'âge de six et huit ans; deux autres sont morts l'un d'une bronchite à un an, l'autre en naissant; enfin, le cinquième âgé de 14 ans, jouit d'une très-bonne santé.

Sur les cinq filles trois sont encore vivantes, deux âgées de 18 et 20 ans sont très-bien portantes. La troisième est notre malade. Les deux dernières ont succombé, l'une à 4 mois, l'autre en naissant à des affections inconnues. Cette dernière est venue au monde un an après l'apparition du chancre.

La malade entre à l'Antiquaille pour une gomme ulcérée du voile du palais, ayant déterminé la perforation de ce voile. Le début de l'affection remonte à trois semaines. Avant cet accident, la malade a présenté des éruptions croûteuses dans les cheveux, des ophthalmies rebelles, des maux de tête. Elle a eu il y a quelque temps la jaunisse, et, à diverses reprises, des paralysies momentanées avec douleurs violentes dans les membres; l'apparition de ces derniers accidents remonte à un an. Le membre atteint en dernier lieu a été le bras droit.

Elle a été élevée pendant deux ans dans un logement assez insalubre donnant sur une cour. Son alimentation a toujours été suffisante. Le traitement jusqu'à ce jour a consisté dans l'emploi

de tisanes de feuilles de noyer et de sirop de Portal et en gargarismes avec décoction de feuilles de ronces.

Actuellement, on trouve au niveau de la portion mobile du voile du palais, sur la ligne médiane, une ulcération ovalaire à grand axe antéro-postérieur, ayant deux centimètres de longueur environ sur quatre ou cinq millimètres de largeur. Les bords de l'ulcération sont fongueux et présentent une faible rougeur inflammatoire. La lésion ne détermine pas de troubles notables dans les mouvements déglutition, de respiration et de phonation.

Les ganglions du cou ont seuls un léger degré d'hypertrophie. L'état général de la malade est médiocre, son faciès est anémique.

Le traitement institué fut l'administration de l'iodure de potassium. L'ingestion du médicament fut plusieurs fois vérifiée par l'analyse des urines. Du 17 au 29 octobre, les doses furent graduellement portées de 2 à 6 grammes par jour. Le 12 novembre on revint à 4 grammes, et le 14 décembre on n'en administrait plus que deux.

L'action du médicament avait été très rapide. Le 10 janvier il ne persistait qu'un petit pertuis fistuleux.

Le 17, la malade sortait, n'ayant plus que quelques opacités de la cornée.

RÉFLEXIONS. — Observation très-instructive. Les partisans de la scrofule ne manqueraient pas de l'invoquer pour expliquer la perforation du voile, et en trouveraient l'origine dans l'habitation assez insalubre de la maladie. Mais les paralysies localisées et successives, indices de lésions cérébrales, l'ictère témoignant d'une affection hépatique sont des symptômes peu compatibles avec la scrofule et parfaitement en rapport avec la syphilis.

La syphilis évidente chez la mère, la mort prématurée des deux filles qui précédèrent notre malade, sont

des preuves suffisantes pour trouver dans l'hérédité la cause de son état. Remarquons, en passant que la syphilis est bien la cause du dépérissement de cette famille, car les deux enfants nés avant l'infection de leur mère ont une excellente santé.

J'aurais pu citer plusieurs autres observations de lésions apparemment syphilitiques sans syphilis acquise. Mais l'incertitude des antécédents héréditaires, ne m'a pas permis de leur donner place dans un travail destiné à prouver l'existence de l'hérédité tardive.

CHAPITRE III

Discussion et Critique

Après avoir cité toutes les observations que nous avons pu recueillir, inédites ou déjà connues, après avoir éliminé quelques-unes d'entre elles, nous nous trouvons amené à nous poser les questions suivantes: Les lésions décrites peuvent-elles être légitimement considérées comme syphilitiques? Ces lésions syphilitiques sont-elles héréditaires ou acquises?

La solution de la première question est facile. M. Diday exige, comme condition de valeur pour une observation, que les accidents syphilitiques aient été constatés par des médecins compétents. On n'a qu'à lire les noms inscrits sur les tableaux de nos observations pour voir que cette condition est réalisée dans presque tous les cas, ce qui se comprend facilement. Qui est-ce qui publie des cas de ce genre? Les médecins habitués à découvrir la diathèse sous ses formes les plus cachées, ceux auxquels l'interrogatoire du malade n'est pas indispensable pour reconnaître l'affection, ceux auxquels une pratique de tous les jours a appris

à dévisager, sous ses aspects les plus divers, le Protée souvent méconnaissable pour des yeux peu exercés.

D'ailleurs il est inutile de recourir à l'autorité pour soutenir notre thèse. Plusieurs autopsies ont été pratiquées et par des anatomo-pathologistes comme Lance-reaux, Bouchard et Cornil, Daremberg, Schwimmer et Wirchow, Leudet, Lannelongue, Rivington, Dowse, etc. Les lésions qu'ils ont rencontrées ne sont pas discutables, l'interprétation s'impose. Ce sont des gomes de la peau ou des os (Schwimmer, Cornil), des cicatrices du foie et des gomes de cet organe (Lance-reaux, Leudet, Wirchow, Dittrich), des pneumonies chroniques ayant produit des cavernes et sans traces de tubercules (Bouchard, Lancereaux), des lésions rénales typiques (Daremberg, Schwimmer, Rivington, etc.)

Et puis ces lésions ont, dans un grand nombre de cas, disparu comme par enchantement sous l'influence des traitements spécifiques. Nous pouvons citer, comme un type du genre, notre malade de l'observation I. Il souffrait depuis cinq ans de douleurs atroces, son sommeil était sans cesse interrompu par une céphalée persistante; tous ces accidents ont disparu en dix jours sous l'influence de l'iodure, tandis que l'hyperostose du tibia fondait en grande partie après quelques semaines. Cette action des spécifiques est regardée, et à juste titre je crois, comme très-importante, par M. Diday et d'autres comme Guibout, Fournier, Isambert. Ainsi, malades observés par les spécialistes les plus autorisés et considérés par eux comme syphilitiques, autopsies pratiquées par les anatomo-pathologistes les plus connus

et révélant des lésions spécifiques, succès dans une grande proportion du traitement anti-syphilitique ; voici les raisons pour lesquelles nous nous croyons autorisé à admettre la syphilis dans les observations citées.

Mais si nos adversaires consentent assez facilement à reconnaître, comme syphilitiques, les lésions dont les malades sont porteurs, il s'en faut qu'ils soient aussi accommodants quand nous voulons chercher dans la santé des parents la source de cet état pathologique. Leurs raisons sont nombreuses et, je dois l'avouer, quelques-unes ont une importance très-réelle.

Il est un argument qui traîne depuis des siècles dans tous les traités des maladies vénériennes, il peut se résumer ainsi : Toutes les fois qu'un individu, porteur de symptômes syphilitiques, nie l'accident primitif et les accidents secondaires, c'est ou un ignorant ou un imposteur qui se moque de la crédulité de son médecin. Quand j'ai dit que cet argument traînait depuis des siècles dans la science, je n'ai rien exagéré. Jacques de Béthincourt s'en sert contre les moines vérolés de son temps, et Cullerier cite avec joie l'histoire des époux Sidrac. Je n'ai l'intention ni de faire l'apologie de la chasteté des moines de la renaissance, ni de rompre une lance en faveur de la race des dames Sidrac, mais je me permets de trouver déplorable une manière de faire qui consiste à soutenir *mordicus* à un homme qu'il a eu un chancre et des plaques muqueuses, alors que la chose est rien moins que certaine. Soutenir que tout accident spécifique survenant à un âge avancé est le résultat d'une vérole acquise, sous

prétexte que vous avez toujours vu les choses se passer ainsi, c'est commettre une petition de principe, puisque nous attaquons précisément ces prémisses trop absolues.

Et, d'ailleurs, croyez-vous qu'il soit bien légitime d'accuser de naïveté les hommes dont les noms figurent sur le tableau de nos observations. Ces noms sont ceux des syphiligraphes célèbres, qui, pardonnez-moi l'expression, en ont bien vu d'autres et sont moins disposés que qui que ce soit à méconnaître « les mensonges des intéressés, les dépravations de la débauche et les sévices de toutes sortes auxquels l'innocence de l'enfant est exposée (Roger). » Quand un homme est venu vers eux en leur disant : je me suis exposé quelquefois au danger, j'en suis toujours sorti sain et sauf, ou je n'en ai rapporté qu'un accident tout local ; quand ils l'ont vu atteint de manifestations indubitablement syphilitiques, au lieu de vouloir faire rentrer bon gré malgré dans le cadre habituel, et peut-être trop étroit, un fait réfractaire, ils se sont dit qu'en médecine le dogme absolu et traditionnel n'existe pas, et ils ont cherché ailleurs l'origine des lésions qu'ils observaient. Un des premiers cas qui aient frappé Ricord est celui de deux frères ayant atteint la quarantaine, et porteurs de lésions naso-pharyngiennes ; ils n'avouèrent aucun antécédent syphilitique, quoiqu'ils aient été gens plus enclins à se vanter d'avoir eu la vérole, qu'à en nier l'acquisition.

Plusieurs observations attribuent à des sujets féminins soigneusement examinés, un caractère généralement peu compatible avec la syphilis acquise, la virginité. Je sais bien, qu'à la rigueur, on peut arguer de

faits dans lesquels le virus n'a pas eu besoin de forcer les barrières pour envahir la maison ; on peut me citer l'observation de Pleisch et Klob, se rapportant à une femme de 28 ans, à hymen intact, morte avec de l'ascite, du gonflement hépatique et de l'albuminurie. A l'autopsie, on trouva en même temps des cicatrices syphilitiques du foie et une cicatrice de la grande lèvre. L'explication de cette dernière, donnée par une de ses sœurs, prouvait que la virginité n'était que vaginale.

On pourra m'objecter que la voie génitale n'est pas privilégiée pour le transport du virus, qui souvent s'introduit en contrebande par un chemin plus ou moins détourné. Je répondrai à ces deux objections, que sur les quatre-vingt deux observations que j'ai rapportées, il y a huit faits de virginité constatée. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y ait que ces huit filles dans cet état ; la malade de Beckers, qu'il qualifie de « *castissima militiæ veneræ ducis filia*, » les deux jeunes filles de Stoll « *probis moribus, et circumspecte educatas* » et beaucoup d'autres, dont les mœurs ont été contrôlées, n'ont rien à leur envier. Il faut avouer que la proportion de filles jeunes et vierges est bien forte dans notre statistique, et que c'est à désespérer de la virginité, si elle ne vous garantit pas mieux des chances du danger.

Je n'ai, d'ailleurs, que peu de propension à admettre la fréquence et la facilité des modes de contagion extragénitale, dont quelques-uns sont si bizarres. La plupart des cas que j'ai lus se rapportaient à des adultes, à des femmes mariées dont la vertu ne *pouvait* être soupçonnée, et pour lesquelles on était disposé à admettre

la *syphilis insontium*. L'explication officielle se trouvait alors dans l'usage d'une robe ayant servi à une femme vérolée (Fracantiano et Fabrice de Hilden) des mêmes latrines ayant produit une inoculation anale chez deux sujets, (Fallope); ailleurs c'est un *seul* acarus logé dans l'épiderme qui a dû causer tout le mal (Profeta).

Je ne conteste pas la valeur et la possibilité de ces histoires; mais est-il moins naïf d'y prêter foi, de les admettre sur le seul récit et les seules négations des intéressés, que de faire remonter, alors que si souvent, outre ce récit et ces négations, nous avons, dans nos faits, l'histoire des parents, l'origine des lésions à l'infection héréditaire.

Il y a plus quelquefois que la virginité, il y a l'atrophie ou l'absence d'organes génitaux, nous reviendrons sur ce caractère dans le chapitre des symptômes.

Je peux bien me servir d'un argument dont a usé M. Diday, pour défendre l'infection des nourrices par leur nourrisson. Quand on lit la description de Schwimmer ou de Lancereaux, nous peignant ces malheureuses dépourvues de poitrine, sans organes génitaux, aux dents usées et détruites, au faciès misérable, couvertes d'ulcérations, on a le droit de dire que les accuser d'avoir pris la vérole, serait leur adresser une galanterie hyperbolique, plutôt qu'une accusation blessante.

En admettant l'ignorance et la bonne foi des sujets observés, on peut soutenir que des accidents d'infection survenus pendant la première enfance n'ont laissé de traces ni sur les téguments, ni dans la mémoire des malades. C'est là le principal argument de nos adversaires. Il faut le discuter et distinguer deux ordres de faits.

L'enfant né sain a été confié à une nourrice, ou contaminé de quelque manière. Je répondrai tout d'abord que lorsque les parents n'ont conservé aucun souvenir d'un événement de ce genre, lorsque l'enfant ne présente aucune lésion ancienne, l'infection directe est plus difficile à soutenir que la non-infection. De plus, quand les parents sont syphilitiques, qu'ils ont eu antérieurement des enfants morts de syphilis congénitale, quand les observations sont aussi nombreuses que celles que nous présentons, ne doit-on voir qu'une coïncidence dans la maladie des enfants? Le père et la mère vérolés, plusieurs enfants morts de vérole héréditaire, les survivants allant puiser à une source étrangère le même virus, c'est trop d'infortune pour une seule famille,

C'est Vénus toute entière à sa proie attachée.

Voyant combien la maladie était gênante, quelques-uns, ont admis les lésions des ascendants comme causes de celles des enfants, mais ce ne serait pas par voie héréditaire que s'opérerait cette transmission, ce serait par contagion directe. Un enfant naît sain d'une mère syphilitique, mais les rapports intimes de tous les jours entre ces deux êtres ne doivent pas permettre, pendant longtemps, l'intégrité de cet enfant.

Par malheur pour cette théorie, il existe en syphiligraphie une loi promulguée par Profeta et qu'admettent bon nombre de spécialistes, entre autres M. le professeur Gailleton. Cette loi de Profeta est la réciproque de la loi de Colles. Colles, et après lui M. Diday, a prouvé qu'une mère saine peut impunément donner le sein, avoir les

rappports les plus intimes avec son enfant syphilitique sans courir aucun danger d'infection. La loi de Profeta est ainsi conçue, suivant M. Jullien : « Un enfant reconnu sain, né d'une femme syphilitique, ne court aucun danger d'infection soit par l'allaitement, soit par les baisers de sa mère, si transmissibles que soient en réalité les accidents dont cette dernière est atteinte. Mais plus tard, quand l'organisme a été renouvelé de fond en comble par la croissance, cet enfant perd son invulnérabilité en face de la syphilis. » Ce qui signifie que ce n'est qu'à un âge très-avancé qu'un enfant peut être infecté par sa mère, et dans ces conditions la notion des antécédents devient beaucoup plus précise.

Mais ces deux lois de Colles et de Profeta ont à mon avis une portée beaucoup plus grande. Beaucoup ont insisté sur cette innocuité de l'allaitement d'un enfant malade par sa mère saine ; c'est parfois avec un air d'attendrissement qu'on a parlé de cette heureuse prérogative maternelle ; un peu de plus et l'on aurait cherché quelque cause mystique, quelque précaution adorable de la nature pour ne pas sacrifier, même à la vérole, les liens indissolubles qui unissent la mère et l'enfant. Il n'y a, je crois, aucun arcane, aucune merveille dans ce qui se passe là ; il faut croire tout simplement que la mère est syphilitique. Et ce que la loi de Colles démontre du côté de la mère, l'aphorisme de Profeta le prouve pour l'enfant. Quand deux individus peuvent en arriver aux contacts les plus intimes sans que le malade infecte celui qui est bien portant, c'est que la santé du dernier ne vaut guère mieux que celle de l'autre.

Dans les cas de Colles et de Profeta, si les individus ne contractent rien d'anormal, c'est qu'ils sont au moins vaccinés. Dès que vous admettez qu'un enfant né d'une mère syphilitique, ne prend pas la vérole à la mamelle maternelle, c'est qu'il a été antérieurement touché par la diathèse, et rien ne m'empêche de croire que cet état latent produira plus tard quelque effluve, que la syphilis héréditaire se manifestera tardivement.

Une observation de Sperino (obs. 19), confirme cette manière d'envisager la loi de Colles et celle de Profeta. Dans ses tentatives de syphilisation, il rencontra une jeune fille de 13 ans, cachectique et présentant une perforation de la voûte palatine. L'organisme du sujet se montra très-rebelle à l'inoculation qui ne produisit jamais que des pustules insignifiantes. On apprit que la mère de cette enfant était morte de syphilis. L'iodure de potassium, beaucoup plus efficace que la syphilisation, fit disparaître tous les accidents. Cette jeune fille avait été indemne d'accidents spécifiques jusqu'à l'âge de onze ans et, pendant ce temps de santé apparente, elle ne devait pas être plus inoculable qu'à l'époque où elle tomba entre les mains de Sperino. On ne comprendrait guère comment elle eût pu être infectée.

Est-ce le laps de temps trop considérable pendant lequel la maladie reste latente qui inspire la défiance? Pourquoi ne verrait-on pas, dans la syphilis héréditaire, le processus se comporter comme dans la vérole acquise? Une durée de quinze, vingt et trente ans, entre les accidents primitifs et les manifestations tertiaires, n'est pas chose rare. A la société médicale des hôpitaux, A. Fournier a rapporté l'observation d'un

vieillard âgé de 75 ans et porteur d'une gomme : il avait eu un chancre à l'âge de dix-sept ans. Dans la même séance, Maurice Raynaud citait un cas absolument semblable et dans lequel la période latente avait duré quarante ans. Ricord a rapporté le cas de deux syphilitiques tertiaires qu'il avait traités en 1854 ; l'un avait contracté son chancre le jour de la prise de la Bastille, et l'autre le jour du sacre de Napoléon I^{er}.

Nous dirons qu'en résumé la nature syphilitique des lésions est indiscutable quand on considère la relation des symptômes et des autopsies, ou le résultat du traitement. Tout contribue à nous faire regarder l'hérédité comme leur cause, quand nous voyons les parents syphilitiques, les sujets quelquefois vierges, niant tout antécédent et n'en présentant aucune trace. D'ailleurs nous n'avons nullement la prétention d'établir mathématiquement ce que nous avançons, l'absolu n'existe pas en médecine, et tout ce qu'on peut demander, c'est de réunir une somme de probabilités suffisante pour faire pencher les esprits vers le point où l'on veut les entraîner.

Après avoir lu ces observations et les considérations dont nous les avons fait suivre, aucun esprit impartial ne pourra, je crois, manquer de s'avouer qu'il existe dans la science, un bon nombre de cas dans lesquels des parents ayant eu la syphilis, ont donné le jour à des enfants qui ont présenté, à un âge avancé, des symptômes d'une vérole dont la provenance n'a pu être rattachée à autre chose qu'à l'hérédité.

Admettre cette forme de la diathèse syphilitique, peut avoir une grande importance à certains points de

vue ; certaines questions de pathologie générale touchant à la syphilis, doivent être considérées sous un jour nouveau. La théorie de la syphilis d'emblée, la métamorphose de la syphilis en scrofule chez les enfants des syphilitiques, méritent d'être examinées à cette place. On doit également se demander à quelle période de la vérole acquise correspondent les manifestations héréditaires tardives.

De tout temps, la métamorphose de la syphilis en scrofule a trouvé des défenseurs. On avait édifié, sur la notion d'hérédité, des théories que rien n'a justifiées. Suivant l'état des parents au moment de la procréation, l'enfant naissait syphilitique ou scrofuleux. La vérole tertiaire des parents avait, à ce point de vue, un privilège spécial, le virus, plus atténué qu'à l'époque des manifestations primitives ou secondaires, n'était plus capable de se reproduire lui-même, mais était encore susceptible de débilitier le jeune organisme dans lequel il passait. Lugol a exprimé cette idée de la manière suivante : « Il ne reste plus qu'à savoir, si dans les cas de scrofule transmise par des parents syphilitiques, la condition de cette transmission n'est point un état constitutionnel, consécutif à la syphilis. Si ce n'est pas, en d'autres termes, la cachexie syphilitique qui peut seule donner naissance à la maladie scrofuleuse. Nous avons déjà répondu affirmativement à cette question. La syphilis primitive ne peut engendrer que la syphilis, tandis que la cachexie syphilitique, qui, le plus ordinairement, n'est plus contagieuse par le coït, peut être transmise à l'état scrofuleux, ou même sous forme d'autres espèces pathologiques, par la voie de la génération. »

Présentée de la sorte, la transformation de la vérole en scrofule peut se comprendre et s'admettre. Les deux diathèses n'ont plus, entre elles, d'autre lien de parenté que celui qui unit une cause d'affaiblissement quelconque aux effets qu'elle engendre. Substituez aux mots cachexie syphilitique, ceux de cachexie alcoolique, goutteuse, saturnine ou rhumatismale, et il vous sera loisible d'attribuer à ces états pathologiques, ceux que vous mettez sur le compte de la syphilis. Ce n'est plus comme entité morbide qu'elle fait naître la scrofule chez l'enfant, c'est parce qu'elle a amené une déchéance de la santé des parents. Elle peut même se transmettre sous forme d'autres espèces pathologiques ; c'est avouer que la question de spécificité n'est plus pour rien dans l'adoption de la vérole, comme mère de la scrofule ; c'est une cause banale à joindre à toutes celles qu'on a l'habitude d'invoquer.

Mais d'autres auteurs : Ricord, Diday, Maisonneuve et Montanier, ont considéré la même chose à un autre point de vue. Ils ont compris que, réduite à cette influence débilitante, la syphilis des parents ne jouait qu'un rôle secondaire, et ils ont cherché à découvrir chez les scrofuleux des caractères indiquant si leur état pathologique est la conséquence de la syphilis chez les parents. De cette façon, la vérole n'est plus une cause ordinaire ; elle se combine avec d'autres éléments morbides, perd quelques-uns de ses caractères propres, enlève ou ajoute à certains de ceux de la scrofule, et produit un état pathologique hybride, procédant de la scrofule et de la syphilis ; c'est le scrofulate de vérole de Ricord, la scrofuloïde de Maisonneuve et Montanier.

Ricord, qui partout est désigné comme un des champions de cette idée, a fort peu écrit en sa faveur. Son opinion, à ce sujet, n'est nettement formulée que dans une clinique faite en 1862 à Ste-Eugénie, à l'occasion d'une malade de Bouchut (obs. 31 et 32), et encore y insiste-t-il fort peu. « Chez la jeune malade de M. Bouchut, dit-il, on peut donc admettre la syphilis; mais est-ce à la syphilis seule qu'il faut rapporter l'altération qu'elle présente? N'existe-t-il pas une maladie voisine qui aurait pu amener le même résultat? Je veux parler de la scrofule. C'est qu'en effet la syphilis tertiaire, dans les conditions où nous la voyons ici, est très-voisine de la scrofule. Par le seul fait de la détérioration qu'elle produit dans l'organisme, la vérole peut engendrer la scrofule; de parents syphilitiques, on voit souvent naître des enfants scrofuleux. La scrofule et la syphilis héréditaire peuvent se trouver combinées chez le même individu, pour former ce que j'ai appelé, passez-moi le mot, du *scrofulate de vérole*. »

Il faut avouer que ces quelques lignes, sans preuves à l'appui, sont insuffisantes pour entraîner la conviction. Le scrofulate de vérole n'est en réalité que le composé symptomatique produit par la manifestation de la syphilis sur une constitution scrofuleuse. Nommerait-on scrofulate de goutte, un sel analogue résultant de la goutte héréditaire combinée avec le dépérissement produit dans la race du goutteux? Ce n'est qu'une expression et rien de plus. Nos observations prouvent que la syphilis héréditaire tardive éclate chez des sujets aucunement strumeux. C'est compliquer inutilement le problème que de faire intervenir ce chassé-

croisé des diathèses. La syphilis engendre la syphilis, voilà le fait. Quant à savoir si le père cachectisé par la vérole, le plomb ou l'acool, peut donner le jour à des scrofuleux, nous n'avons pas plus à nous en inquiéter que de savoir s'il y a une relation entre les accidents syphilitiques héréditaires qui nous sont présentés et les symptômes d'herpétisme ou d'arthritisme qui peuvent être concomittants.

Ces observations peuvent s'appliquer beaucoup plus légitimement encore au chapitre de Maisonneuve et Montanier sur *la scrofuloïde*. « Le nom seul, disent-ils, que nous imposons à ces symptômes de la syphilis héréditaire indique qu'ils ont un très-grand rapport avec la scrofule proprement dite, avec laquelle d'ailleurs ils sont encore toujours confondus; il est pourtant de la plus grande importance de distinguer ces deux affections, et ce que nous allons dire se rapportera presque uniquement au diagnostic différentiel de ces deux maladies. » Suit le prétendu diagnostic différentiel, qui peut se résumer comme il suit : Dans leurs premières années, avant que n'éclatent les manifestations morbides, scrofuleux et scrofuloïdiens offrent des types spéciaux : ainsi le scrofuleux est gras, frais, rose; le scrofuloïdien syphilitique a le teint pâle, mat, un peu terreux; les scrofuleux sont gais et ont le regard vif; les syphilitiques ont l'œil morne et triste; les premiers sont blonds, les seconds sont bruns ou blonds indifféremment, et ainsi de suite. En y regardant d'un peu près, on voit que ces deux peintures ne sont qu'un doublement du tableau qu'a tracé Bazin du faciès scrofuleux, montrant les grandes différences présentées par

les divers sujets. En admettant que les portraits soient ressemblants, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'ils vous seront d'une utilité contestable pour établir le diagnostic. Ils représentent l'enfant en puissance de maladie, mais non encore atteint. Maisonneuve et Montanier avouent ingénument que plus les lésions s'avancent, plus les caractères distinctifs s'atténuent, tant et si bien qu'à un moment donné le succès du traitement peut seul donner une indication sérieuse. Et pas une observation.

Si l'on consulte les observations que nous avons rassemblées, on verra que la vérole héréditaire se manifeste par des symptômes parfaitement tranchés. Chez un individu possesseur d'une syphilis acquise, parvenue à la période tertiaire, va-t-on jamais chercher l'influence de la scrofule dans la forme de ses lésions ? Il est syphilitique ou scrofuleux. Quand l'anatomie pathologique, l'examen attentif ont déclaré absolument identiques les lésions tertiaires acquises et les lésions tertiaires héréditaires, pourquoi ne pas donner à ces dernières leur véritable nom ?

Scrofulate de vérole, scrofuloïde sont des dénominations à rejeter. A une époque où l'hérédité tardive était attaquée universellement, on a pu essayer de l'introduire subrepticement dans la science sous le déguisement emprunté à une affection voisine ; mais actuellement les observations authentiques sont assez nombreuses pour rendre indubitable cette hérédité, et il serait imprudent de la compromettre en ne lui laissant pas son existence spéciale et en lui faisant subir une dégénérescence que rien n'autorise. Nous revien-

drons sur cette question dans la deuxième partie, à l'occasion des affections de la région naso-pharyngienne.

A quelle période de la syphilis correspondent les symptômes héréditaires tardifs ?

Lancereaux a admis une division de la vérole qui sort des données classiques. Considérant que les phénomènes ne cadrent pas toujours avec la division en symptômes primitifs, secondaires et tertiaires, que souvent on voit des gommès dès le début ou de l'ecthyma profond, qu'une série de lésions flottant sur la limite de deux classes, porte le nom de secundo-tertiaires, il a rejeté cette division. Il distingue simplement les accidents primitifs et les accidents tardifs.

Quand on examine ce qui se passe chez l'enfant atteint de vérole congéniale, on est frappé de ce fait, que l'enfant ayant en général des symptômes de la syphilis secondaire, offre très-souvent simultanément des lésions des viscères ou des tissus profonds, (os), considérées comme relevant de la période tertiaire. J'avais pensé donner le nom de syphilis héréditaire tertiaire aux symptômes que j'ai décrits, mais ce nom était trop vaste. Bien que dans tous les cas cités, les lésions aient toujours été tertiaires, comme elles se trouvent également chez l'enfant peu de jours après sa naissance, je serais resté en arrière de mon sujet. J'ai préféré le titre de syphilis héréditaire tardive. Et à cette occasion je ferai remarquer que Maisonneuve et Montanier sont tombés dans cette faute en nommant leurs scrofuloïdes, accidents tertiaires.

Ce qui est beaucoup plus important, c'est de savoir

si les malades porteurs d'accidents tardifs en sont à leur première manifestation. Ricord l'admet. Pour lui la syphilis héréditaire serait dans ce cas latente jusqu'à l'âge avancé que présentent nos malades. La question est difficile à résoudre, cependant je pencherais pour une solution différente de celle de Ricord, et voici pourquoi.

Dans quelques observations, les malades avaient eu après leur naissance, des accidents pouvant se rapporter à la syphilis. Notre malade de l'observation I est né avec des boutons sur le dos.

Le malade de Zambacco avait eu des éruptions dès son plus jeune âge, le médecin qui le traitait alors prétendait qu'il avait eu « trois fois la rougeole et trois fois la variole; chaque fois les boutons et les taches persistaient pendant trois mois et plus. » J'ai cité une observation de Lannelongue rapportant l'histoire d'un enfant mort du croup à l'âge de 4 ans et présentant des lésions syphilitiques des os. Jusqu'à l'âge de 3 ans il avait eu des accidents cutanés.

Un signe excellent de la vérole héréditaire, c'est l'altération particulière des incisives permanentes signalée par Hutchinson. Cette altération est la marque indélébile laissée par une gingivite avec périostite alvéolaire, survenue à l'époque du développement de ces dents. Chercher à quelle époque se développent les incisives médianes permanentes, c'est trouver le moment d'apparition de la stomatite spécifique. Suivant Gray la calcification des incisives a lieu du sixième ou septième mois, au neuvième de la vie fœtale. Kolliker la croit un peu plus tardive. Robin et Magitot disent

que les follicules des incisives permanentes commencent à apparaître dans l'espace d'environ quinze jours avant ou après la naissance. Quoiqu'il en soit, c'est dans les derniers mois de la vie foetale, ou les premières semaines de la vie indépendante, que les follicules dentaires peuvent être déformés. Il s'en suivrait que chez tous les sujets atteints d'accidents héréditaires tardifs, on pourrait dire, que ces accidents ne sont pas la première manifestation de la diathèse, si leurs dents présentent les stigmates d'Hutchinson. En rapprochant ces considérations sur l'évolution dentaire des souvenirs des parents ou de certains malades, on n'est plus autorisé à nier l'existence antérieure d'autres symptômes. L'apparition de symptômes tertiaires d'emblée ne nous semble guère mieux établie pour la syphilis héréditaire que pour la vérole acquise.

Puisque ce mot de syphilis d'emblée s'est trouvé sous ma plume, je peux bien dire que cette théorie, qui n'a jamais eu beaucoup de défenseurs, doit recevoir un coup décisif du jour où l'on admet la syphilis héréditaire tardive. M. Diday le prévoyait déjà dans son traité de la syphilis des nouveaux-nés. Les quelques observations citées par Baumès et Cazenave concernant des individus atteints d'accidents tertiaires, et n'ayant jamais souffert de lésions primitives ou secondaires, n'ont plus aucune valeur dès qu'il est soutenable que le mal n'a pas eu la contagion mais l'hérédité pour origine.

DEUXIÈME PARTIE

La première partie de notre travail a eu pour but d'établir l'existence des manifestations tardives de la syphilis héréditaire, dans la seconde nous donnerons une description des différentes lésions qui ont été trouvées, nous chercherons à déterminer les conditions étiologiques qui les ont produites; le diagnostic et le traitement formeront un dernier chapitre.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie

Les conditions étiologiques, capables de produire l'écllosion tardive de la syphilis héréditaire, sont de deux sortes. Les unes, et ce sont les seules certaines, dépendent des parents; les autres, beaucoup plus problématiques, ne sont qu'occasionnelles, elles résident dans l'âge, le sexe, la constitution, l'état physiologique des sujets, le milieu dans lequel ils se trouvent. C'est de ces dernières que nous nous occuperons tout d'abord.

Si nous nous en rapportons uniquement à nos observations, nous serons tentés d'attribuer au sexe une influence très-sérieuse. Sur 83 cas, 52, c'est-à-dire presque les deux tiers, ont été observés chez des sujets appartenant au sexe féminin. Je ne crois pas que ce chiffre corresponde à l'état réel des faits.

Rationnellement on ne voit pas trop pourquoi l'hérédité serait plus fatale à un sexe qu'à l'autre. Quand un jeune homme se présente à l'hôpital atteint d'accidents syphilitiques, il est rare qu'il ne se soit pas exposé à

la contagion, et comme on est tout disposé à voir l'origine de sa vérole dans un coït suspect plutôt que dans l'hérédité, cette dernière source est presque constamment méconnue. A part les deux frères signalés par Ricord, le malade de Zambacco et le nôtre de l'observation I, on se trouve constamment en présence de jeunes gens ayant au plus dix-huit ans. Encore ces derniers sont-ils peu nombreux, et si l'on veut bien consulter les observations, on verra qu'à cet âge, ils étaient dans un état d'atrophie générale peu compatible avec la validité indispensable pour conquérir la syphilis. Les cas d'Hérard, Lewin, Bucquoy, Bouchard, sont significatifs à cet égard.

Pour les femmes on agit autrement, les unes ne sont pas soupçonnées à cause du milieu dans lequel elles se trouvent, les autres parce que l'examen de leurs organes génitaux a fourni une attestation que notre sexe a le bonheur ou l'infortune de ne jamais posséder. Une défiance assez naturelle, à l'égard des antécédents des jeunes hommes syphilitiques a dû être la principale cause de la différence existant sous ce rapport en faveur de leur sexe.

La période pendant laquelle l'hérédité syphilitique conserve ses droits semble très-étendue, puisque nous avons noté des malades âgés de quatre ans et une autre ayant 65 ans. Le tableau suivant nous donne, en quelques lignes, les différentes époques d'apparition des symptômes.

AGE	FEMMES	HOMMES	NOMBRE DE CAS
— 4 ans	— 0 —	— 2 —	— 2 —
— 6 —	— 1 —	— 3 —	— 4 —
— 8 —	— 0 —	— 2 —	— 2 —
— 9 —	— 3 —	— 1 —	— 4 —
— 10 —	— 4 —	— 0 —	— 4 —
— 11 —	— 4 —	— 0 —	— 4 —
— 12 —	— 1 —	— 1 —	— 2 —
— 13 —	— 3 —	— 1 —	— 4 —
— 14 —	— 3 —	— 0 —	— 3 —
— 16 —	— 4 —	— 1 —	— 5 —
— 17 —	— 1 —	— 3 —	— 4 —
— 18 —	— 4 —	— 3 —	— 7 —
— 19 —	— 1 —	— 3 —	— 4 —
— 20 —	— 2 —	— 1 —	— 4 —
— 23 —	— 3 —	— 0 —	— 3 —
— 26 —	— 0 —	— 2 —	— 2 —
— 28 —	— 1 —	— 0 —	— 1 —
— 30 —	— 1 —	— 0 —	— 1 —
— 40 —	— 0 —	— 1 —	— 1 —
— 41 —	— 1 —	— 1 —	— 2 —
— 42 —	— 1 —	— 1 —	— 2 —
— 43 —	— 1 —	— 0 —	— 1 —
— 44 —	— 0 —	— 1 —	— 1 —
— 46 —	— 1 —	— 0 —	— 1 —
— 65 —	— 1 —	— 0 —	— 1 —

On peut voir par ce tableau que les accidents sont de moins en moins nombreux avec l'âge. Il est une époque dans la vie qui, surtout pour la femme, semble être le moment le plus favorable à l'éclosion des symptômes transmis par l'état diathésique des parents. C'est l'époque de la puberté. La syphilis héréditaire, comme la tuberculose et la névropathie, a une prédilection marquée pour cette période de la vie. La moitié des observations porte sur des jeunes filles entre 10 et 18 ans, c'est-à-dire sur des jeunes filles chez qui les organes commencent à évoluer vers leur forme définitive ou viennent depuis peu de temps de manifester les débuts de leur activité.

Cette influence de la puberté avait frappé des auteurs anciens; nous lisons à la suite des observations de Stoll, ces phrases significatives: « *Fomes venereus hereditate acquisitus videbatur in hispuellis, et, pubertatis annis jamjam instantibus, prorupisse quasi recluso carcere, et viribus ab ætate acceptis.* » Ainsi pour Stoll, le molimen précurseur de la menstruation serait cause d'une suractivité fonctionnelle, dont profiterait la diathèse restée latente jusqu'alors.

C'était aussi l'opinion de Carrère. « Quand le vice héréditaire est dégénéré, il se développe quelquefois de bonne heure et exerce des ravages dès les premières années après la naissance, quelquefois il ne se montre que dans l'âge de la puberté; quelquefois il n'agit qu'à qu'à l'âge de 35, 40 et 45 ans. » L'âge de la puberté est signalé d'une manière très-expresse comme époque d'apparition. Je serais assez disposé à partager l'opinion que je viens de citer. A cette époque de l'existence,

L'organisme est dans une sorte d'érethisme favorable aux poussées inflammatoires, il subit une sorte de renouveau. La puberté est une seconde naissance et si la première est trop souvent atteinte par le virus syphilitique, la seconde peut bien voir se répéter le même phénomène. Et d'ailleurs dans l'étude des symptômes, si nous voyons la syphilis congéniale laisser sur les dents les stigmates indélébiles de son action pendant la première enfance, j'espère pouvoir établir par des exemples sinon aussi nombreux, du moins aussi certains, les traces de son passage à l'époque de la puberté, passage dont l'atrophie des organes génitaux est une marque certaine.

On a beaucoup usé et abusé du mot constitution qui joue son rôle de comparse dans l'étiologie de toutes les affections. J'ai déjà dit ce que je pensais de la scrofule, je répéterai encore, que les notions certaines nous font défaut pour apprécier dans quelle proportion elle peut prêter son concours à la syphilis héréditaire.

Je pourrais avancer que les mauvaises conditions hygiéniques, les excès de tous genres, l'alcoolisme, etc. doivent être des adjuvants puissants de la grande diathèse, l'opinion est vraisemblable, mais je n'en sais absolument rien. J'estime que des enfants nés de parents syphilitiques et assez imprégnés du virus atavique pour que quinze, vingt et trente années ne puissent en étouffer le germe, portent en eux une graine d'infection assez vivace, pour qu'un terrain préparé soit inutile à son développement ultérieur.

Un mot encore sur les causes occasionnelles. Les traumatismes extérieurs, les coups sont-ils susceptibles

de donner à la syphilis un prétexte de manifestation ? C'est ce qui paraît avoir eu lieu dans notre observation II. Le jeune homme qui en fait le sujet, disait avoir reçu un coup sur le tibia. Une plaie contuse de la région avait été le point de départ de l'ulcération interminable qu'il présentait. Il n'est certainement pas permis de généraliser d'après un fait unique ; mais comme d'autres maladies générales, le rhumatisme par exemple, procèdent de la sorte, c'est une question à examiner.

Arrivons à la question des parents. Dans quel état doit se trouver leur syphilis pour que leurs enfants soient atteints de symptômes tertiaires tardifs ? Plus facile à poser qu'à résoudre, cette question restera longtemps pendante. La vérole infantile héréditaire, beaucoup plus anciennement étudiée et beaucoup mieux connue, n'est pas encore en possession d'une généalogie incontestable. Faut-il que les deux procréateurs soient infectés ? la syphilis du père suffit-elle pour contaminer le fœtus ? Quelle est l'influence de la période syphilitique ? Quelle est celle du traitement ? tout autant de questions résolues relativement et en partie. On comprend qu'elles se représentent de la même manière pour l'hérédité tardive et que nous ne pouvons prétendre les résoudre. Qu'il nous soit permis de dire que, d'après nos observations, les parents ont dû procréer leurs enfants alors qu'ils n'étaient pas encore à la période tertiaire. Nous voyons dans les opérations de Balling, que le père avait des symptômes syphilitiques quand il engendra son enfant, dans celle de de Méric, le père avait eu le chancre un an avant son mariage et un iritis après la naissance de son enfant.

C'est Rivington qui nous montre ailleurs un homme ayant un enfant syphilitique d'une première femme et en infectant encore une seconde, ce qui prouve que bien longtemps après la naissance de cette fille il était encore contagieux et pas encore tertiaire. Dans deux cas de Lancereaux, la mère présente une poussée de tubercules, longtemps après la naissance des enfants infectés. Le père du jeune homme de Lewin avait contracté la vérole, quand sa femme était déjà grosse de trois ou quatre mois, et cette dernière avait eu des plaques muqueuses pendant cette période.

Dans une autre série de faits, les parents présentent des lésions tertiaires, en même temps que leurs enfants. Tels sont les cas rapportés par Stoll ; dans l'un, le père avait des ulcérations de la gorge, dans l'autre, la mère avait une arthrite du coude. La mère du malade de de Meric (obs. 24), avait une perforation du voile depuis six mois. Gressent cite une mère atteinte de gommages multiples, alors que son fils de 17 ans présentait une perforation du voile. Et je pourrais multiplier les exemples qui démontrent, je crois, que dans les circonstances où l'état des parents, au moment de la procréation, a pu être présumé, ils étaient à une période encore contagieuse.

A propos de l'observation de Lewin, je ferai remarquer qu'elle confirme l'opinion de M. Diday, que la vérole héréditaire présente des symptômes identiques, qu'elle soit le résultat de la conception ou qu'elle provienne d'une infection postérieure au début de la grossesse.

Suivant Maisonneuve et Montanier, il faudrait dis-

tinguer chez les parents, entre les accidents secondaires vrais, et les accidents secondaires tardifs; les premiers donneraient la syphilis infantile, la seconde la scrofuloïde.

Notre manière d'envisager l'origine de la syphilis héréditaire tardive, fondée sur l'observation, est encore un argument contre le scrofulate de vérole et les scrofuloïdes. Ce n'est pas l'époque tertiaire qui détermine l'apparition des accidents reculés, c'est une époque beaucoup plus précoce et beaucoup plus virulente qui, n'est pas susceptible de transmettre autre chose qu'une affection semblable à la syphilis.

Que penser des idées de Gubler, Ricord et Bassereau, suivant lesquels les enfants auraient toujours les accidents spécifiques, de la même période que celle dans laquelle se trouvaient leurs parents, au moment de la procréation? A père tertiaire, enfant atteint de suppuration des poumons et du thymus; à père porteur de syphilides, enfant secondaire. Les recherches de M. Diday avaient infirmé l'exactitude de ces idées, et si l'on accepte les nôtres, on s'en éloigne de plus en plus. Admettre les accidents héréditaires tardifs, c'est comprendre la vérole héréditaire un peu différemment qu'on ne l'a fait jusqu'ici. L'état des parents ne peut influer que sur l'intensité et la durée des accidents qu'ils ont transmis. A part le premier phénomène, le chancre, la marche de l'affection est très-analogue à celle de la syphilis acquise; cette dernière se borne quelquefois à des accidents secondaires insignifiants; chez un malade, la période secondaire est fort grave et n'est pas suivie d'accidents tertiaires; chez un

autre, la période tertiaire est terrible, alors que la bénignité des symptômes antérieurs le tranquillisait pour l'avenir. Ce caractère fantasque, la diathèse le conserve dans la forme héréditaire. Elle tue l'enfant dans le sein de sa mère, ou le couvre, peu après sa naissance, d'éruptions de tous genres, qui, unies aux lésions viscérales, ne tardent pas à l'emmener. Quelquefois l'enfant guérit après des épreuves plus ou moins longues et périlleuses ; quelquefois il n'éprouve rien ou presque rien ; mais plus tard, à la puberté, des accidents plus profonds et plus tenaces peuvent venir, à cet âge avancé, prouver que le virus n'était qu'assoupi.

M. Diday et d'autres auteurs ont beaucoup insisté sur le principe de l'affaiblissement croissant de l'influence héréditaire. Plus les parents syphilitiques s'éloignent du début de leur affection, moins leurs enfants sont touchés par le virus et plus considérables sont leurs chances de survie. Beaucoup de nos observations sont conformes à cet aphorisme, mais quelques-unes l'infirmement, je tiens à le faire remarquer. Ainsi l'observation de Lancereaux nous montre une mère dont deux enfants ne sont pris par la maladie qu'à l'âge de 9 et 11 ans, tandis qu'ils sont précédés et suivis par des fausses couches, des morts-nés ou des enfants succombant dans les premières semaines de leur existence. Rivington nous montre un fait analogue. Sa malade meurt à 16 ans d'accidents héréditaires, trois de ses frères et sœurs ont succombé fort jeunes avant elle ; ceux qui la suivent ne sont pas plus heureux. Il est vrai que ces derniers sont d'une seconde femme récemment syphilitisée, et que l'introduction de cet élément

nouveau dans la procréation ne doit pas être indifférent. Dans l'observation de Carré, les parents avaient eu 12 enfants, la malade observée étaient la septième, et seule survivante, les six qui l'avaient précédée, les cinq autres nés après elle, avaient succombé deux ou trois jours après leur naissance ou étaient venus morts-nés, etc. Ces citations suffisent pour montrer que la loi de décroissance n'est pas immuable, mais elles ne peuvent expliquer les conditions de cette intermittence singulière dans l'activité du virus.

Cette hérédité peut-elle, comme la phtisie, le cancer, rester inactive dans l'organisme du fils ou de la fille pour aller exercer ses ravages sur les petits-enfants? La question qui avait été si facilement et si libéralement résolue par Uçay et Sanchez, a été posée de nouveau par Davasse, Henry Lee et Laschewitch. Ces auteurs penchent pour l'affirmative. Nous avons cité l'observation de Davasse qui diagnostiqua la vérole de la petite-fille en voyant le pharynx cicatrisé de la grand'mère. Les parents étaient sains, quoique leurs six premiers enfants n'aient pu rester vivants. Laschewitch (obs. 76), vit une jeune fille dont les lésions syphilitiques ne pouvaient avoir d'autre origine qu'une syphilis paternelle. Le père, homme fort intelligent et de très-bonne foi, ne se souvenait de rien; mais peu après il prit une irido-choroïdite ayant le faciès spécifique, et qui fut guérie par le sublimé. Laschewitch se demande si le père et la fille n'étaient pas également innocents, et si le grand-père n'était pas l'auteur de tous ces maux. Je suis tout disposé à témoigner en faveur de la fille, mais pour le père je serais

moins indulgent. Ces deux observations isolées ne prouvent rien et ce n'est pas le témoignage de Lee qui pourra leur donner de la valeur. Il s'exprime ainsi : « Ne pouvons-nous pas dire que la syphilis héréditaire, comme la goutte et certaines autres diathèses, peut sauter certains individus ou même une génération pour se montrer de nouveau avec des modifications dans leurs descendants ? Il serait imprudent, dans le cas de maladie héréditaire, de dire, parce que les symptômes font défaut chez un individu ou une génération, que la maladie n'existe plus ; et nous ne savons pas encore pendant combien de générations les efforts latents de la syphilis héréditaire peuvent exercer quelque influence. » Je ne sais sur quelles observations Lee s'appuie pour justifier son opinion. Si je juge par celles qu'il donne en faveur de la syphilis héréditaire tardive à la première génération, je conserve une certaine défiance. « Un homme avancé en âge, dit-il, que j'ai connu pour l'avoir vu à London-Hospital, et qui avait eu évidemment diverses affections vénériennes, était le père d'une famille arrivée à l'âge adulte. Une de ses filles eut une éruption de la peau à l'âge de 17 ou 18 ans, guérie par la salsepareille. Un des fils, quoiqu'il se fut souvent exposé à la contagion, ne contracta jamais de forme infectante de syphilis. Ce fils se maria et eut de la famille. Après quelque temps, sa femme eut sur le corps une éruption qu'on attribua à la syphilis et guérie rapidement par un traitement spécifique. Le dernier de tous, le fils lui-même, eut une éruption exactement semblable à celle de sa femme. »

Voilà la fable de Sidrac plus que dépassée. Ce jeune

homme dont la femme prend la vérole sans que lui-même ait jamais eu aucun symptôme, qui plus tard la reçoit d'elle et se persuade que tout cela est le fait de son père à lui, représente certainement le comble de la naïveté. Et je ne parle pas de la salsepareille spécifique de la syphilis ! Non, M. Lee ne nous convaincra pas de l'existence de l'hérédité syphilitique à la deuxième génération. — Cette hérédité existe peut-être, mais c'est encore une circonstance dans laquelle il faut suspendre son jugement.

CHAPITRE II

Symptomatologie — Anatomie Pathologique

J'ai réuni sous un même titre l'anatomie pathologique et les symptômes de la syphilis héréditaire tardive. Une description séparée ne peut convenir pour certaines lésions, celles du pharynx par exemple, dans lesquelles l'inspection directe est aussi importante pour le diagnostic, que les troubles fonctionnels. D'ailleurs il y a tout avantage, au point de vue de la clarté, à rapprocher les lésions et les symptômes qui en sont le résultat, leurs rapports mutuels se comprennent mieux.

La syphilis héréditaire tardive se montre toujours sous la forme tertiaire, envahissant les tissus profonds, donnant lieu à des néo-formations, et amenant peu à peu, si elle n'est pas traitée, un état cachectique si semblable à celui de la vérole acquise, qu'il a été constamment confondu avec lui. Les lésions viscérales sont aussi fréquentes que les affections du tissu cellulaire et des os; ce sont même les cicatrices caractéristiques du foie trouvées par Dittrich, Virchow et Leudet,

chez des sujets sans antécédents personnels, qui ont le plus contribué à jeter quelques doutes sur la réalité des idées soutenues jusqu'à eux.

Aucune observation ne se rapporte à des faits d'accidents secondaires. Seul de Méric a publié un cas de cette espèce, et je suis fort disposé à en contester la valeur. Il s'agit d'un jeune homme de 15 ans, *très-intelligent*, qui portait sur le tronc et les bras de nombreuses papules confluentes. Son père et sa mère ne présentaient rien d'anormal, quatre frères plus jeunes ou plus vieux étaient en bonne santé. L'éruption qui a les caractères secondaires, la santé excellente de toute la famille, me font supposer que l'intelligent apprenti sculpteur pouvait bien avoir puisé, ailleurs que dans le sein maternel, la cause de sa syphilide.

OS ET ARTICULATIONS

En relisant nos observations, on est frappé de la fréquence des douleurs ostéocopes chez les malades qui en font le sujet. Ce symptôme correspond constamment à des lésions osseuses. Ces lésions, comme dans la syphilis acquise, peuvent se ramener à trois types.

Dans une première série, le périoste et les couches les plus superficielles de l'os sont seuls atteints. Les autopsies de ce genre de lésion sont rares, aussi Gosselin, Lancereaux, n'en décrivent les caractères que grâce à l'analogie symptomatique qu'elle présente avec l'ostéopériostite rhumatismale. Épaississement du périoste, vascularisation de cette membrane et des couches sous-jacentes. Cliniquement, les caractères sont plus

nets, les tissus sont un peu rouges, la tuméfaction peu prononcée, la palpation un peu forte produit de vives douleurs. Les douleurs ostéocopes sont presque pathognomoniques de cette forme, il est probable qu'à la période secundo-tertiaire, les sensations si pénibles ressenties par les patients dans les diverses pièces du squelette sont constamment liées à une altération du périoste et des os. Les douleurs sont multiples, si analogues à celles du rhumatisme chronique, que les anciens auteurs, comme Stoll, les désignaient sous le nom de « rheuma venereum. »

La durée en est fort longue, la tendance à la suppuration est peu marquée, elle prend plutôt après quelque temps les caractères d'une ostéite chronique condensante. C'est en somme, une lésion superficielle ne comportant pas une modification bien profonde de l'état général. Ce n'est pas l'ostéite accompagnant la cachexie, mais de préférence les cas légers. Notre malade de l'observation I en est un exemple très-net, il s'est passé chez lui un phénomène constant pour ce genre de lésion; l'iodure de potassium a produit une amélioration très-rapide.

Supposons qu'outre le périoste et les couches superficielles, les parties plus profonde de l'os soient aussi attaquées, nous aurons une affection plus grave comme accident local et indiquant une atteinte plus profonde de l'économie. L'hypérostose syphilitique est le résultat d'une ostéite condensante, dont le type a été fort bien décrit par Cornil et Ranvier. Comme dans toutes les productions spécifiques tardives, le processus est caractérisé par la sclérose du tissu. A un degré peu avancé la lésion se traduit par des douleurs ostéocopes moins

vives que dans les altérations plus superficielles, et un gonflement plus ou moins considérable, que l'iodure de potassium peut faire disparaître en totalité s'il est donné à temps. (Observations de Carrère, Gilbert, Trousseau, Garcia Vasquez, etc.)

A un degré plus avancé, la sclérose du tissu osseux peut déterminer l'occlusion des vaisseaux dans une région et amener la nécrose consécutive. Lancereaux, Lannelongue, Laschewitsch citent des observations qui peuvent être rapportées à ce type.

L'exostose reconnaît une origine semblable. Les exemples sont assez nombreux. Leur présence emprunte une importance très-grande aux positions qu'elles occupent. A la voûte du crâne et dans le canal rachidien, la compression des centres nerveux constitue un danger auquel elles sont loin d'exposer dans les autres points du squelette. Quelques affections nerveuses sont produites par ce mécanisme, tels sont les cas rapportés par Leudet (obs. 35) et par Zambacco. Laskewitsch raconte l'histoire d'une jeune fille paraplégique, probablement par suite d'une exostose de l'axis, et qui guérit par l'iodure de potassium.

Restent enfin les gommes des os. C'est à ces néo-formations que se rapportent les lésions osseuses du crâne et de la voûte palatine. Le cas de Beckers, dans lequel, après l'ouverture de la tumeur, les méninges restèrent à nu, rentre probablement dans la catégorie des gommes circonscrites, assez fréquentes au crâne (carie sèche syphilitique de Virchow).

L'autopsie du malade de Bouchard montra des gommes du sternum et de la voûte du crâne; c'est à

ces dernières qu'étaient dûs, sans aucun doute, les symptômes convulsifs qui avaient fait croire à de l'urémie et à une méningite. On peut à ce point de vue consulter les observations de Laschewitsch et Melchior Robert.

Les gommes diffuses des os (Cornil), sont beaucoup plus fréquentes, car c'est à cette forme qu'on rattache les perforations et les ulcérations de la voûte du palais, dont nous mentionnons de si nombreux exemples.

En résumé, la syphilis héréditaire tardive se comporte à l'égard des os, absolument comme la syphilis acquise. Elle attaque par ordre de fréquence, les tibias, les os de la face et la voûte palatine, le fémur, le crâne, les membres supérieurs, etc.

Les lésions retentissent assez souvent sur les articulations voisines et y déterminent des synovites secondaires, qui disparaissent avec la cause qui les a fait naître (Davasse, Melchior Robert).

On peut remarquer que les lésions décrites par Parrot semblent rester le monopole de la syphilis infantile. Je veux cependant attirer l'attention sur les faits de Lannelongue et Gressent. Le petit malade de Lannelongue, qui n'avait que 4 ans, avait une fracture spontanée du maxillaire inférieur, qui peut bien s'expliquer par le décollement épiphysaire fréquemment signalé chez les jeunes sujets atteints de syphilis osseuse.

Le malade de Gressent avait une déformation congénitale du coude. Il est permis de se demander si la déformation ne reconnaîtrait pas la syphilis pour cause, ce qui confirmerait l'opinion que nous avons avancée

plus haut sur l'apparition de phénomènes morbides antérieurs à ceux que nous avons sous les yeux.

SYSTÈME NERVEUX

Les centres nerveux dans la syphilis peuvent être atteints de deux manières, par des lésions d'organes voisins, par des altérations de leur tissu propre. Dans la première catégorie se placent les faits d'exostoses crâniennes ou spinales que nous venons de mentionner. Suivant mon ami et collègue le docteur Julliard, les exostoses de la colonne seraient rares, mais incontestables cependant. Quant à celles du crâne, elles sont assez fréquentes, et Zambacco, dont le travail est fait au point de vue des lésions nerveuses, en cite un remarquable exemple (obs. 33).

N'est-ce pas encore à ce genre de faits qu'on pourrait rapporter les cas d'idiotie de Crichtett et Lancereaux ? Le malade de ce dernier présentait une soudure prématurée des os du crâne. Cette soudure prématurée, sur laquelle Broca entre autres, a insisté, produit un arrêt de développement de la substance cérébrale et l'idiotie consécutive. L'influence que nous reconnaissons à la syphilis sur les os est bien capable de déterminer cette soudure anticipée.

Les auteurs qui se sont occupés de la syphilis du système nerveux, ont pour la plupart publié des faits se rapportant à la diathèse héréditaire. Lagneau fils a cité les cas de Beckers, Hoffmann et Plenck; nous avons une observation de Zambacco. Hughlings-Jackson a publié, en 1868, un mémoire sur cette question; il cite

huit malades atteints de symptômes nerveux variés, qu'il rattache à la syphilis, dont leurs parents étaient atteints. Enfin Dowse (1878) a lu à la Société médicale de Londres un mémoire sur les lésions nerveuses dans la syphilis congénitale. Une de ses observations suivie d'autopsie se rapporte à notre sujet.

La céphalée est une manifestation importante de la diathèse; elle se trouve dans plusieurs de nos observations avec son caractère pathognomonique d'exacerbation nocturne. Les cas de Melchior Robert (obs. 29), Leudet (obs. 35), Lancereaux (obs. 55), Dowse (obs. 68), Laschewitsch (obs. 71), se rapportent à cette manifestation. Jamais la céphalée n'a acquis cette intensité que Fournier et Zambacco ont observée, intensité telle, qu'elle altère les fonctions intellectuelles et peut amener parfois un délire furieux. Je ferai remarquer combien est juste l'opinion de Fournier sur la gravité du pronostic de la céphalée. Dans le cas de Laschewitsch, elle était prémonitoire d'une atrophie papillaire; dans celui de Dowse, elle avait précédé le développement de gommages cérébrales qui entraînèrent la mort.

Nous avons deux autopsies de sujets ayant offert pendant leur vie des symptômes de syphilis héréditaire tardive.

Chez le malade de Bouchard, on ne trouva pour expliquer les symptômes convulsifs des derniers jours que des gommages de la voûte crânienne.

Le cas de Dowse est beaucoup plus instructif. Des adhérences existaient entre la dure-mère et le cerveau dans les régions pariétales. Il y avait une gomme dans la partie supérieure du lobule pariétal supérieur, et

d'autres gommés à gauche dans le lobule pariétal supérieur et le gyrus supra-marginal. Les artères de la base offraient les altérations de l'endartérite décrite par Heubner. A gauche, les nerfs de la 6^e et 7^e paire étaient gonflés, ramollis, d'une couleur jaunâtre et d'une texture gélatineuse,

Cette observation contient toutes les lésions observées dans la syphilis cérébrale. Les gommés offrent le type de ce que Fournier a désigné sous le nom de lésions spécifiques et primitives. Elles occupaient leur siège habituel, elles étaient excentriques par rapport à la substance cérébrale. Les artères sont altérées dans leur texture, et primitivement elles offrent l'endartérite scléreuse. Comme lésions secondaires de droit commun, nous trouvons les adhérences du cerveau aux méninges, consécutives à l'irritation produite sur ces membranes par les gommés intra-cérébrales. Les nerfs malades étaient ceux de la 6^e paire et de la 7^e qui, d'après Fournier appartiennent aux deux groupes les plus souvent atteints par la diathèse.

Les symptômes peuvent se diviser en deux groupes : les symptômes paralytiques, les symptômes convulsifs.

Les premiers sont de beaucoup les plus rares et ne portent que sur les nerfs crâniens, ce qui est d'ailleurs le phénomène habituel. Ce sont outre le cas de Dowse, avec paralysie du moteur oculaire externe et du facial, l'observation (47) de Giraud-Teulon sur une paralysie du moteur oculaire commun. On pourrait y ajouter la malade (73) de Laschewitsch affectée d'une névrite optique ; nous reviendrons sur les cas de ce genre à propos des affections oculaires.

Le type convulsif est représenté par de nombreux cas d'épilepsie. Les localisations anatomiques résident-elles dans les enveloppes du cerveau, et la substance grise, comme le professent Charcot et Fournier? Nous l'ignorons complètement, aucune autopsie n'est venue nous l'apprendre. C'est toujours sous la forme du grand mal que la vérole a causé des crises convulsives. Le phénomène de l'aura, signalé comme fréquent par Fournier, s'est présenté dans le cas d'Hoffmann (obs. 4); le jeune malade éprouvait avant sa crise une sensation d'éternement. Les accès ont toujours eu une marche irrégulière (ob. 4, 7). Dans les cas de Dowse et Bouchard les crises épileptiformes ne se sont montrées que dans les derniers jours de l'existence; elles avaient été causées chez le malade de Bouchard par des gommes de la voûte crânienne; chez la jeune fille de Dowse, par des lésions méningées et de la méningite. Cette dernière avait eu aussi de l'aphasie pendant son existence. En somme, on se trouve en présence de deux ordres de faits, épilepsie simple guérissant facilement par les spécifiques (obs. 3, 4 et 7); épilepsie symptomatique de lésions plus profondes, capables d'amener l'encéphalite, et par suite beaucoup plus graves (obs. 66 et 68).

TÉGUMENTS

La syphilis tertiaire s'attaque beaucoup moins au revêtement externe que la syphilis secondaire. On ne trouve pas à cette période avancée la grande variété de formes anatomiques qui se rencontre à une époque plus rapprochée du début.

Les lésions de la peau, dues à l'hérédité tardive, se rapportent à deux espèces principalement : la syphilide tuberculo-ulcéreuse et les gommès.

Les syphilides se rencontrent sur toutes les régions, de Meric (obs. 24 et 26), les signale à la région péri-anale, du moins c'est ainsi que j'interprète ses papules muco-cutanées, qui ne peuvent se rapporter à la plaque muqueuse. Cazenave (obs. 15 et 15 bis), parle de syphilides tuberculeuses et serpigineuses ayant amené des désordres graves. La malade de Dowse portait également une syphilide tuberculeuse.

La face était atteinte dans les faits signalés par Gressent (obs. 60), Lewin (obs. 65) et Klinck (obs. 63). C'était encore la lésion tuberculo-ulcéreuse. Cette syphilide avait pris une forme circonscrite caractéristique sur le genou de la malade de Gressent.

Les gommès sont au moins aussi fréquentes, mais il est toujours difficile de déterminer leur lieu d'origine. A part le cas de Schwimmer (obs. 70), dans lequel toute la surface de la peau était occupée par des productions de ce genre, il est souvent incertain si ce sont les téguments ou le périoste qui ont été pris les premiers. C'est ainsi que Gilbert (obs. 16), Melchior Robert (obs. 29) nous parlent de gommès siégeant, soit au niveau de la clavicule, soit au niveau des côtes.

En somme, la peau est rarement le siège des manifestations héréditaires tardives, qui prennent là comme ailleurs le caractère tertiaire.

ORGANES DES SENS

C'est l'œil qui, le premier, a attiré l'attention des syphiligraphes, au sujet des manifestations héréditaires tardives. C'est l'altération inflammatoire de la cornée connue sous le nom de kératite interstitielle diffuse, qui a servi au premier mémoire de Hutchinson en 1857. Je ne veux pas m'étendre longuement sur les caractères et la nature de cette affection qui a été soigneusement étudiée depuis 20 ans. J'ai dit plus haut, qu'acceptée volontiers en Angleterre, la théorie d'Hutchinson avait trouvé des contradicteurs dans notre pays. L'opinion en est encore à ce sujet aux hésitations qui se sont traduites à la Société de chirurgie en 1871.

Panas est resté un adversaire résolu de l'origine syphilitique de la kératite interstitielle diffuse; dans ses *Leçons sur les Kératites*, il réédite contre l'hérédité tardive toutes les raisons que nous nous sommes efforcé de combattre. Il prétend même que le traitement scrofuleux est plus efficace contre cette lésion que l'iodure de potassium et les spécifiques.

Au contraire, de Wecker (*Thérapeutique oculaire*) adopte complètement les idées de l'ophthalmologiste anglais. « La kératite (p. 176) diffuse est une maladie propre à l'enfance et à l'adolescence, et constitue une manifestation de la syphilis transmise par les parents, dans la majorité des cas. »

Inutile de dire que nous partageons complètement la dernière opinion. La kératite interstitielle diffuse n'est peut-être pas uniquement produite par la syphilis; mais

quand sa présence coïncide avec d'autres lésions spécifiques, pourquoi ne pas lui attribuer la même origine qu'à ces lésions? Panas a bien vu qu'il était difficile d'affirmer que la kératite n'était pas spécifique, alors que sur le même sujet existent des liaisons osseuses ou pharyngiennes caractéristiques de la diathèse; il a suivi une voie logique en mettant sur le compte de la scrofule, les lésions du squelette, comme celles de la cornée.

Pour ne citer que deux exemples, je rappellerai le cas de M. Diday (obs. 27), dans lequel il y avait coïncidence de la kératite avec une perforation palatine; celui de Giraud-Teulon (obs. 47), rapportant une observation de cette lésion avec exostose médio-palatine et parésie de la 3^e paire.

Je n'insisterai pas sur l'iritis décrit par Hutchinson et Giraud-Teulon. J'en trouve deux cas (obs. 49 et 64).

Les lésions des autres membranes de l'œil ont été beaucoup moins étudiées. Dans nos observations nous trouvons mentionnées des altérations ayant siégé sur la rétine, la choroïde; sommes-nous autorisés à les considérer comme dépendant de la syphilis. Je suis tenté de le croire, surtout en raison de l'influence heureuse, que le traitement spécifique a eu sur ces manifestations pathologiques.

Dans notre observation II, le malade qui avait une scléro-choroïdite gauche et une choroïdo-rétinite droite, a bénéficié d'une amélioration très-sensible à la suite du traitement ioduré. D'ailleurs de Wecker a beaucoup insisté sur la choroïdo-rétinite spécifique avec flocons du corps vitré, affection très-nette cliniquement et qui arrive toujours à la période tertiaire.

Laschewitsch a publié un cas d'atrophie papillaire (obs. 71) double, qui guérit par l'iodure. Quoique l'atrophie fût assez prononcée, la vue était encore facile, ce qui se rapporte à ce qu'a observé Fournier dans la névrite optique tertiaire.

Giraud-Teulon a vu une fois des exsudats rétiniens spécifiques.

L'oreille avait été désignée par Hutchinson comme présentant presque aussi souvent que la cornée des altérations syphilitiques. Ce phénomène se retrouve plusieurs fois; la malade de Lancereau (obs. 55) est sourde, celle de Field (obs. 69) aussi. Ces infirmités sont probablement la conséquence de lésions naso-pharyngiennes antérieures, ayant amené une otite moyenne, ce qui explique l'otorrhée de la malade de Carré (obs. 64).

Ce sont encore ces lésions nasales qui produisent l'ozène et l'anosmie (obs. 55 et 68). Il est vrai que dans ce dernier cas, la perte de l'odorat pouvait être sous la dépendance des lésions cérébrales dont la malade était atteinte.

ORGANES DIGESTIFS

Je rattacherai aux organes de la digestion, les dents, le pharynx et le foie. C'est encore un des points les plus étudiés, mais aussi les plus contestés dans l'existence de la vérole héréditaire.

On sait qu'Hutchinson avait établi une sorte de corrélation entre les lésions qu'il avait décrites sur les incisives médianes supérieures et la kératite interstitielle héredo-syphilitique. Longtemps avant lui, Beau

et Guéneau de Mussy avaient insisté sur l'influence que les fièvres et les maladies graves exercent sur l'évolution dentaire, quand elles surviennent à l'époque de cette évolution.

C'est sur cette diversité d'origine de l'altération des dents permanentes, que les adversaires d'Hutchinson se sont appuyés pour refuser à la syphilis, l'action qui lui était attribuée. Panas et Desprès, en 1871, à la Société de Chirurgie, ont mis cette déformation des incisives sur le compte du rachitisme, ou d'autres maladies antérieures. Je n'ai pu trouver la description de Beau, à laquelle il a été fait si souvent allusion; je ne peux savoir si ce qu'il a vu est la même chose que ce qu'a observé Hutchinson. La lésion décrite par l'auteur anglais est connue partout; la plupart des traités d'ophtalmologie, de syphiligraphie et d'affections dentaires, représentent des gravures des incisives médianes supérieures. Le professeur Zeissl a publié deux observations de ce genre, en 1877; les lésions représentées dans son travail de Vienne sont les mêmes que celles qui avaient été trouvées à Londres. Dans les cas d'Hutchinson et Zeissl, la difformité porte principalement sur les incisives médianes supérieures, elles ont une forme en palette, et *sont échancrées sur leur bord libre*, de telle sorte que leur longueur et leur largeur sont diminuées. C'est l'échancrure qui est le caractère le plus constant. J'ai recherché pendant longtemps cet aspect; je l'ai trouvé chez un individu ayant une kératite interstitielle diffuse et de l'ozène. C'était un enfant trouvé; et, quoique je sois en droit de soupçonner la syphilis, je ne peux l'affirmer en l'absence complète de renseignements sur la santé des parents.

Mais, ce que j'ai vu beaucoup plus souvent, c'est un aspect spécial des incisives supérieures qui sont sillonnées transversalement, à une distance plus ou moins grande du bord libre. On dirait que la dent a été fracturée et s'est réunie au niveau du sillon, elle donne l'idée d'une dent qui a poussé en deux fois. Les sujets qui en étaient porteurs n'avaient aucune trace de syphilis, mais en les interrogeant on apprenait que vers l'âge de quatre à sept ans, ils avaient été gravement malades et en général d'une affection aiguë.

Le cas le plus évident que je connaisse est celui d'un de mes amis, qui avec une apparence robuste est porteur de dents de ce genre. Il a eu à sept ans une fièvre typhoïde très intense. Il n'est d'ailleurs pas syphilitique de naissance ; son père, docteur en médecine, a contracté il y a deux ans, un chancre du doigt, ce qui est, je crois, une sérieuse probabilité pour que son fils n'ait pas hérité d'une propriété qu'il ne pouvait lui transmettre.

C'est à cette lésion que se rapportent les observations de Beau ; elle diffère totalement de la difformité d'Hutchinson ; il est donc permis de se demander si à des lésions différentes, ne correspondent pas des causes dissemblables. Dans les cas d'Hutchinson, la malformation correspond à un vice de développement du follicule et indique que la cause qui l'a déterminée a exercé son influence à une époque très-rapprochée de la naissance. Quand c'est une fièvre grave de la première enfance, il n'y a qu'un temps d'arrêt dans le développement, une suspension passagère de la vie nutritive qui se traduit sur l'organe adulte par une atrophie localisée.

Il faut donc étudier de nouveau ces altérations dentaires qui n'ont peut-être pas été assez différenciées les unes des autres. Jusqu'à nouvel ordre il faut dire, comme le professeur Zeissl, que souvent la syphilis héréditaire, attaque les follicules dentaires, mais que toutes les déformations de ces organes ne sont pas sous la dépendance de la diathèse.

Quinze fois cette altération est signalée par des observateurs divers, quatre fois seulement il n'existait pas en même temps des traces de kératite interstitielle. On ne peut pas nier qu'il y ait une relation entre cette déformation dentaire et la syphilis des parents.

RÉGION NASO-PHARYNGIENNE

Pendant ces dernières années les affections ulcéreuses de la gorge ont été étudiées avec beaucoup de soin. D'un côté se trouvent les partisans de la scrofule, MM. Desnos, Péter, Lailler, Libermann, C. Paul, Homolle; de l'autre, bien moins nombreux, se rangent Isambert, Lancereaux, A. Fournier et Chaboux. Je ne veux pas refaire ici les thèses de Chaboux et Homolle et rentrer dans la discussion; mais je ne peux m'empêcher de dire que les partisans de la scrofule à tout prix doivent parfois être bien embarrassés. Quand ils ont sous les yeux un jeune homme ou une jeune fille de 15 à 18 ans, n'ayant aucun des attributs de la scrofule, (voir l'observation 1 de la thèse de Chaboux) et porteur d'une lésion naso-pharyngienne dont l'aspect est tout aussi bien celui de la syphilis que de la scrofule,

quel est leur moyen de diagnostic ? L'aveu du malade. Si ce dernier accuse un antécédent personnel vénérien, la lésion est mise sur le compte de la vérole et guérie par l'iodure.

Sinon c'est un scrofuleux. Et ce sont précisément ceux qui nous reprochent d'être trop confiants dans la véracité de nos malades, d'être les jouets d'imposteurs faisant retomber sur leurs pères la responsabilité de leurs propres fautes, qui s'empressent de se servir des procédés qu'ils dédaignent tant quand il les voient chez nous. Rien de plus instructif à cet égard que la thèse de Homolle, (voir les obs. 12 et 14). Dans la première, il s'agit d'un garçon de 18 ans, qui n'avoue pas avoir eu la vérole et qui a une perforation palatine ; on impute son affection à la scrofule, quoiqu'il n'ait aucun antécédent héréditaire, lui-même est un « Garçon de constitution moyenne, pâle et un peu grêle, Parisien, fils de Parisien, d'une bonne santé habituelle. » Où voit on la scrofule dans ce cas, est-ce parce que le malade est Parisien, fils de Parisien ? Dans la seconde observation on trouve l'histoire d'une jeune fille de 15 ans ayant une perforation palatine, les dents d'Hutchinson, le nez écrasé et la kératite parenchymateuse, on ne donne aucun renseignement héréditaire, et on conclut encore à la scrofule.

Avec les altérations des yeux et des dents, les ulcérations naso-pharyngiennes ont été les premières lésions étudiées par certains auteurs, et données par eux, comme dépendant de la vérole héréditaire. Le terrain était mal choisi, car pour le pharynx comme pour les yeux et les dents, les modifications pathologiques décri-

tes n'ont rien de spécifique, anatomiquement parlant. La notion d'antécédents emporte tout et les adversaires n'avaient qu'à soutenir la nature scrofuleuse. Pour les autres organes, os, foie, etc., ils ont été forcés de se rejeter sur les antécédents, car l'examen anatomique impose le diagnostic. Dans le pharynx, et je n'en sépare pas les fosses nasales que la maladie lui réunit trop souvent, hélas ! on rencontre deux formes anatomiques, la forme ulcéreuse, la gomme.

C'est la première qui a donné lieu aux controverses, parce qu'elle se montre souvent sous la dépendance de la scrofulé. Cette forme ulcéreuse coexiste avec d'autres symptômes spécifiques, comme le prouvent les observations de Zambacco (obs. 33), de Bucquoy (obs. 53), Lewin (obs. 65).

La forme gommeuse est beaucoup plus commune et sa nature ne peut donner prétexte à controverse.

Ces deux formes ont pour aboutissant commun la perforation ; la première par une marche centripète de la surface muqueuse au squelette, la seconde par un trajet centrifuge du périoste aux téguments. La plupart du temps on se trouve en présence d'une perforation déjà ancienne et dont le mode de production est très-difficile à déterminer.

L'indolence de l'affection dans la généralité des cas explique pourquoi les malades ne se présentent que lorsque les désordres sont irréparables. Quelques cas se signalent par un peu de douleur éprouvée soit à la racine du nez soit dans le pharynx.

La rapidité de la marche est souvent très-considérable ; c'est quand on a à faire à une gomme peu volumi-

neuse, qui n'a pas attiré l'attention. Quand elle est ramollie, dès qu'elle est ouverte elle laisse à sa place une perte de substance.

Ces lésions du pharynx et des fosses nasales s'étendent soit en arrière vers le larynx, soit en avant vers les os propres du nez. Dans le premier cas l'épiglotte est souvent ulcérée et en partie détruite, dans le second les os propres du nez se nécrosent, la charpente de l'organe s'affaisse et le « square nose » des anglais est constitué.

Quand le processus est ulcéreux, des alternatives de cicatrisation et d'exacerbation dans la marche envahissante sont très-fréquentes, c'est ce qui explique la multiplicité des perforations de la voûte, laissant entre elle des tissus sains.

Si la guérison survient soit spontanément, soit par le fait du traitement, il reste des difformités souvent irréparables. Les perforations du voile et de la voûte sont très-fréquentes; les piliers postérieurs vont dans un grand nombre de cas se fixer à la paroi postérieure du pharynx. Ce dernier caractère est considéré par Isambert et Frankel comme étant important pour différencier l'angine syphilitique de l'angine scrofuleuse, qui n'amène pas ces adhérences. Isambert insistait aussi sur les ulcérations et les destructions de l'épiglotte, rares dans la scrofule et fréquentes dans la syphilis.

Les symptômes sont peu accusés. J'ai déjà dit que la douleur était très-modérée; certains auteurs signalent un peu de gêne de la déglutition, la malade de Melchior Robert était dans ce cas et se plaignait en outre de douleurs à la racine du nez.

Les troubles physiologiques sont peu marqués. On est souvent frappé d'étonnement en voyant que des sujets, porteurs de larges perforations palatines, boivent et mangent, sans que les aliments liquides ou solides passent dans les fosses nasales. Cette tolérance est due sans aucun doute, à ce que la communication entre les deux cavités s'étant faite graduellement, la langue a eu le temps de s'adapter aux nouvelles exigences qui lui sont créées par la maladie. Si la marche de l'ulcération devient plus rapide, souvent pendant un jour ou deux les aliments traversent la perforation, puis reprennent leur route habituelle. J'ai trouvé ce fait signalé dans une observation de M. Aubert.

La voix est souvent nasonnée, et parfois des lésions laryngées viennent se joindre à celles du pharynx pour altérer tout à la fois le son et l'articulation.

Du côté des fosses nasales, le coryza chronique, qui dégénère en ozène chaque fois que les ulcérations sont profondes, constitue les principaux symptômes.

Au début, quand les os du nez commencent à se prendre, il y a un enchifrènement caractéristique.

Le diagnostic de la nature de ces lésions est très-difficile. C'est à propos d'elles que la question de scrofule et de syphilis a été le plus débattue. Pour moi qui pense que la grande généralité des cas de ce genre est due à la vérole héréditaire, je ne chercherai pas à établir, par l'aspect des lésions, une différence entre l'angine syphilitique grave et l'angine scrofuleuse grave. Chaboux a fait dans sa thèse un rapprochement plus instructif que toutes les observations

qu'il rapporte à l'hérédité syphilitique, il en cite une autre concernant une jeune fille atteinte de vérole acquise. Les lésions pharyngiennes dont elle était porteuse étaient identiques à celles qu'avait déterminées l'hérédité. Eh bien, pour M. Homolle et les défenseurs de la scrofule, bon nombre des observations de Chaboux appartiendraient à cette dernière affection; je leur demande comment ils peuvent le prouver par les caractères objectifs des lésions? Cette distinction a été essayée vainement, chacun donnant un caractère qu'un autre repoussait. En 1872, à la Société médicale des hôpitaux, C. Paul disait que la syphilis débute en général par les piliers et les amygdales, la scrofule ne les envahit que secondairement. Isambert lui répondait: « M. C. Paul signale comme siège du début le voile du palais; c'est le contraire dans l'angine scrofuleuse qui n'est pas le loup. » C'est le plus souvent, dit M. Hillairet, par le fond du pharynx que débute les lésions scrofuleuses. » Les lésions syphilitiques anciennes, répliqua aussitôt M. Lailler, « siègent surtout à la paroi postérieure du pharynx. »

Impossible de trouver une confusion plus grande, ce qui prouve qu'il n'est pas facile de différencier deux objets identiques.

Le diagnostic reposera tout entier sur l'examen général du malade et les symptômes locaux auront une valeur beaucoup moindre.

FOIE

Dans toutes les autopsies, sauf une seule (celle de Bouchard), faites sur des sujets morts d'accidents syphi-

litiques héréditaires, on a trouvé des signes non douteux de syphilis hépatique. Sur 12 cas de mort, ces lésions en ont été cinq fois la cause directe. Leur étude est donc de la plus grande importance.

Dittrich, en 1849, avait vu périr trois individus adolescents avec de l'ascite et la cachexie qu'elle entraîne. Ces malades étaient atteints de lésions naso-pharyngiennes ulcéreuses. A l'autopsie il trouva une altération du foie qu'il avait toujours considérée comme spécifique. Virchow eut aussi un cas dont l'issue fut mortelle. Leudet vit mourir une première malade parce qu'il n'avait pas soupçonné la nature spécifique de sa lésion. Quelque temps après, il en rencontra une seconde, qui présentait les mêmes symptômes et qui fut guérie par les spécifiques. Les malades qu'ils avaient vus n'avaient aucun antécédent personnel et Dittrich, Virchow, Leudet rattachèrent leur affection à l'influence héréditaire. Nous verrons qu'ils avaient complètement raison, car dans les observations de Laschewitsch, Dowse, Lancereaux, les mêmes lésions ont été trouvées, alors que les parents étaient nettement syphilitiques.

Les lésions syphilitiques du foie se rencontrent sous deux aspects, les cicatrices et les tumeurs. Les cicatrices se voient à la surface de l'organe sous forme de sillons larges et profonds; ils sont en partie comblés par un tissu connectif de nouvelle formation, lardacé, dur, criant sous le scalpel. Ces sillons pénètrent profondément dans la substance hépatique, l'organe étreint par leur rétraction est ratatiné, et surtout divisé en plusieurs lobes (*Hepar lobosum*) bosselés. A la périphérie, l'inflammation a déterminé une péritonite adhé-

sive, plus ou moins intense, et qui a déterminé la formation de brides réunissant la glande aux organes voisins, estomac, anses intestinales et surtout au diaphragme.

Les tumeurs rencontrées à l'autopsie sont des gommés en général peu développées. La malade de Leudet en présentait un certain nombre, l'examen histologique fut fait par Leudet et Pouchet.

Outre ces lésions, la capsule de Glisson est presque toujours épaissie et ses prolongements dans l'intérieur du foie produisent un certain degré de sclérose.

Les symptômes correspondant à cet état anatomique se rapprochent de ceux de la sclérose hypertrophique. Les deux cas de Leudet sont très-intéressants à cet égard, dans le premier cas, vérification a été faite à l'amphithéâtre; le second a été guéri par les mercuriaux. Les deux femmes étaient vierges.

L'ictère paraît être un signe du début, la malade de Leudet l'avait eu plus de trois mois avant. Dans notre observation III, notre petite malade le présentait alors que rien d'anormal n'était noté du côté du foie.

Des vomissements peuvent également se produire.

Enfin survient l'ascite qui doit fortement attirer l'attention.

La mort est survenue dans le premier cas de Leudet par suite de l'albuminurie et de la cachexie qui en était la suite. Le malade de Virchow avait succombé rapidement à une affection cholériforme. Je n'ai pas pu avoir de détails sur les malades de Dittrich.

On n'a que deux cas de guérison, parce que dans

ceux-là seuls, la nature de l'affection fut soupçonnée, ce sont le cas de Leudet et notre observation III.

Dans les autres observations (Lannelongue, Schwimmer, Laschewitch, Dowse, Lancereaux), l'affection hépatique n'était qu'un épi-phénomène d'importance secondaire. Même les observations de Lancereaux et Lannelongue prouvent que la guérison spontanée est possible, et que les lésions peuvent évoluer sans attirer l'attention.

Dans tous les cas, en présence d'un malade offrant les symptômes que nous avons décrits, on est autorisé à essayer le traitement spécifique, alors même qu'on ne peut trouver chez lui aucun antécédent vénérien. Les cas malheureux de Wirchow, Dittrich et Leudet, nous en font un devoir, non moins que le succès obtenu par ce dernier.

Les lésions hépatiques s'accompagnent parfois d'altérations de la rate qui n'ont pas grande importance.

ORGANES RESPIRATOIRES

La phtisie syphilitique a pris pendant ces dernières années une place importante dans le cadre nosologique. Lancereaux, Cornil, Fournier en ont cité d'assez nombreux exemples. L'anatomie pathologique en a été faite par Lancereaux et Cornil ; c'est même sur un cas d'hérédité tardive, que ce dernier a étudié la forme de pneumonie interstitielle chronique, qu'il a décrite dans son traité d'anatomie pathologique.

Deux observations avec autopsies, données par

Lancereaux et Bouchard et Cornil nous montrent que la sclérose pulmonaire est probablement la forme la plus fréquente. La malade de Lancereaux avait bien des cavernes, mais il ne signale pas qu'il ait trouvé des produits analogues aux gommés.

Le professeur Scheuthauer qui autopsia la malade de Schwimmer trouva dans le poumon des altérations qu'il désigne ainsi : « Pneumonia caseosa apicum pulmonum, pneumonia crouposa bilateralis in stadio resolutionis. » Ce dernier membre de phrase se rapporte à la pneumonie aiguë qui avait entraîné la mort. Quant à la *pneumonia caseosa*, il serait bien difficile de savoir au juste quelle signification attache à ces termes un médecin allemand.

Les symptômes n'ont rien de particulier. Ils sont ceux de la phtisie ordinaire.

Rappelons-nous que Baumes dit en avoir guéri un cas chez un enfant de six ans.

Lewin a rapporté à la société médicale de Berlin 1877 un cas de sténose du larynx chez un jeune homme de 17 ans. Ses parents étaient syphilitiques, et il avait en outre une ulcération pharyngienne.

CIRCULATION

J'ai peu à dire sur la circulation au point de vue de la syphilis héréditaire tardive. Je rappellerai que Dowse a trouvé dans les artères cérébrales les altérations spécifiques de l'artérite scléreuse décrite par Heubner. La malade de Schwimmer avait une insuffisance aortique avec dilatation de l'aorte et du cœur gauche,

faut-il y voir une cause spécifique ? La fréquence assez grande de l'anévrisme aortique chez les syphilitiques pourrait nous y pousser, mais ce n'est là qu'une hypothèse.

REINS

L'albuminurie est un symptôme souvent signalé dans les observations qui se sont terminées par la mort. Il est susceptible de deux interprétations, il peut être la conséquence de l'état cachectique des sujets observés, ou dépendre directement d'une lésion rénale.

Deux autopsies très-bien faites par Scheuthauer et Daremberg, (cas de Schwimmer et Bouchard) nous donnent quelques renseignements à ce sujet. L'examen du cas de Schwimmer montra que tous les éléments du rein étaient altérés; à ce propos l'auteur montre que la néphrite syphilitique se distingue de toutes les autres, parce qu'elle leur emprunte à chacune quelque caractère, c'est un mélange de la néphrite interstitielle, grâce aux lésions vasculaires, de la néphrite parenchymateuse par l'altération des épithéliums, et leur transformation en substance amyloïde ajoute encore à cette multiplicité de lésions.

Dans l'observation de Bouchard, Daremberg trouva le rein parsemé de petits nodules crétacés, calcaires, dont l'interprétation est fort difficile.

La dégénérescence amyloïde a été constaté par Laschewitch. Elle a une grande importance au point de vue du pronostic. C'est généralement cette lésion qui est cause de la mort.

ORGANES GÉNITAUX

Ce qui est frappant, dans la lecture des observations relatives à notre sujet, c'est outre l'arrêt général de développement qui se rencontre souvent, l'atrophie ou la faiblesse des organes génitaux. Ce caractère avait déjà attiré l'attention de Lancereaux et de Schwimmer qui le déclare très-utile pour le diagnostic. Il se trouve dans les deux sexes, mais plus fréquemment et plus prononcé chez la femme.

De Meric, dans une de ses observations, nous parle d'un enfant de 15 ans, qui, outre ses lésions syphilitiques, avait le pénis et les testicules très-petits.

Le malade de Bucquoy, âgé de 17 ans, paraissait avoir 12 ans, il n'était pas pubère, complètement glabre. Il en était de même du malade de Lewin.

La jeune fille de Leudet, qui mourut de syphilis hépatique, était aménorrhéique et fort peu développée. Il est vrai qu'elle n'avait que 14 ans.

Rivington a rapporté l'observation d'une jeune fille de 16 ans : « La malade a un arrêt de développement tel, qu'elle ressemble plus à une petite fille de six ans, qu'à une jeune fille de seize. Elle est pâle, amaigrie, sa physionomie, caractéristique de la syphilis héréditaire, le front bombé sur les éminences et déprimé dans leur intervalle, la racine du nez est effondrée, il y a des cicatrices aux coins de la bouche, les incisives centrales sont érodées, décolorées et très-petites, ses doigts sont hippocratiques, *pas de poils au pubis, ni dans les aisselles, seins non développés, pas de menstruation.* »

La malade de Lancereaux, âgée de 41 ans, avait une petite taille, était fort peu développée; ses seins étaient ceux d'une fille non pubère. Jamais elle n'a eu de menstruation. Le pénil était glabre, on n'introduisait qu'avec peine le petit doigt dans le vagin et peu profondément. L'hymen existait à peine, sans trace de déchirure. A l'autopsie, on trouva les organes génitaux développés comme chez une fille de 10 ans. Les ovaires étaient rudimentaires sans vésicules de Graaf; le vagin était d'une étroitesse telle qu'il ne pouvait permettre aucun rapprochement sexuel.

Une malade de Laschewitch était à peine réglée à 18 ans. Chez une autre, à 23 ans, l'utérus était dans un état rudimentaire.

Schwimmer nous donne sa malade (23 ans) comme mal nourrie, pâle, petite et mince; les mamelles sont peu développées, les organes génitaux complètement atrophiés, le mont de Vénus presque glabre, l'hymen intact, le doigt ne peut pénétrer dans le vagin. Tout l'individu présente l'apparence d'une fille de 14 ans en mauvaise santé. La menstruation ne s'était montrée qu'une fois à l'âge de 21 ans.

C'est à chaque pas (malades de Lewin, Bouchard, Hérard), qu'on trouve cette notion de l'arrêt de développement.

Pourquoi cette modification de l'individu se porte-t-elle avec une sorte de prédilection sur les organes génitaux? Pourrait-on rattacher ces atrophies aux lésions observées dernièrement par Hutinel et Parrot, chez les enfants atteints de syphilis congéniale?

D'après Hutinel, souvent on trouve chez ces sujets

une sclérose péri-vasculaire qui, par sa diffusion, peut amener ultérieurement l'atrophie de la glande. Parrot a trouvé dans l'ovaire des petites filles syphilitiques les indices peu marqués d'une inflammation subaiguë. Seraient-ce ces lésions du jeune âge qui étoufferaient dans leur germe des organes qui ne doivent arriver à leur existence définitive qu'à partir de la puberté.

Nous avons vu plus haut que cette époque de l'existence est le moment où l'hérédité tardive se montre avec le plus de prédilection. Pour peu que les organes génitaux aient été touchés antérieurement, on comprend qu'une nouvelle poussée puisse leur donner le dernier coup.

Quoiqu'il en soit, cette atrophie générale des individus si souvent signalée, le peu de développement des organes génitaux chez les mêmes sujets, me paraissent avoir une extrême importance. Jamais ces caractères n'ont été donnés pour la scrofule, qui, suivant beaucoup d'auteurs, est peut-être plus souvent acquise qu'héréditaire (Horand). Ce manque de vigueur de l'organisme produit une atteinte profonde et permanente, que l'hérédité seule peut déterminer.

Quoiqu'il en soit, si j'avais à résumer en quelques mots, le type clinique idéal de la syphilis héréditaire tardive, je prendrais une jeune fille de 18 à 20 ans ; ses yeux présenteraient des traces de kératite parenchymateuse, ses dents incisives, érodées en croissant, seraient petites et irrégulières ; l'ouïe serait en partie ou totalement perdue par suite d'otorrhée fréquente ; les organes génitaux, ayant les attributs de la virginité, seraient petits, le pénis, les aisselles seraient

glabres, les mamelles sans saillie ; la menstruation eût à peine paru. Ajoutez à cela toutes les lésions tertiaires qu'il vous plaira et vous aurez le type complet de la syphilis héréditaire tardive. Il a été réalisé ; on a qu'à lire les observations de Lancereaux et de Schwimmer.

A la trilogie d'Hutchinson, kératite interstitielle, lésions des incisives, otorrhée, je propose d'ajouter deux termes : atrophie génitale, arrêt général de développement.

Cela ne veut pas dire que les cas qui ne réuniront pas ces cinq conditions doivent être exclus ; pas plus que ceux qui en présenteraient une ou deux isolées puissent être acceptés. Car on peut voir la syphilis héréditaire tardive se montrer sur des constitutions moins affaiblies et moins complètement détériorées.

Mais quand des malades, porteurs d'accidents évidemment tertiaires, n'avoueront pas d'antécédents personnels, ou n'en offriront pas de trace, cherchez quelqu'un de ces caractères et vous aurez le droit de songer à la santé de leurs parents.

CHAPITRE III

Pronostic, diagnostic et traitement.

Pronostic. — Nous trouvons que sur 81 cas, les symptômes de syphilis héréditaire tardive se sont terminés 12 fois par la mort, ce qui donnerait une mortalité de 14,80 pour 100. Mais il faut retrancher de ces cas, celui de Lannelongue dans lequel le malade est mort du croup. Il reste donc onze morts, soit 13,50 pour 100. C'est là une mortalité considérable et qui est d'autant plus digne de faire réfléchir les médecins, que si pendant la vie, la cause du mal eût été soupçonnée, l'issue eût été très-différente. Au commencement de la clinique qu'il fit en 1878, sur la syphilis héréditaire tardive, Bouchard commence ainsi : « Je vous entretiendrai aujourd'hui d'un fait attristant, qui a été pour moi, et qui peut être pour tout les médecins d'un grand enseignement. » Après avoir exposé l'incertitude dans laquelle il avait toujours été au sujet du diagnostic, il ajoute : « Ce qu'il y a de plus triste dans cette incertitude, ou mieux, dans cette ignorance, c'est que si le mal avait été reconnu, il eût vraisemblable-

ment guéri. » Il faudrait que tous les médecins entendissent ces paroles et fussent convaincus. Personne après avoir lu nos nombreuses observations, dans lesquelles, l'iodure de potassium et les mercuriaux ont agi avec tant de promptitude et d'énergie, ne doutera que le traitement donné à temps peut prévenir les plus grands malheurs. Aussi, je le dis avec conviction, le pronostic est subordonné au diagnostic et au traitement. Que ceux qui ne veulent pas admettre la syphilis héréditaire tardive, aillent chercher où ils pourront l'origine des accidents qu'ils observent, mais qu'ils se souviennent au moins de la syphilis acquise et qu'ils agissent en conséquence. On verra alors la mortalité rapidement diminuer et devenir aussi faible que dans la syphilis acquise. Il y aura certainement toujours des cas malheureux; une malade arrivée au dernier degré de la cachexie, comme celle de Schwimmer, présentant des dégénérescences amyloïdes étendues, comme dans le cas de Laschewitch, ou atteinte d'encéphalite comme la petite fille de Dowse, ne pourront guère échapper au danger. Mais ces mêmes malades étaient atteintes depuis fort longtemps, et traitées dès le début, leur organisme eût pu subir des modifications impossibles à obtenir à une période plus avancée. Le pronostic, *quoad vitam*, de la syphilis héréditaire tardive sera grave tant qu'on la méconnaîtra.

L'affection présente d'autres dangers au point de vue esthétique et fonctionnel. La perforation du voile du palais si fréquente est une lésion fort désagréable. Je crois qu'au lieu de s'obstiner à prescrire les anti-strumeux, il serait préférable dans ces cas de recourir

immédiatement au traitement spécifique. Au point de vue de l'état général, la syphilis héréditaire tardive a une influence funeste comme nous l'avons prouvé, au sujet du développement général.

En résumé, le pronostic actuel de cette forme de la diathèse est grave, mais arrivera à ne l'être pas plus que celui de la vérole acquise, le jour où on le voudra.

Quelle est vis à vis de l'infection syphilitique, la situation de ces malades ? Jouissent-ils comme les autres syphilitiques, de l'avantage de ne pouvoir être contaminés à nouveau ? Cette immunité existe pour la syphilis infantile, elle doit également exister pour les adultes. Un fait de Sperino tendrait à prouver que l'innoculation ne réussit pas sur ce genre de malades. C'est malheureusement le seul fait connu, et tant qu'un anonyme du Palatinat ou de quelque autre pays, n'aura pas repris dans ce sens ses recherches aussi modestes que peu scrupuleuses, la question restera en suspens. Il serait pourtant de la dernière importance de lui donner une solution, car il n'y aurait aucune preuve aussi éclatante de la nature réellement syphilitique de la maladie.

Diagnostic. — Pour reconnaître un cas de syphilis héréditaire, il faut faire deux opérations : déterminer avec certitude la nature des lésions qu'on observe ; prouver que leur origine est dans l'hérédité.

Il est facile quelquefois de reconnaître la nature syphilitique d'une affection, quand les manifestations éclatent dans certaines régions comme la peau, ou sous une forme anatomique bien déterminée, les gommès. Ainsi, il serait inutile de faire le diagnostic différen-

tiel pour les affections osseuses des membres, à part la périostite rhumatismale, plus aiguë, à douleurs ostéocopes plus localisées, cédant plus facilement aux moyens locaux, aucune affection ne peut faire hésiter. J'en dirai autant pour la peau; la forme serpigineuse et souvent circonscrite, l'irrégularité de la marche, les îlots de cicatrisation se produisant ici tandis que l'ulcération s'accroît ailleurs, la suppuration peu abondante, la coloration lie de vin des téguments voisins dans une zone plus ou moins étendue, l'absence de douleurs, constituent un ensemble de symptômes que la syphilis peut seule donner.

Pour les viscères, la question est beaucoup plus embarrassante. La vérole viscérale ne se diagnostique généralement que par exclusion, aussi quand un malade nie formellement toute espèce d'antécédent, qu'on ne trouve sur lui aucun signe permettant de mettre en doute sa véracité, comment songer à la syphilis si l'on n'admet pas la forme héréditaire à longue échéance? C'est là ce qui s'est passé souvent pour les affections hépatiques. D'ailleurs la question est en général fort complexe. Quand la syphilis s'attaque aux parenchymes, elle a, le plus souvent, une allure maligne, et elle ne se borne pas à un seul organe. Le foie, les reins, les poumons, sont atteints simultanément; comment se reconnaître au milieu des symptômes si divers produits par ces lésions?

Il en est de même pour les affections naso-pharyngiennes. Si la forme gommeuse a une allure et une marche typiques, il n'en est pas ainsi pour la forme ulcéreuse, facilement confondue avec les scrofulides et le lupus.

L'aspect seul de la région et l'analyse des symptômes ne suffisent pas pour éclairer, il faut recourir à une pierre de touche plus sûre, le traitement.

Le traitement a été jugé, de façons très-diverses, comme moyen de diagnostic. Sa valeur est difficile à préciser; tous ceux qui voulaient mettre une lésion sur le compte de la scrofule ont généralement nié cette valeur; ils affirment que l'iodure guérit fort bien les scrofules graves, de la gorge par exemple, et qu'on ne peut rien conclure de l'action de ce médicament au sujet de la nature de l'affection. C'est la conclusion à laquelle arrive M. Homolle; le traitement ne donne aucune indication sérieuse, parce que certaines syphilides ne guérissent pas par l'iodure, tandis que certaines scrofules en sont justiciables. Pour M. Lailler, l'iodure a une influence des plus heureuses sur les scrofuleux qui ont été traités auparavant et pendant longtemps par l'huile de morue. Tel n'était pas l'avis d'Isambert, les antisiphilitiques sont loin d'être utiles dans la scrofule, ils sont même parfois dangereux, aussi conseille-t-il d'user avec prudence de ce moyen de recherche : «D'autre part, si l'insuccès est, dans bien des cas, une pierre de touche utile, et si l'on peut invoquer l'adage : *Naturam morborum curationes ostendunt*, il n'en faut pas moins savoir d'avance qu'on ne doit employer cette pierre de touche du traitement qu'avec une extrême réserve, parce que c'est non-seulement une perte de temps, mais aussi une aggravation du mal et quelquefois un danger réel auquel vous exposez le malade. »

C'était encore à propos des angines graves qu'Isam-

bert tenait ce langage, la confusion qui règne au sujet du diagnostic se montre aussi dans le traitement.

Pour nous, nous croyons que la médication spécifique, si elle donne des résultats constants et durables est un excellent moyen de diagnostic. C'est l'opinion de Ricord, qui, au dire d'A. Fournier, faisait le traitement juge de ses hésitations quand il trouvait au Midi de ces cas aussi rapprochés par leur aspect de la syphilis que de la scrofule.

Ce qu'il faut exiger du traitement pour que son action soit probante, c'est la constance de cette action. Donnée pour n'importe quelle lésion, même un épithélioma ou un carcinome, l'iodure agit pendant quelques jours sur la zone inflammatoire qui entoure le néoplasme, et semble le faire rétrograder, mais l'amélioration s'arrête bientôt. J'ai souvent entendu dire par M. Ollier que toutes les affections ostéo-périostiques sont justiciables de l'iodure, qui s'attaque à l'élément douleur et le fait rapidement disparaître, mais pendant quelques jours seulement. Quand cette action spécifique est nette et persistante, c'est un des meilleurs signes de la nature syphilitique de la lésion.

Nous devons rechercher maintenant les moyens propres à nous éclairer sur l'origine de cette syphilis. L'hérédité peut être soupçonnée et rendue probable par l'examen des sujets malades, par l'histoire des parents et de la famille.

Les sujets atteints de syphilis héréditaire offrent des caractères que ne possèdent pas les syphilitiques vulgaires. Je ne veux pas revenir sur les discussions qu'a soulevées l'état des cornées et des dents. Je ne

veux pas insister davantage sur l'état des organes génitaux, et l'arrêt de développement général dont ces sujets sont atteints ; mais je répèterai que lorsque, joints à des lésions syphilitiques, on trouve réunis plusieurs de ces signes chez des individus niant tout antécédent, il y a beaucoup de présomption en faveur de l'origine héréditaire de leur syphilis.

Il va sans dire que dans aucun cas on ne doit négliger d'examiner les organes génitaux ; la présence d'une cicatrice peut vous éviter une erreur de diagnostic, leur intégrité est toujours une présomption en faveur de l'origine héréditaire.

L'histoire de la famille est souvent impossible à obtenir ; plusieurs observations se rapportent à des enfants trouvés. Mais il ne faut pas seulement déplorer l'absence des parents, leur dissimulation est plus à redouter. Il est bien rare que les parents avouent une syphilis ancienne. Cet aveu s'obtient facilement d'un célibataire, mais quand un homme voit sur ses enfants les résultats de sa maladie antérieure, il a beaucoup de peine à en convenir. Chez la femme le problème est encore plus difficile à résoudre ; mauvaise foi mise à part, elle méconnaît très-souvent la nature des accidents dont elle est atteinte. Une seule espèce de femmes avoue facilement qu'elle a été syphilitique, c'est celle des nourrices. La femme qui a été contaminée par un nouveau-né n'éprouve aucune répugnance à le dire.

Aussi la plupart du temps il faut se faire, sur la santé des parents, une opinion par des moyens indirects. Avant de les interroger sur leurs propres anté-

cédents, il est bon de savoir l'histoire de leurs enfants. Les avortements répétés sont un excellent signe de la vérole. Quand, dans une famille, on voit une série d'avortements, puis des morts-nés ou des enfants vivant quelques semaines et que les derniers sont atteints des lésions que nous avons décrites, il est inutile d'avoir un aveu des parents, la syphilis est certaine chez eux. La stérilité absolue existe en dehors de la syphilis, mais seule la syphilis est capable d'apporter ces entraves à l'accomplissement des fonctions maternelles.

L'examen des parents n'est pas toujours possible, et dans un monde instruit et intelligent, un interrogatoire fait sans une extrême prudence et beaucoup d'habileté, pourrait avoir des conséquences déplorables, et jeter les membres d'une famille dans des soupçons perpétuels sur leur vertu réciproque.

Comme diagnostic de la lésion, caractères objectifs de cette lésion et traitement. Comme diagnostic de l'origine, signes fournis par le sujet et histoire de la famille.

Traitement. — Le traitement est celui de la syphilis tertiaire en général. J'y insisterai, seulement pour dire que le traitement doit être énergique, et qu'il ne faut pas craindre d'administrer de hautes doses d'iode de potassium. Les médecins sont en général timides à ce point de vue; la plupart de nos observations montrent que les doses ne dépassent pas 2 à 3 grammes par jour. C'est quelquefois insuffisant, dans notre observation III, pour une enfant de 6 ans, M. Aubert a administré jusqu'à 6 grammes par jour, aussi la guérison ne s'est pas fait attendre. Il y a ac-

tuellement dans le service de M. Mollière, salle Saint-Paul, une jeune femme qui entra, il y a deux ans, pour une paraplégie d'origine spécifique. Elle était dans un état de cachexie profonde et présentait dans diverses régions, le dos surtout, d'énormes gommés, qui vu l'état cachectique et l'inefficacité de l'iodure donné seulement à 4 grammes, furent considérées comme des abcès froids chez une syphilitique et ouvertes au bistouri.

M. Mollière porta l'iodure à 6 et 8 grammes, les gommés qui suppuraient depuis plusieurs mois, se cicatrisèrent en quelques semaines. Je me demande si l'échec de l'iodure, signalé par certains auteurs, dans le traitement de syphilides graves, ne provient pas de cette insuffisance de la quantité administrée.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie générale et Histologie. — Tissu musculaire lisse et strié.

Physiologie. — Suc gastrique. Digestion stomacale.

Physique. — Mécanique des mouvements des yeux.

Chimie. — De l'acide phosphorique et des phosphates. — Composition. — Propriétés. — Caractères distinctifs.

Zoologie et Anatomie comparées. — Du tænia echinococcus; ses transformations et ses migrations.

Matière médicale et Botanique. — Décrire les diverses sortes de quinquinas. — Décrire les diverses sortes d'inflorescences.

Pathologie externe. — De la classification des kystes.

Pathologie interne. — Entérite et dysenteries.

Thérapeutique. — Du chloroforme.

Hygiène. — Du travail dans l'air comprimé et de ses effets sur l'organisme.

Accouchements. — De l'inertie utérine pendant le travail de l'accouchement.

Pathologie générale. — Des syndromes en général.

Ophthalmologie. — Des moyens de reconnaître l'hypermétropie et de la corriger.

Médecine opératoire. — De l'anévrisme poplité. Indications et moyens de les remplir.

Anatomie. — De la choroïde et de l'iris.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Des abcès péri-urétraux dans la blennorrhagie.

Anatomie pathologique. — Des inflammations parenchymateuses proprement dites.

Médecine légale. — Déterminer l'époque à laquelle remonte un accouchement.

Médecine expérimentale et comparée. — De la contagion de la teigne faveuse des animaux domestiques à l'homme.

Cliniques médicales. — Des anémies graves. — Traitement de la pleurésie purulente.

Cliniques chirurgicales. — Des polypes naso-pharyngiens et de leur traitement. — De la rétention d'urine par engorgement de la prostate.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

J'ai réuni dans cet index, par ordre alphabétique, les noms de tous les auteurs que j'ai cités avec renvoi à la page, où j'ai pris la citation.

- D'AIGNAN. — Traduction française de Baglivi. Cité par Beaumès comme ayant donné des observations de phtisie pulmonaire syphilitique héréditaire, à la page 215 de sa traduction, note A.
- ALBERS. — Ueber Erkenntniss und Kur der syphilis.
- BAEUMUER. — *Handbch der speciell pathol and therap Ziemssens*, t. III, p. 218-225.
- BALLING. — Ueber angeborenen und erbliche syphilis p. 129.
- BAUMES. — De la phtisie pulmonaire, Paris 1805, t. I p. 419 et non 428 comme le donne Lancereaux.
- BEAUMÈS. — Traité des maladies vénériennes, t. I p. 174 et suivantes.
- BECKERS. — *Miscellanea curiosa med phys, Academiae naturæ curiosorum sive Ephemeridum, annus secundus, 1671, Ienæ, du 1 ou 2, p. 59, (obs. 33) cité par Gustave Lagneau.*
- BERTIN. — Traité des maladies vénériennes chez les enfants nouveau-nés, p. 153, 1810.
- BOUCHARD. — Deux leçons cliniques intercalées dans les *Leçons cliniques sur la syphilis*, par Cornil, Paris 1879.

- BOUCHUT. — Gazette des hopitaux, 10 juillet 1862, p. 317. Clinique de Ricord faite à S^{te} Eugénie sur une malade de Bouchut.
- BUCQUOY. — Société médicale des hopitaux de Paris. Bulletin de l'année 1872, p. 72.
- CARRÉ. — France médicale — 1877. nos 14 et 15.
- CARRÈRE. — Recherches sur les maladies vénériennes chroniques sans signes évidents. — Paris 1788, p. 159, (obs. IV).
- CAZENAVE. — Traité des syphilides, p. 149, cité par Diday, je n'ai pu me procurer cet ouvrage.
- CHABOUX. — Thèse de Paris 1875. — Je n'ai cité de lui que deux observations, parce que ce sont les seules où les antécédents héréditaires soient très-nets, mais sa thèse en contient onze de la plus grande valeur.
- CRICHTETT. — Case of idiocy in connexion with inherited syphilis. — Medical Times and Gazette, t. I p. 575. — 9 june 1860.
- CULLERIER. — *Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. IV, p. 230. — 1857. — *De l'hérédité de la syphilis*.
- DAVASSE. — La syphilis, ses formes, son unité, p. 314 et suivantes, (obs.) p. 366.
- DEMARQUAY. — Bulletin de la Société de Chirurgie 1871, p. 247 et 249.
- DESPRÈS. — Bulletin de la Société de Chirurgie 1871, p. 247 et 249.
- DOLBEAU. — Bulletin de la Société de Chirurgie 1871, p. 247 et 249.

- DIDAY. — La syphilis des nouveaux-nés, 1854. Les nombreux emprunts que nous avons faits à cet ouvrage, se trouvent p. et suivantes.
- DITTRICH. — *Altérations syphilitiques du foie, (annoté de Cazenave, t. III p. 245, 1850).*
- DOUBLET. — *Mémoire sur les symptômes et le traitement de la maladie vénérienne, etc., lu à l'assemblée particulière de la faculté de Médecine en 1781.*
- DOWSE. — *Med. examiner 1878, p. 158, cite Archives of dermatology. — Janvier 1879, p. 100. — Analyse R D S M 1879, t. XIV p. 254.*
- FIELD. — Hereditary syphilitic deafness. — *Medical times and Gazette, 16 febr. 1878, p. 168, Archives of dermatology. — Janvier 1879.*
- FOURNIER. — *Bulletins de la Société med. des hôpitaux, 1865, p. 70, 1870, p. 215.*
- FRANKEL. — Discussion à l'association de Berlin au sujet du malade de Lewin. — *Viener Med Press n° 14, 1877. — Archives of dermatology de la même année.*
- FRIEDLAENDER. — Cité par Diday et Rollet sans indication bibliographique.
- GARCIA-VASQUEZ. — *Gazette hebdomadaire 1855 p. 724, observation tirée du journal El siglo medico, p. 100.*
- GILBERT. — Cité par Diday, p. 190. *Journal universel des sciences médicales, t. XIV p. 100.*
- GIRAUD-TEULON. — Bulletin de la Société de Chirurgie 1871, p. 253.

GRESSENT. — Thèse de Paris 1874. *De la syphilis héréditaire et spécialement de ses manifestations tardives.*

GUIBOUT. — *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1865, t. II, 2^e série p. 69.

HERARD. — *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1865, t. II, 2^e série p. 63.

HERVÈS DE CHEGOIN. — *Société médicale des hôpitaux de Paris*, t. II, 2^e série p. 69.

HIRSCHBERG. — Voir Frankel.

HOFFMANN. — *Naturæ curiosorum ephemeridum centuria 1 et 2.* — Francfortii et Lipsiæ 1712, p. 272 (obs. CXXXVI). Cité par Lagneau, (obs. 23).

HOMOLLE. — *Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne.* — Thèse de Paris 1875

HUGHLINGS-JACKSONI. — *Cases of diseases of the nervous system in patients subjects of inherited syphilis.* — London Churchill 1868. — Je n'ai pu me procurer ce travail, ce que j'en connais est pris dans un article bibliographique.

HUTCHINSON. — Ses principaux mémoires sur notre sujet sont :

1857 — On the different forms of inflammation of the eye consequent of inherited syphilis. *Ophthalm hospital reports*, t. VI, p. 191 et 226.

1859 et 1860 — Idem — Vol. II p. 54 et 258.

- 1867 — *Clinical memoir on certain Diseases of the Eye and Ear consequent of inherited syphilis.*
- HUTINEL. — *Lésions du testicule dans la syph. héred. (Revue pratique de médecine et de chirurgie 1878).*
- ISAMBERT. — *Société médicale des hôpitaux. Bulletin 1871 — p. 210. De l'angine scrofuleuse.*
- JULLIEN. — *Traité pratique des maladies vénériennes. p. 997.*
- KLINCK. — *Medycina, t. II p. 33 — 1876.*
- LAILLER. — *Société médicale des hôpitaux. — 1865 p. 6*
- LAGNEAU fils. — *Maladies syphilitiques du système nerveux. p. 8.*
- LANCEREAUX. — *Traité théorique et pratique de la syphilis. 1874, 2^e édition — p. 436 et suivantes — (obs.) p. 330 et 442.*
- LANNELONGUE. — *Société de chirurgie. Mémoires et bulletins. 1878 — t. IV p. 250.*
- LASCHEWITCH. — *Vienn. Med Press. — June 23 1878 — p. 795 à 830. — Analyse R D S M.*
- LEE H. — *System of surgery de Holmes, t. I, p. 456 et suivantes.*
- LEUDET. — *Archives de médecine, t. I, 1866, p. 131, et 325. Recherches cliniques sur l'étiologie, la curabilité et le traitement de la syphilis hépatique.*
- LEWIN. — *Wienn med press, 1877, n^o 14. R D S M, t. VIII, p. 280. 4.*

- LIBERMANN. — *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1872, p. 66.
- LUGOL. — *De la maladie scrofuleuse*, t. I, p. 123.
- MAHON. — *Histoire de la médecine clinique depuis son origine, etc.*, 1804.
- MAISONNEUVE ET MONTANIER. — *Traité pratique des maladies vérielles*, p. 365 et 396.
- MARJOLIN. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1871, p. 259.
- MASSA. — Cité par Rollet, Diday, Davasse, Lancereaux, etc.
- MAYR. — Traduction d'Axenfeld, annales, t. IV.
- DE MÉRIC. — *Lettsomiann lectures on inherited syphilis*. The lancet 1858, t. II, p. 299.
- PANAS. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1871, p. 239.
- PAUL. — *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1872, p. 43. *De l'angine ulcéreuse maligne de nature scrofuleuse ou lupus de la gorge*.
- PLENCK. — *De morbis venereis doctrina*, Vienne 1779, p. 132. — Cité par Gustave Lagneau. — Il y a une autre édition de Plenck, elle est postérieure et en italien : *De morbi venerei doctrina*, Venezia, 1785.
- PLEISCH et KLOB. — *Canstatt's Jahresber*, 1860, t. IV, p. 232.
- PRIEUR. — Thèse de Paris, 1854, citée par Rollet et Diday.
- PROFETA. — Cité par Jullien.
- RAULIN. — Cité par Bertin, p. 8.

- MAURICE RAYNAUD. — *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1870, p. 216.
- RICORD. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1853. *Gazette des Hôpitaux*, 1862, 19 juillet, p. 317.
- RIVINGTON. — *Med Times and Gazette*, 1872, t. VI, p. 432.
- MELCHIOR ROBERT. — *Nouveau Traité des maladies vénériennes*, 1861, p. 700 et suivantes.
- RODET. — *Lyon-Médical*, 1877. Discussion sur les conclusions d'un Mémoire sur notre sujet.
- ROGER. — *Bulletin de la Société de médecine des hôpitaux de Paris*, 1864, 2^{ie} t. I, p. 3.
- ROLLET. — *Traité des maladies vénériennes*.
- ROSEN DE ROENSTEIN. — *Maladies des enfants*, 1778, p. 545.
- SANCHEZ. — Cité par Davasse.
- SIGMUND. — *Zeitschrift der Gesellsch d Wienu Aertze*, 1858, n° 5. Cité par Vidal, Rollet, Lancereaux.
- SCHWIMMER. — *Pester Mediz Chisury Presse*, 1877, n°s 43, 44, 45.
Betrag ueber syphilis hereditaria tarda.
- SPERINO. — *La syphilisation, etc.*, 1855.
- STOLL. — *Ratio medendi, pars tertia (Sparsa quædam varii argumenti)*, p. 302.
- THÉODOSIUS. — Cité par Jullien, Diday, etc.
- TROUSSEAU. — *Gazette des Hôpitaux*, 1855, p. 497.
- UÇAY. — Cité par Davasse.

- VEIEL. — *Speciell Bericht über die Resultate der Heilanstalt für Flechtenkranke inden Jahr, 1855-1861. Schmsidts Jarhb, t. CXVII, p. 299.*
- VIDAL. — *De la syphilis congénitale, Thèse d'agr. 1860, p. 51.*
- WIRCHOW. — *De la syphilis constitutionnelle, 1860, p. 97.*
- ZAMBACCO. — *Des affections nerveuses syphilitiques, 1862, p. 207.*
- ZEISSL. — *Zwei Fall vei tardiver hereditarer syphilis. Pester med chir Presse, 1877, n^{os} 1 et 2. — Id. n^o 192.*
-







