BIBLIOTECA MEDICA ROMA
MISCELL.
A 61
28

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

2°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

Mise - A. 61. 28

PRÉSENTÉE PAR

Roger DAVID

L'Heredo-Syphilis dans une Consultation de Nourissons

Président : M. MARFAN, Professeur

R. BIBLIOTECA MEDICA ROMA

PARIS
ÉDITIONS MEDICALES
7, RUE DE VALOIS, 7

1923

2

L'Heredo-Syphilis dans une Consultation de Nourissons

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER

	MM.
Anatomie descriptive	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Histologie	PRENANT.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Chimie	DESGREZ.
Physique	André BROCA
Parasitologie	BRUMPT.
Bactériologie	BEZANÇON.
Physiologie	RICHET.
Pathologie expérimentale	ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie externe	LECÈNE.
Pathologie interne	RENON.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Opérations et appareils	Pierre DUVAL.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine	MENÉTRIER.
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	GILBERT.
Cliniques médicales — Saint-Antoine	CHAUFFARD.
Cliniques médicales — Cochin	WIDAL.
Cliniques médicales — Beaujon	ACHARD.
Clinique thérapeutique de la Pitié	VAQUEZ.
Clinique chirurgicale — Hôtel-Dieu	HARTMANN.
Clinique chirurgicale — Saint-Antoine	LEJARS.
Clinique chirurgicale — Cochin	DELBET.
Clinique obstétricale — Salpêtrière	GOSSET.
Clinique obstétricale — Tarnier	BAR.
Clinique obstétricale — Baudelocque	COUVELAIRE.
Clinique obstétricale — Pitié	BRINDEAU.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
— des maladies infectieuses	TEISSIER.
— des maladies nerveuses	P. MARIE.
— des maladies mentales	CLAUDE.
— infantile médicale	NOBÉCOURT.
— d'hygiène de la première enfance	MARFAN.
— infantile chirurgicale	Auguste BROCA
— des voies urinaires	LEGUEU.
— gynécologique	FAURE.
— ophtalmologique	DE LAPERSONNE
— oto-rino-laryngologique	SEBILEAU.
Physiologie appliquée à l'éducation physique	LANGLOIS, agrégé
Stomatologie	FREYT (chargé de cours).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.
ALGLAVE.
BASSET.
BAUDOIN.
BLANCHETIÈRE.
BRANCA.
CAMUS (J.).
CHEVASSU.
CHAMPY.
CHIRAY.
CLERC.
DEBRÉ.
DESMAREST.
DUVOIR.
FIESSINGER.
GARNIER.
GOUGEROT.
GUENIOT.
GUILLAIN.
GUILLEMINOT.
GRÉGOIRE.
HEITZ-BOYER.
JEANNIN.
JOYEUX.
LABBÉ (H.).
LAIGNEL-LAVAST
LARDENNOIS.
LE LORIER.
LEMIERRE.
LEREBOULLET.
LEQUEUX.
LERI.
LÉVY-SOLAL.
MATHIEU.
METZGER.
MOCOUOT.
MULON.
OKINCZYC.
PHILIBERT.
RATHERY.
RETTERER.
RIBIERRE.
RICHAUD.
ROUSSY.
ROUVIÈRE.
SCHWARTZ.
TANON.
TERRIEN.
TIFFENEAU.
VILLARET.

Par délibération en date du 9 décembre 1898, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N° .....

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Roger DAVID

L'Heredo-Syphilis dans une Consultation de Nourissons

President : **M. MARFAN, Professeur**

R. BIBLIOTECA MEDICA ROMA

PARIS
ÉDITIONS MEDICALES
7, RUE DE VALOIS, 7

1923

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE

et A MA MERE

Témoignage de ma reconnaissance et de mon profond amour filial.

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES SŒURS ET BEAUX-FRERES

A MES BEAUX-PARENTS

A MES NIECES

A MON ONCLE

M. LE DOCTEUR BRUNSCHWIG

A MES ONCLES ET TANTES

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur ACHARD

M. le Docteur ROUTIER (In memoriam)

M. le Docteur MAUCLAIRE

M. le Docteur SIREDEY

M. le Professeur agrégé JOUSSET

M. le Docteur CATHALA

M. le Docteur HALLOPEAU

M. le Docteur Henri LEMAIRE

A Mr le Docteur René MOREAU

A MM. les Docteurs : GASTON Alexandre, Léon R. WEILL, STORA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. B. MARFAN

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'hôpital des Enfants Assistés
Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous fait le grand honneur de présider cette thèse.

A Mr le Doct ur Henri LEMAIRE
Médecin de l'Hôpital Rousseau

Qui a inspiré et guidé cette thèse et que nous remercions des bienveillants conseils qu'il nous a toujours prodigués.

INTRODUCTION

Le but de cette thèse n'est pas de reprendre l'étude de l'hérédo-syphilis et de ses manifestations, mais de rechercher combien dans la masse de la population, il se trouve de nourrissons hérédo-syphilitiques.

Pour cela, nous avons étudié les dossiers de mille nourrissons vus à l'École de Puériculture de la Faculté de Médecine de Paris, représentant bien, comme nous l'indiquerons plus loin, la totalité de la population enfantine, sans sélection préalable. Nous avons pris le pourcentage d'hérédo-syphilitiques avec leurs principales manifestations et établi une statistique portant :

d'une part sur la qualité d'hérédo-syphilitiques par rapport au chiffre global des nourrissons examinés :

d'autre part sur chaque signe pris isolément.

Nous avons aussi voulu nous rendre compte si ces chiffres correspondaient à ceux trouvés dans une consultation d'hôpital. Nous avons étudié les fiches de la consultation à l'hôpital Trousseau, de notre maître, M. le Docteur H. Lemaire, à qui nous devons l'idée de ce travail et relevé le pourcentage d'hérédo-syphilitiques avec leurs diverses manifestations.

CONDITIONS DANS LESQUELLES ONT ÉTÉ RECUEILLIES NOS OBSERVATIONS

C'est à l'École de Puériculture de la Faculté de Médecine de Paris que ces observations ont été prises sous la dictée de M. le Docteur Lemaire, depuis la fondation de l'École jusqu'au mois d'avril 1923. Nous avons étudié les dossiers de tous les nourrissons vus par M. le Docteur Lemaire pendant ce laps de temps, à l'exclusion de ceux examinés par les autres médecins de l'œuvre.

Nous avons en outre consulté les fiches jointes à ces dossiers, concernant *l'état de la mère pendant la grossesse, le traitement qu'elle aurait éventuellement suivi, les conditions de l'Accouchement,* tous documents utiles pour confirmer ou préciser le diagnostic.

SUR QUELS ENFANTS PORTENT LES OBSERVATIONS

Nous n'avons tenu compte que des observations des enfants qui, lorsqu'ils ont été examinés et lorsque chez eux on a porté le diagnostic d'Hérédo-syphilis, étaient âgés de moins de deux ans. Encore nos observations portent-elles surtout sur des nourrissons de 1 à 16 mois.

L'enfant est généralement amené à l'âge de 3 semaines, à sa première sortie. L'accouchement s'est fait soit dans un hôpital voisin, soit chez une sage-femme agréée, la grossesse ayant été la plupart du temps suivie à la

consultation d'obstrelrique de l'École de Puériculture, et la mére traitée s'il y avait lieu.

Les enfants sont amenés par la mère soit parce qu'ils étaient malades, soit pour s'assurer de leur bon état de santé, soit enfin, et *surtout*, pour toucher la prime d'allaitement. Ce sont là les conditions ordinaires des consultations de ce genre.

Il s'agit d'enfants aussi bien en bonne santé que malades. Ils représentent exactement la masse des enfants du XVe arrt, sans sélection d'aucune sorte.

Pour la plupart, ce sont des enfants d'ouvriers et d'employés et si un assez grand nombre appartiennent à un milieu misérable, du moins presque tous, sauf de rares exceptions, ont pour mère des femmes soucieuses de l'état de santé de leur enfant. L'assiduité avec laquelle elles amènent les enfants à la consultation, l'attente souvent longue qu'elles s'imposent avant qu'ils ne soient examinés, la façon dont elles suivent les conseils du médecin et appliquent les traitements prescrits en sont la preuve.

Pour un certain nombre d'entre elles, il s'agit de syphilis ignorée, et leur étonnement est grand d'apprendre, la plupart du temps indirectement, la nature de l'affection de leur enfant, alors qu'elles se considèrent, de même que le père de l'enfant, indemne de toute lésion spécifique apparente.

COMMENT A ÉTÉ POSÉ LE DIAGNOSTIC D'HÉRÉDO SYPHILIS

Le diagnostic d'Hérédo-spécificité a été posé à la suite de l'examen complet de l'enfant portant sur tout les viscères et c'est sur un ensemble de signes qu'il a été conclu à cette affection. Bien souvent d'ailleurs ce n'est qu'après plusieurs examens après plusieurs traitements symptomatiques essayés sans succès après avoir suivi l'enfant dans ses courbes de croissance et de poids qu'un a été amené à ce diagnostic.

D'autrefois les antécédents de l'enfant, l'étude de la grossesse de la mère la possibilité de fausses-couches antérieurs d'enfants morts prématurément sont venus créer autant de présomption en faveur de la syphilis.

Dans certains cas l'examen de l'enfant permettait de continuer ce diagnostic mais d'autrefois les signes observés étaient très frustes et mis sur le compte de la syphilis surtout en raison de ces antécédents et par suite des effets du traitement.

ÉTUDE DES SYMPTOMES AYANT PERMIS DE POSER CE DIAGNOSTIC

Ainsi nous voyons déjà la diversité des symptomes nous ayant amenés au diagnostic et avant d'étudier leur fréquence, leur association. nous rappellerons quels sont ceux que l'on trouve et quelle est leur valeur.

Avec Marfan nous classerons ces symptomes en :

Signes de certitude et signes de probabilité.

R. BIBLIOTECA MEDICA ROMA

I. — LES SIGNES DE CERTITUDE

La Mégalosplénie précoce chronique est un des signes les plus fréquents. Appréciée toujours de la même façon, par la palpation, la rate est plus ou moins hypertrophiée plus ou moins dure mais toujours elle déborde les fausses côtes de 1 ou 2 traves de doigt.

Cette hypertrophie de la rate était déjà étudiée par Marfan en 1903. Cet auteur sur 40 cas de splénomégalie chronique sur des enfants de moins de deux ans trouvait la syphilis 31 fois c'est-à-dire dans 77,5 pour cent des cas. De ceux-ci la syphilis était certaine 18 fois (45 %) et probable 13 fois (32,5 %).

La mégalosplénie est le plus souvent associée à d'autres symptomes que nous étudierons plus loin ; elle vient alors confirmer un diagnostic que l'examen complet de l'enfant l'étude de ses antécédents avaient déjà pu faire soupçonner.

Plus rarement, elle se présente comme un symptome isolé réalisant alors de véritables *formes splénomégaliques* de la syphilis héréditaire.

Toutefois, la syphilis ne doit pas être considérée comme la seule cause de l'hypertrophie chronique de la rate. Dans des cas plus rares, elle peut être attribuée à la tuberculose. La Cuti-réaction pratiquée dans chaque cas s'est toujours montrée négative lorsqu'il s'agissait de syphilis. Plus rarement on peut la rapporter au rachitisme, à la malaria, à la leucemie, à la dégénérescense amyloïde.

Dans les cas que nous avons étudiés ces différents

diagnostics avaient été écartés et la splénomégalie rapportée à la syphilis.

Le coryza précoce chronique apparait toujours dès les premiers jours de la vie. Le nouveau-né, enchifréné, a la bouche ouverte. et tette difficillement. En outre, on remarque l'écoulement par les narines d'une secrétion mucopurulente, avec croutes jaunatres fissures des narines et dans quelques cas, ce coryza prend un aspect hémorragique.

Dans les cas étudiés, ces caractères particuliers ont permis de ne pas le confondre avec le coryza obstétrical, le coryza corumun, en général plus tardif, et le coryza diphtérique. D'ailleurs c'est rarement un symptome isolé, et on le trouve associé fréquemment à la splénomégalie ou aux autres signes qui ont permis le diagnostic d'hérédo-syphilis.

Les accidents cutanéo-muqueux sont aussi fréquemment rencontrés.

Le pemphigus existe le plus souvent au moment de la naissance. Cependant, il peut se développer dans les jours qui suivent; il ne se montre jamais après la dixième semaine.

Un de ses caractères essentiels est son siège : il occupe la paume des mains et la plante des pieds. Bien limité, il est constitué par des taches circulaires de teinte vineuse, de 2 à 10 millimètres de diamètre, entourées d'une zone rouge. L'épiderme est soulevé par un liquide louche, très riche en tréporièmes. Les éléments sont isolés le plus souvent et ne procèdent pas par poussées successives. L'évolution se fait spontanément vers la

dessication avec persistance fréquente de macules violacées ou de squames.

Ces caractères nous ont permis d'éliminer la dermo-épidermite bulleuse du nourrisson d'allure pemnpligoïde qui épargne les mains et la plante des pieds et n'est pas congénital.

Les syphilides de la peau et des muqueuses peuvent être maculeuses, érosives ou prendre l'aspect de fissures des orifices cutanéo-muqueux.

Les syphilides maculeuses rappellent la roséole de la syphilis acquise, avec cette nuance cuivrée si fréquente ; elles siègent surtout sur le visage, en particulier sur la lèvre inférieure, le menton, le cou et sur la face externe des cuisses.

Les syphilides papuleuses peuvent leur faire suite ou être primitives. Siégeant surtout à la face, aux membres inférieurs, aux fesses, autour de l'anus, elles sont exceptionnelles après 4 mois. Elles sont recouvertes de squames minces qui s'écaillent et tombent, sauf à la périphérie, réalisant ainsi la collerette de Biett.

Plus rarement, on trouve des *condylomes* ou des *ulcérations*.

Le diagnostic de ces manifestations est en général facile et ne peut prêter à erreur qu'au niveau de la région périanale et fessière, où l'érythème papulo érosif simple de Sevestre et Jacquet peut quelquefois faire hésiter.

Enfin les FISSURES siègent surtout aux lèvres et aux paupières. Aux lèvres elles sont souvent douloureuses et peuvent empêcher la succion. Très contagieuses, elles disparaissent en laisant presque toujours des

cicatrices linéaires et rayonnées, blanchâtres, élément important de diagnostic rétrospectif.

La pseudo-paralysie des nouveaux-nés syphilitiques, ou maladies de Parrot due à une ostéochondrite gommeuse de l'extrémité de la diaphyse des os longs des membres, près des cartilages de conjugaison, se rencontre avant six mois. Elle se caractérise par une impotence fonctionnelle du membre atteint, avec intégrité musculaire complète et douleur apparaissant dès qu'on provoque les mouvements. Ces caractères, joints à l'examen montrant souvent un gonflement des os longs au voisinage de l'épiphyse, permettent d'éliminer une paralysie obsbétricale, une paralysie spinale infantile, une maladie de Barlow, une impotence due à une ostéomyélite aigue ou subaigne ou à une fracture.

Nous avons rappelé les caractères des *cinq* plus fréquentes manifestations de la syphilis héréditaire. Il nous reste à étudier les autres signes qui, pour être moins pathognomaniques n'en constituent pas moins de grandes présomptions en faveur de la syphilis, surtout quand ils sont groupés. Ce sont les signes de probabilité.

II. — LES SIGNES DE PROBABILITÉ

La recherche des **antécédents familiaux** est importante et permet quelquefois de retrouver une syphilis paternelle ou maternelle.

La fréquence des **avortements, accouchements**

prématurés, l'expulsion d'un fœtus macéré sont autant de signes de probabilité.

La gestation gémellaire quand elle est univitelline est aussi d'importance diagnostique. Elle peut être en rapport avec la syphilis et pour Bar et Couvelaire, non avec la syphilis acquise par les procréateurs, mais avec une syphilis acquise par les ascendants de ces procréateurs.

De même, la possibilité **d'Hydramnios, le poids, l'état du placenta,** orientent souvent le diagnostic vers la syphilis.

Un **état de nutrition médiocre,** de **l'hypothrepsie.** malgré une alimentation au sein ou au biberon bien conduite, **le retard du développement** font soupçonner l'existence de syphilis ; ce soupçon est souvent confirmé pour la reprise de croissance sous l'influence de traitement spécifique.

Chez certains nourrissons, on peut noter une **anémie** spéciale, à **teinte maïs** qui crée de fortes présomptions en faveur de la syphilis. Elle existe rarement à l'état isolé et est justiciable du traitement.

Du côté du squelette se retrouvent également des signes de probabilité qui consistent en **Inossification cranienne** et en **rachitisme précoce** dont l'origine spécifique est presque la règle.

L'Inossification cranienne se traduit par **la persistance** pendant plusieurs semaines de **la fontanelle postérieure** qui normalement se ferme à la naissance et par la persistance dans les 2 ou 3 semaines qui suivent la naissance de la suture sagittale et des sutures latérales.

Elle peut exister seule, ou s'associer à un des symptômes suivants, pour réaliser la *débilité congénitale : naissance avant terme, poids de naissance au dessous de 2 kg. 500, retard de la cicatrisation ombilicale, persistance exagérée de la desquamation.*

Le rachitisme syphilitique est essentiellement caractérisé par **le Craniotabes,** uni ou latéral, localisé soit à l'occipital, soit à la zone pariéto-occipitale. Mais le caractère essentiel de ce rachitisme est d'être *précoce* ; il est congénital ou débute avant le 4e mois ; il atteint surtout le crâne et produit ces lésions que l'on retrouve sous forme de *front olympien* ou de *crane natiforme.*

Ces altérations osseuses s'accompagnent souvent de **circulation veineuse épicranienne** très marquée. Les veines du cuir chevelu font saillie sous la peau, et parfois leur développement est tel qu'elles se creusent de véritables gouttières sur ces os ramollis.

A ce rachitisme crânien fait suite souvent un *rachitisme généralisé* qui est très intense, avec de grosses déformations et possibilité de *retards de la marche,* de *fractures spontanées.*

L'appareil lymphatique réagit fortement chez les hérédo-spécifiques. Nous avons déjà étudié la splénomégalie. Elle s'accompagne bien souvent de **polymicoadénopathies** axillaires, cervicales, inguinales, petits ganglions en grains de plomb, mobiles, non confluents, avec parfois présence de **ganglions sus-épitrochléens.** Ils siègent à 1 ou 2 centimètres au-dessus de l'épitrochée, quelquefois plus haut et leurs caractères essentiels d'être presque toujours congénitaux, l'absence

de l'atrophie normale de ces ganglions à la naissance, leur bilatéralité, leur indolence, leur existence sans infection de la main ou de l'avant-bras, avec une cuti-réaction négative font de ce symptôme de grandes présomptions en faveur de l'hérido-syphilis et lui donnent une grande valeur séméiologique.

L'appareil digestif est aussi souvent atteint et certains symptômes conduisent à soupçonner l'existence d'une hérido-spécificité.

La maladie des vomissements habituels se rencontre aussi bien chez l'enfant au sein que chez l'enfant nourri à l'allaitement artificiel. Elle débute en général vers le 1er ou le 2e mois et se caractérise par des vomissements variables, selon leur horaire, leur abondance, leur fréquence, mais se continuant pendant des semaines et des mois. La nature spécifique est extrêmement fréquente (68 % de cas dans la thèse de Mlle Donzeau) et il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas de vomissements par faute alimentaire, par anaphylaxie, justiciables de la désensibilisation, ou de pylorospasme idiopathique qui cède au traitement par la belladone, ou même de sténose par hypertrophie musculaire. Et le diagnostic d'hérédo-syphilis est confirmé par l'heureux effet du traitement mercuriel qui guérit plus ou moins rapidement les vomissements et contribue donc à faire de ce symptôme un des meilleurs signes de probabilité de l'hérédo-syphilis.

L'hypertrophie du foie se rencontre aussi assez fréquemment. Le foie est gros ; son bord antérieur descend souvent au-dessous d'une ligne horizontale qui passerait par l'ombilic. Il est dur, tranchant. Mais

ce symptôme a surtout de la valeur, nous le verrons, quand il s'associe à d'autres signes de probabilité en faveur de la syphilis héréditaire.

Plus important est **l'Ictère spécifique**. Différent par son apparition de l'Ictère des nouveaux-nés, il s'en distingue aussi par sa durée plus longue. Il s'accompagne le plus souvent de splénomégalie, de gros foie dur avec circulation veineuse collatérale abdominale, il s'atténue et disparait spontanément, mais sa régression et sa guérison sont grandement hatées par le traitement spécifique.

Les convulsions précoces dites essentielles apparaissent le plus souvent avant trois mois. En l'absence de lésion évidente des centres nerveux, de maladie déterminée, d'hémorragie méningée par tramuatisme obstétrical, ces convulsions sont le plus souvent d'origine syphilitique. La fonction lombaire donne des résultats très variables.

Dans certains cas, le liquide céphalo-rachidien est normal.

Dans d'autres, on constate de la lymphocytose et de l'hyperalbuminoïde ;

Dans d'autres, on trouve une réaction de Wassermann positive.

Notons d'ailleurs que, pour Ravaut, l'augmentation du nombre des lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidiées peut se rencontrer chez un nourisson syphilitique même en l'absence de toute maladie nerveuse, de toute convulsion.

Bons signes de probabilité sont aussi **les cris noc-**

turnes, réalisant le *signe de Sisto*. Ce sont des cris nocturnes ou vespéraux, survenant sans cause apparente ; ils sont tenaces, rebelles aux traitements employés et par contre amélioré rapidement par le traitement hydrargirique.

L'Hydrocéphalie de même peut-être rapportée à l'hérédo-syphilis ; les bons effets des modifications spécifiques, obtenus dans les cas, traités d'une façon précoce, l'association d'autres signes de syphilis sont en faveur de cette hypothèse.

L'Hydrocèle enkystée prend une valeur assez grande quand elle est unilatérale, irréductible, quand elle persiste au-delà de la 4e ou de la 5e semaine, à l'encontre de l'hydrocèle bilatérale qui disparait plus rapidement. On devra toujours rechercher **l'état du testicule sous-jacent**, après évacuation du liquide. Dans certains cas, il est possible qu'on ne remarque. rien d'anormal ; le testicule peut n'être que légèrement touché et la rareté de la lésion spécifique macroscopique du nourrisson est communément notée par beaucoup d'auteurs. Parfois la lésion testiculaire est appréciée cliniquement : le testicule hérédo-syphilitique est dur, indolore, généralement augmenté de volume et aboutit rapidement à l'atrophie scléreuse. On voit l'importance de l'hydrocèle réalisant le type clinique décrit, comme signe de probabilité, et l'intérêt qu'il y a alors à rechercher les autres signes associés qui confirmeront le diagnostic et permettront le traitement qui hâte généralement la guérison de l'hydrocèle.

Le **Strabisum convergent essentiel** s'établit sans

cause appréciable à la fin de la première ou dans le courant de la deuxième année. Il diffère en celà du strabisme qui peut se produire dans les premiers jours de la vie et qui disparait en quelques semaines.

L'hypertrophie du thymus peut se manifester soit par des signes de compression avec cornage inspiratoire, soit par l'examen radioscopique. Avant deux ans la syphilis en est de beaucoup la cause la plus importante

Les végétations adénoïdes précoces sont également avant deux ans un gros signe de probabilité en faveur de l'hérédo-syphilis, la tuberculose ayant été éliminée par la Cuti-Réaction pratiquée à intervalles suffisants.

Quant aux **cordiopathies congénitales**, elles seraient aussi pour Alfred Fournier le plus souvent d'origine syphilitique. Il s'agit en général de **maladie de Roger** découverte à l'occasion d'un examen complet du nourisson alors qu'aucun autre symptôme, aucune cyanose en l'absence de rétrécissement de l'artère pulmonaire cœxistant, n'avaient attiré l'attention.

Il nous reste à étudier un autre moyen de confirmation du diagnostic de la syphilis, **la réaction de Wassermann**. Elle doit être faite soit sur du sang pris au nourrisson au moins six heures après la tétée, de préférence le matin à jeun, soit sur le liquide ciphalo-rachidien quand on a l'occasion de faire une fonction lombaire chez un sujet suspect de syphilis, particulièrement en cas de réaction méningée. Les résultats obtenus sont très variables.

Tantôt la réaction pratiquée suivant la méthode

de Hecht ou de Calmette et Massol, est *franchement positive* : on doit alors conclure à l'existence d'une syphilis en évolution.

Si la réaction est *faiblement positive*, la syphilis est très probable ; il faudra analyser les symptômes trouvés et sur leur association on devra conclure à la spécifité.

Le problème est plus difficile en face d'une *réaction négative*.

Dans certains cas, les signes de probabilité sont si nets que, les antécédents du petit malade aidant, on est en droit, malgré la négativité de la réaction, de conclure à l'existence d'une hérédo-syphilis. Les bons effets du traitement confirment ce diagnostic.

Dans d'autres cas, les signes sont frustes, on a que des présomptions, on peut alors essayer de réactiver l'enfant suivant la méthode Milian, et suivant les résultats obstenus, le diagnostic variera.

Mais il faut ajouter que chez le nouveau-né et les nourrissons, dans certains cas de syphilis en évolution, avec des accidents dont la nature spécifique est incontestable, tels que pemphigus des mains, des pieds, coryza, on peut trouver une réaction négative ; et comme nous l'avons vu chez un enfant qui fréquentait la consultation de l'École de Puériculture, (nº 1277) la réaction de Bordet-Wassermann fut négative lors d'un premier examen à deux mois pour devenir positive quand l'enfant eût presque atteint l'âge de trois ans.

RÉSULTATS OBTENUS

Nous avons rappelé les signes principaux qui nous ont permis de poser le diagnostic de syphilis héréditaire.

Sur 1.000 observations étudiées, nous avons trouvé 190 nourrissons présentant ces symptômes diversement associés, et formant par conséquent une proportion de 19 %

Dans ces 190 cas, nous avons rencontré les signes de certitude et de probabilité associés de façon très variable.

1. — **Les signes de certitude** existent dans 124 CAS soit dans 64 % DES **hérédo-syphilitiques.**

Parmi ces signes de certitude, la **splénomagalie a** été rencontrée 76 fois sans être associée a un autre signe de certitude et c'est sur ce symptôme soit isolé, soit cœxistant avec des signes de probabilité que l'on a posé le diagnostic. Par conséquent, dans 76 cas, c'est-à-dire dans 61 % **des signes de certitude,** c'est la splénomégalie que l'on rencontre.

Le coryza syphilitique a été rencontré 16 fois sans être associé à la splénomégalie, à des accidents cutanéo-muqueux, ou a une réaction de Wassermann positive. Et l'existence *seule* de ce coryza a permis de porter le diagnostic d'hérédo-syphilis. Donc, dans 16 cas, c'est-à-dire dans 13 % **des signes de certitudes** c'est le coryza qui permet de préciser le diagnostic.

La maladie de Parrot n'a été rencontrée dans aucun cas. Mais comme nous l'avons dit, notre statistique

porte sur une consultation générale d'enfants amenés non pour maladie, chez qui l'hérédo-syphilis est découverte au cours d'un examen systématique dont la mère a pu être traitée pendant la grosesse.

C'est pour la même raison que les **accidents cutanéo-muqueux** n'ont été rencontrés que 6 fois, mais jamais sans être associés à d'autres signes de certitude.

Cette **association des signes de certitudes** existe dans 28 CAS, et par conséquent dans 23 % des cas où l'on rencontre des signes de certitude, le diagnostic est confirmé par la cœxistence de ces symptomes.

Quant à la **réaction de Wassermann**, dans 4 cas nous l'avons trouvée positive sans qu'il existe aucun autre signal de certitude. C'est dire que dans 3 % des cas, c'est une réaction de Wassermann positive qui a permis de poser le diagnostic d'hérédo-syphilis, que les signes cliniques ne pouvaient que faire soupçonner.

Donc, en résumé nous avons trouvé :

Splénomégalie . non associé . .	76 fois	soit 61 %	des signes de certitude
Coryza non associé	16 fois	— 13 %	— —
Wassermann positif non associé	4 fois	— 3 % .	— —
Signes de certitude associés	28 fois	— 23 %	— —

Les signes de probabilité seuls ont été rencontrés dans 66 CAS, et par conséquent dans 34 % des

hérédo-syphilitiques, le diagnostic fut porté en présence de ces *seuls* signes de probabilité et vérifié par les bons effets du traitement spécifique.

Sur ces 66 cas, nous avons trouvé ces symptômes dans les proportions suivantes :

Accouch. avant terme	= 9 f.,	soit	13 %	des signes	de prob.
Grossesses gém. uniov.	= 1 f.,	—	1,5 %	—	—
Rachitit. syph. cranio-tabes dont	= 38 f.,	—	57 %	—	—
Circulation épicranie.	= 6 f.,	—	9 %	—	—
Vomissements habit.	= 28 f.,	—	41 %	—	—
Polyadénopathies dont	= 20 f.,	—	30 %	—	—
Ganglions sus-épitroc.	= 5 f.,	—	7 %	—	—
Débilité congénitale avec retard de l'ossification cranienne	= 17 f.,	—	25 %	—	—
Gros foie dur	= 7 f.,	—	10 %	—	—
Cris noct. (Sig. de Sis)	= 7 f.,	W	10 %	—	—
Athrep. et Hypothre.	= 5 f.,	—	7 %	—	—
Ictère syphilitique	= 4 f.,	—	6 %	—	—
Hydrocèle enk. unila.	= 4 f.,	—	6 %	—	—
Convulsions essentiel.	= 3 f.,	—	4 %	—	—
Strabisme congénital	= 2 f.,	—	3 %	—	—
Hypertrophie d. Thy.	= 1 f.				
Maladie de Roger	= 1 f.				

III. — Nous venons de voir la proportion des symptômes trouvés, les uns par rapport aux signes de certitude, les autres par rapport aux signes de probabilité.

Mais, il est intéressant aussi d'étudier dans quelle proportion on les rencontre *par rapport au nombre total d'hérédo-syphilitiques*.

Sur les 190 cas étudiés, nous avons trouvé :

Signes de certitude :

Splénomégalie ..	= 104 f.,	soit 52 %	d. tot. des	hérédo-syph
Coryza	= 41 f.,	— 21 %	—	—
Accid. cut.-muq.	= 6 f.,	— 3 %	—	—
Maladie de Parrot	= 0 f.,	— 3 %	—	—
Bordet Wass. pos.	= 10 f.,	—		

(La réaction de Bordet Wassermann n'a été pratiquée que dans 23 cas suspects d'hérédo-syphilis de par l'examen clinique ou l'aveu des parents).

Signes de probabilité :

Avortements ...	= 6 f.,	— 3 %	—	—
Accouch. av. ter. entre le 7e et 8e m.	= 23 f.,	— 12 %	—	—
Morts-nés	= 3 f.,	— 1,5 %	—	—
Grossesses gemellaires unio-vulair.	= 3 f.,	— 1,5 %	—	—
Débilité congénit. av. retard de l'ossification carnien.	= 76 f.,	— 40 %	—	—
Rachitit. précoce av. craniotabes..	= 92 f.,	— 48 %	—	—
dont				
Circulat. épicran.	= 17 f.,	— 9 %	—	—
Vomissem. habit.	= 59 f.,	— 30 %	—	—
Polyadénopathies	= 60 f.,	— 30 %	—	—
dont				
Ganglions sus-épi	= 16 f.,	— 8 %	—	—
Gros foie dur ..	= 16 f.,	— 8 %	—	—
Ictère syphilitiq.	= 14 f.,	— 7 %	—	—
Crisnoct. Si. Sisto)	= 14 f.,	— 7 %	—	—
Convuls. essentiel	= 9 f.,	— 5 %	—	—
Strabisme conver. congénital	= 9 f.,	— 5 %	—	—
Hydrocèle unilat.	= 7 f.,	— 4 %	—	—
Hydrocéphalie .	= 4 f.,	— 2 %	—	—
Orchite syphilitiq	= 2 f.,	— 1 %	—	—
Maladie de Roger	= 2 f.,	— 1 %	—	—
Hypertrophie du thymus	= 1 f.		—	—

A L'HOPITAL

Nous avons également étudié parmi les observations de la consultation de médecine de l'Hôpital Trousseau celles qui se rapportent à l'hérédo-syphilis.

Nous n'avons pas établi de statistique globale portant sur *tous* les enfants vus à la consultation, parce qu'il est impossible de prendre une fiche sur chacun des 100 petits malades qui sont amenés chaque matin, que chaque enfant est examiné indifféremment par l'un des élèves de la consultation et qu'ainsi les symptômes trouvés ne sont pas interprétés de la même façon. En outre, il est fréquent que les enfants, après un premier examen, ne soient pas amenés à nouveau et qu'il soit ainsi impossible de confirmer le diagnostic préalablement soupçonné.

Enfin, une statistique générale faite à l'hôpital porterait non pas sur un ensemble d'enfants, mais uniquement *sur des enfants amenés pour maladies, ce qui constitue une importante sélection.*

Il est cependant intéressant de voir, parmi les manifestations syphilitiques observées chez ces petits malades, la proportion que l'on trouve de chacune d'entre elles.

Nous avons étudié les fiches des 260 petits malades hérédo spécifiques rencontrés parmi les 1.500 fiches de la Consultation.

Nous avons trouvé les résultats suivants :

Signes de certitude :

Splénomégalie . .	= 125 f.,	soit	55 %	d. tot. des	hérédo-syp.
Coryza	= 47 f.,	—	18 %	—	—
Accid. cutan-muq	= 28 f.,	—	10,7 %	—	—
Maladie de Parrot	= 10 f.,	—	4 %	—	—
Réaction de Bordet Wass. positive	= 5 f.,	—		—	—

Cette réaction fut loin d'être pratiquée d'une façon régulière.

Signes de probabilité :

Avortements . . .	= 19 f.,	—	7 %	—	—
Accouch. av. ter.	= 45 f.,	—	17 %	—	—
Morts-nés	= 2 f.,	—	1 %	—	—
Grossesses gémal. uniovulaires	= 10 f.,	—	4 %	—	—
Rachitit. précoce av. craniotabès .	= 91 f.,	—	35 %	—	—
dont					
Circulat. épicran.	= 4 f.,	—	1,3 %	—	—
Débilité congénit. av. retard de l'ossificat. cranienne.	= 38 f.,	—	15 %	—	—
Polyadénopathies	= 101 f.,	—	39,6 %	—	—
dont					
Ganglions épitroc.	= 12 f.,	—	5 %	—	—
Vomissem. habit.	= 90 f.,	—	34 %	—	—
Gros foie induré .	= 39 f.,	—	15 %	—	—
Anémie	= 28 f.,	—	11 %	—	—
dont					
Anémie à tein. m.	= 10 f.,	—	4 %	—	—
Hypoth. et athrep	= 30 f.,	—	11 %	—	—
Convuls. essentiel	= 26 f.,	—	10 %	—	—
Ictère syphilitique.	= 11 f.,	—	4 %	—	—
Hydrocéphalie .	= 10 f.,	—	4 %	—	—
Maladie de Roger	= 8 f.,	—	3 %	—	—

Hydroc. unilatér.	=	6 f.,	—	2 %	d. tot. des hérédo-syp
Strabis. congénit.	=	6 f.,	—	2 %	— —
Retard du dével.	=	5 f.,	—	2 %	— —
Facies mongolien	=	5 f.,	—	2 %	— —
Cris, terr. noctur.	=	4 f.,	—	4 %	— —
Polyonyxis	=	3 f.,	—	1 %	— —
Retard psychique	=	3 f.,	—	1 %	— —
Sarcocèle H.E..	=	3 f.,	—	1 %	— —
Hypotrophie du thymus	=	1 f.			— —

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Nous avons trouvé une proportion de 19 % *d'hérédo-syphilitiques* à l'école de Puériculture, c'est-à-dire dans la masse de la population parisienne, sans aucune sélection.

Ce chiffre, à première vue, peut paraître faible et du moins, faire croire à une diminution actuelle d la syphilis. Fournier donnait en effet le pourcentage de 20 % de syphilitiques chez les adultes.

Mais, dans notae statistique, nous n'avons eu en vue que les nourrissons hérédo-syphilitiques. Or, chez l'adulte, la syphilis est un gros facteur de stérilité et de mortinatalité. En tenant compte de ces éléments, nous pouvons donc affirmer que la proportion de syphilis chez l'adulte est notablement supérieure à ce qu'elle était autrefois, puisque déjà la proportion d'hérédo-syphilitiques correspond à 1 % près, au chiffre donné par Fournier relatif à la syphilis de l'adulte.

En outre, nous avons comparé les résultats fournis par nos statistiques de l'École de Puériculture et de l'Hôpital. Sur la totalité des hérédo-syphilitiques, nous avons trouvé la proportion de :

Splénomégalie	52 %	à l'École de Puéric.
	55 %	à l'Hôpital
Coryza	21 %	à l'École de Puéric.
	18 %	à l'Hôpital
Accidents cutanéo-muqueux	3 %	à l'École de Puéric.
	10 %	à l'Hôpital
Maladie de Parrot	4 %	à l'Hôpital.

Ainsi, parmi les signes de certitude, la *splénomégalie* se rencontre dans les mêmes proportions chez tous les hérédo-syphilitiques, qu'il s'agisse de malades ou d'un ensemble d'enfants sans sélection.

Au contraire, *les accidents virulents*, tels que le Coryza, les accidents cutanéo-muqueux, la maladie de Parrot, sont beaucoup plus fréquents dans la clientèle hospitalière, puisqu'ils représentent 32 % à l'hôpital contre 24 % à l'École de Puériculture.

Il nous semble que cette différence tient à un certain nombre de facteurs :

En premier lieu, vient ce fait que les nourrissons de la Consultation de l'École de Puériculture sont exceptionnellement amenés par un accident aigu tel que les accidents cutanéo-muqueux ou la maladie de Parrot.

En outre, les mères ont été suivies à la consultation d'obstétrique de l'École où elles ont été traitées s'il y a eu lieu.

A l'hôpital, au contraire, la prophylaxie est moins rigoureuse. Sans doute, nombre de femmes sont vues dans les consultations d'obstétrique, mais il arrive fréquemment qu'elles ne suivent pas le traitement imposé, ou le suivent irrégulièrement.

Celà suffit à expliquer la fréquence plus grande à l'hôpital des accidents cutanéo-muqueux, alors que, comme nous le verrons, les accidents à type dystrophique sont plus rares ; on observe, en effet,

Le Rachitisme précoce	dans 48 %	des cas à l'École de Puer.
avec craniotabes ..	35 %	des cas à l'Hôpital

La débilité congénitale	40 %	—	l'École de Puér.
avec retard de l'ossification cranienne .	15 %	—	l'Hôpital

Parmi les autres signes de probabilité, nous avons observé :

Les vomissem. habitu.	dans 30 %	des cas à	l'École de Puér.
	dans 34 %	—	l'Hôpital
L'Hypertroph. d. foie	dans 8 %	—	l'École de Puér.
	dans 15 %	—	l'Hôpital
L'Ictère syphilitique .	dans 7 %	—	l'École de Puér.
	dans 4 %	—	l'Hôpital
Les Polyadénopathies	dans 30 %	—	l'École de Puér.
	dans 39 %	—	l'Hôpital
L'hydrocèle unilatéral	dans 4 %	des cas à	l'École de Puér.
	dans 3 %	—	l'Hôpital
L'hydrocéphalie	dans 2 %	—	l'École de Puér.
	dans 4 %	—	l'Hôpital

Il s'ensuit donc que si, par les causes indiquées les manifestations aigues de l'hérédo-syphilis se voient plus souvent dans la clientèle d'hôpital et les accidents à type dystrophique, surtout osseux, chez les hérédo-spécifiques dont la mère a déjà été traitée, les autres symptômes s'observent avec une fréquence à peu près pareille et c'est surtout par leur association qu'ils acquièrent une certaine valeur.

Cette association est infiniment variable et les signes de Probabilité s'associent entre eux, ou aux signes de certitude de façon très différente suivant les cas.

Parmi les principales citons :

Splénomégalie. — Coryza rachitisme syphilitique précoce avec cranistabes.

Splénomégalie. — Accidents cutanéo-muqueux. Polyadénopathies.

Splénomégalie. — Vomissements habituels.

Splénomégalie. — Débilité congénitale.

Coryza. — Rachitisme précoce.
Coryza. — Vomissements habituels.
Vomissements habituels. — Rachitisme précoce avec Craniotabes.
Vomissements habituels. — Débilité congénitale.
Ictère syphilitique. — Rachitisme précoce. Débilité congénitale.

OBSERVATIONS

I. — *La Splénomégalie existe comme seul signe de certitude*

N° 50 Étienne Du. Splénomégalie. — Vomissements habituels.

N° 867 Roger Bl. Splénomégalie. — Hypothrepsie du second degré. Craniotabes.

N° 884 Roger De. Splénomégalie. — Maladie de Roger. Ictère spécifique.

N° 946 Paulette Pa. Splénomégalie. — Fracture spontanée de la clavicule.

N° 1.095 Lucienne Fa. Splénomégalie. — Craniotabes. — Cyanose du membre supérieur droit ayant disparu sous l'influence du traitement mercuriel.

N° 1.277 Jacqueline H. Splénomégalie. — Polyadénopathies. — Hypothrepsie de second degré. — Wassermann négatif le 20 octobre 1920 chez l'enfant et la mère positif le 9 mars 1923 chez l'enfant, malgré un traitement mercuriel bien suivi.

N° 1.841 Jacques Rey. Splénomégalie. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Sarcocèle hérédo-spécifique.

N° 2.837 Paulette Bou. Splénomégalie. — Persistance de la fontanelle postérieure. —

Gros foie induré. — Ictère spéc fique.

N° 2.944 Jacqueline Mai. Splénomégalie. – Débilité congénitale. – Ictère spécifique. – Polymicroadénopathies. – Ganglions sus-épitrochléens.

N° 2.957 Jacques Vaub. Splénomégalie. – Persistance de la fontanelle postérieure. – Végétations adéspoïdes. – Cris nocturnes. (S. de Sisto).

N° 3.063 Louise Bla. Splénomégalie. – Née à 7 mois. – Anémie. — Circulation veineuse épicranienne. — Bourrelet sus-malléolaire. — Wassermann négatif chez le père et la mère.

N° 3.094 Jean Reu. Splénomégalie. — Vomissements habituels guéris par le traitement mercuriel.

N° 3.301 Roger Petit. Splénomégalie. — Craniotabes.— Persistance de la fontanelle postérieure. — Circulation veineuse épicranienne. — Polyadénopathies.

N° 3.361 Jacqueline Gi. Splénomégaiie. — Craniotabes. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Bourrelet sus-malléolaire. —

Cris nocturnes (Signe de Sisto). — Améliorée par le traitement.

N° 3.393 Pierre Gah. Splénomégalie. — Craniotabes. — Polyadénopathie. — Eczéma.

N° 3.933 André Anton. Splénomégalie légère. — Anémie. — Bourrelet radio-carpien et sus-malléolaire. Polymicroadenopathies. — Gros foie dur.

N° 4.221 Henri Ba. Splénomégalie. — Vomissements habituels. — Amélioré par le traitement.

N° 4.261 Janine Gé. Splénomégalie. — Persistance de la fontanelle postérieure.— Vomissements habituels. — Ictère spécifique.

N° 4.264 Suzanne Bar. Splénomégalie. — Craniotabes. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Polyadénopathies.

N° 4.355 Pierre Gi. Splénomégalie. — Né à 8 mois ½. — Polyadénopathies avec ganglions sus-épitrochléens.

N° 4.357 Jacques Be. Splénomégalie. — Craniotabes. — Vomissements habituels.

N° 4.469 Colette Bou. Splénomégalie. — Débilité congénitale. — Persistance de la fontanelle postérieure. —

Ictère spécifique. — Ganglions sus-épitrochléens gauches.

N° 4.489 André No. Splénomégalie. — Né à 8 mois. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Vomissements habituels. — Amélioré par le traitement.

N° 4.623 Odette Del. Splénomégalie. — Anémie. — Persistance de la fontanelle postérieure.

N° 4.743 Jacques Beau. Splénomégalie. — Grossesse geméllaire uniovulaire. — Persistance de la fontanelle postérieure.

N° 4.743 Pierre Beau. Splénomégalie. — Grossesse geméllaire uniovulaire. — Persistance de la fontanelle postérieure.

N° 4.812 Roger Ron. Splénomégalie. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Ployadénopathies avec ganglions sus-épitrochléens.

N° 4.860 Jeanne Man. Splénomégalie. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Front olympien. — Bourrelet sus-malléolaire. — Strabisme convergent congénital. — Wassermann négatif.

N° 4.906 Antoine Ric. Splénomégalie. — Trigémellité. — Persistance de la fontanelle

postérieure. — Front olympien. — Bourrelet sus-malléolaire. — Polyadénopathies.

N° 4.942 Jean Cail. Splénomégalie. — Craniotabes. — Chapelet costal.

N° 5.676 Andrée Hid. Splénomégalie. — 1 fausse couche antérieure. — Craniotabes. — Vomissements habituels. — Amélioré par le traitement

N° 5 200 France Sold. Splénomégalie. — Née à 6 mois. Grossesse génullaire. — 1 fausse couche antérieure. — Anémie. — Polyadénopathies. — Gros foie. — Vomissements habituels. — Amélioré par le traitement.

N° 5.361 Andrée Fo. Splénomégalie. — Convulsions.

N° 5.440 Roger Po. Splénomégalie. — Craniotabes.

N° 5.496 Roger Bl. Splénomégalie. — Crainotabes. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Vomissements habituels. — Convulsions.

N° 6.079 Georgette Co. Splénomégalie. — Vomissements habituels.

N° 229 Roger Nib. Splénomégalie. — Craniotabes. — Circulation veineuse épicranienne. — Amélioré par le traitement.

N° 376 Robert Se. Splénomégalie. — Débilité congénitale.

N° 411 Paule Ve. Splénomégalie. — Craniotabes. —

Vomissements habituels. — Hydrocèle droite.

N° 436 André Ga. Splénomégalie. — Craniotabes. — Vomissements habituels. — Wassermann négatif.

N° 449 Michel Ne. Splénomégalie. — Craniotabes. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Amélioré par le traitement.

N° 454 Odette Bi. Splénomégalie. — Craniotabes. — Débilité congénitale. — Amélioré par le traitement.

N° 460 Simone Sar. Splénomégalie. — Craniotabes. — Ganglions sus-épitrochléens.

N° 489 André Fon. Splénomégalie. — Vomissements habituels. — Amélioré par le traitement.

N° 528 Jacques Jou. Splénomégalie. — Craniotabes. — Vomissements habituels.

N° 541 Odette Mal. Splénomégalie. — Craniotabes. — Amélioré par le traitement.

N° 543 Roger Boy. Splénomégalie. — Né à 8 mois. — Cris nocturnes. — Amélioré par le traitement.

N° 559 André Bi. Splénomégalie. — Craniotabes. — Débilité congénitale. — Amélioré par le traitement.

N° 593 Lucette Pic. Splénomégalie. — Craniotabes.

N° 5.934 Bernard Bl. Splénomégalie. — Persistance de la fontanelle postérieure. —

Ictère spécifique. — Wassermann positif chez la mère. — Amélioré par le traitement.

N° 643 Étienne Le T. Splénomégalie. — Circulation veineuse épicranienne. — Wassermann positif.

N° 751 Paul Wu. Splénomégalie. — Rachitisme précoce.

N° 763 Michel Duf. Splénomégalie. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Circulation veineuse épicranienne. — Wassermann négatif. — Amélioré par le traitement.

N° 808 Auguste Per. Splénomégalie. — Débilité congénitale. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Vomissements habituels. — Amélioré par le traitement.

N° 842 Simone Bru. Splénomégalie. — Persistance de la fontenelle postérieure. — Rachitisme cranien. — Amélioré par le traitement.

N° 1.219 Georges Si. Splénomégalie. — Gros foie dur. — Vomissements habituels.

N° 1.259 Louis Te. Splénomégalie. — Débilité congénitale. — Craniotabes. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Amélioré par le traitement.

N° 1.373 Lucienne Ars. Splénomégalie. — Circulation

veineuse épicranienne. — Vomissements habituels.

N° 1.373 Andrée Ma. Splénomégalie. — Craniotabes. — Wassermann négatif.

N° 1.404 Laure Pou. Splénomégalie. — Hypothrepsie. — Rachitisme précoce. — Ganglions sus-épitrochléens — Wassermann négatif. — Amélioré par le traitement.

N° 1.407 Janine Pr. Splénomégalie. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Vomissements habituels. — Amélioré par le traitement.

N° 1.468 André Le. Splénomégalie. — Craniotabes.

N° 1.644 Henri Ber. Splénomégalie. — Persistance de la fontanelle postérieure.

N° 1.688 Janine Co. Splénomégalie. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Débilité congénitale. — Vomissements habituels.

N° 2.081 Madeleine To. Splénomégalie. — État de nutrition médiocre. — Craniotabes. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Amélioré par le traitement.

N° 2.958 Roger Lec. Splénomégalie. — Né à 7 mois. — État de nutrition médiocre .

N° 3.063 Louise Bl. Splénomégalie. — Rachitisme précoce. — Vomissements habituels. — Wassermann négatif chez

les parents. — Amélioré par le traitement.

N° 3.098 Fernande Vu. Splénomégalie. — Vomissements habituels. — Hydrocèle droite.

N° 3.149 Raymond Fro. Splénomégalie. — Né à 7 mois ½. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Ictère spécifique.

N° 3.402 Jean Lec. Splénomégalie. — Persistance de la fontanelle postérieure.

N° 3.591 Madeleine Ch. Splénomégalie. — Née à 8 mois. — Craniotabes. — Polyadénopathies. — Vomissements habituels.

N° 3.634 Marthe Bea. Splénomégalie. — Née à 7 mois. — Craniotabes.

N° 3.663 Marcelle Son. Splénomégalie. — Vomissements habituels.

N° 4.943 Gaston Pus. Splénomégalie. — Débilité congénitale. — Ictère spécifique. — Polyadénopathies.

N° 5.137 Mireille Dub. Splénomégalie. — Née à 8 mois ½. — Persistance de la fontenelle postérieure. — Polyadénopathies. — Amélioré par le traitement.

II. — *La Splénomégalie est associée à d'autres signes de certitude.*

N° 678 André Bi. Splénomégalie. — Coryza spécifique. — Craniotabes. — Persistance de la fontanelle postérieure.

N° 1.575 Lucie Kr. Splénomégalie. — Coryza spécifique. — Craniotabes. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Circulation veineuse épicranienne.

N° 1.681 Raymonde Se. Splénomégalie. — Coryza spécifique. — Craniotabes. — Circulation veineuse épicranienne.

N° 3.455 Maurice Po. Splénomégalie. — Coryza spécifique. — Craniotabes. — Amélioré par le traitement.

N° 3.726 Georgette Th. Splénomégalie. — Coryza spécifique. — Née à 8 mois ½. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Polyadénopathies. — Amélioré par le traitement.

N° 100 Maurice Bi. Splénomégalie. — Coryza spécifique. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Polyadénopathies,.

N° 3.996 Odette De. Splénomègalie. — Coryza spécifique. — Ragades labiales. —

Hypotherpsie. — Hydrocéphalie. — Polyadénopathies. — Gros foie dur.

N° 4.083 Marie Be. Splénomégalie. — Wassermann positif dans le liquide céphalo Rachidien. — Débilité congénitale. — Persistance de la fontanelle postérieure.

N° 4.085 Marcelle Ed. Splénomégalie. — Coryza spécifique. — Persistance de la fontanelle postérieure.

N° 4.238 Camille Am. Splénomégalie. — Coryza spécifique. — État de nutrition médiocre. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Ganglion sur épitrochléens.

N° 4.426 Georges An. Splénomégalie. — Coryza spécifique. — Convulsions essentielles. — Amélioré par le traitement.

N° 4.906 Charles Ri. Splénomégalie. — Coryza spécifique. — Né à 7 mois. — Trigemellité. — Pâleur. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Rachitisme cranien.

N° 4.906 Jean Ri. Splénomégalie. — Coryza spécifique. — Né à 7 mois. — Trigemellité. — Pâleur. — Rachitisme cranien. — Polyadénopathies.

N° 4.981 Bertrand Kir. Splénomégalie. — Coryza spé-

cifique. — Ictère. — Maladie de Roger.

N° 5.043 Pierre Dal. Splénomégalie. — Plaques muqueuses. — 1 fausse couche antérieure. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Polyadénopathies avec ganglions sus-épitrochléens. — Gros foie dur. — Amélioré par le sulfarsénol.

N° 5.078 Germain Mar. Splénomégalie. — Coryza spécifique. — 1 fausse couche antérieure. — Circulation veineuse épicranienne. — Spina ventosa non tuberculeux. — tremblement convulsif. — Amélioré par le traitement.

N° 5.738 Guy Ju. Splénomégalie. — Corysa spécifique. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Polyadénopathies. — Vomissements habituels.

N° 110 Pierre Bil. Splénomégalie. — Coryza spécifique. — Craniotabes. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Vomissements habituels. — Strabisme convergent congénital. — Pâleur. — Mère traitée pendant sa grossesse. — Wassermann

positif chez l'enfant. — Amélioré par le traitement.

N° 187 Louis Ben. Splénomégalie. — Coryza spécifique. — 4 fausses couches antérieures. — Craniotabes. — Amélioré par le traitement.

N° 493 Jean Pie. Splénomégalie. — Coryza spécifique. — Né avant terme. — Strabisme convergent congénital. — Hydrocèle droite. — Testicules durs et gros.

N° 5.673 Lucette Ch. Splénomégalie. — Coryza spécifique. — Circulation veineuse épicranienne. — Amélioré par le traitement.

N° 1.834 Gisèle Ric. Splénomégalie. — Coryza spécifique. — Persistance de la fontanelle postérieure.

N° 2.204 Albert Lec. Splénomégalie. — Coryza spécifique. Persistance de la fontanelle postérieure.

N° 2.206 André Bon. Splénomégalie. — Coryza spécifique. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Polyadénopathies. — Vomissements habituels. — Amélioré par le traitement.

N° 4.328 Jean Let. Splénomégalie. — Coryza spécifique. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Ganglions

sus-épitrochléens. — Vomissements habituels.

N° 4.530 Marcel Ra. Splénomégalie. — Erythème spécifique. — Polyadénopathies.

N° 5.325 Daniel Ga. Splénomégalie. — Pemphigus.

N° 5.439 Michelin Mi. Splénomégalie. — Coryza spécifique. — Fissures sous-narinaire et retroauriculaires. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Polyadénopathies. — Gros foie dur.

III. — *Le Coryza est rencontré sans splénomégalie ni accidents cutanéo-muqueux.*

N° 1.095 André Fa. Coryza. — Terreurs nocturnes. — Amélioré par le traitement.

N° 1.654 Andrée Fon. Coryza. Craniotabes. — Circulation veineuse épicranienne. — Guéri par le traitement.

N° 1.901 Roland Les. Coryza. — Polyodénopathies avec ganglions sus-épitrochléens

N° 2.421 Renée Bl. Coryza. — Craniotabes. — Persistance de la fontanelle postérieure.

N° 3.148 Lucien Jon. Coryza. — Né à 8 mois ½. — Caniotabes. — Persistance de la fontanelle postérieure.

N° 3.711 Lucienne Mar. Coryza. — Craniotabes. — Persistance de la fontanelle

postérieure. — Polyadénopathies.

N° 4.197 Gilbert Du. Coryza. — Vomissements habituels. — Wassermann partiellement positif. — Amélioré par le traitement.

N° 4.319 Paulette Pom. Coryza. — Hypothrepsie du second degré. — Anémie. — Polyadénopathies.

N° 4.398 Raymond Mas. Coryza. — Strabisme de l'œil droit. — Amélioré par le traitement.

N° 5.072 Louis Tho. Coryza. — Polyadénopathies. — Gros foie dur. — Mère traitée.

N° 207 Marcel La. Coryza. - Cris nocturnes.

N° 307 Jean Per. Coryza. — Craniotabes. — Vomissements habituels.

N° 819 Henri Gan. Coryza. — Né à 7 mois ½. — Débilité congénitale. — Persistance de la fontanelle postérieure.

N° 923 Renée Cha. Coryza. — Craniotabes. — Persistance de la fontanelle postérieure. Convulsions essentielles. — Amélioré par le traitement.

N° 3.727 Georgette Th. Coryza. — Né à 8 mois ½. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Polyadénopathies.

IV. — *Réaction de Wassermann positive sans signes de Certitude.*

N° 3 Georges Ben. Wassermann positif. — Strabisme convergent congénital.

N° 3.330 Paulette Lo. Wassermann positif. — Gros Foie. — Convulsions et terreurs nocturnes. — Pas de signe de Chivosteck. — Améliorée par le traitement.

N° 5.550 René Ga. Wassermann faiblement positif. — Vomissements habituels.

N° 3.135 Pierre Meu. Wassermann positif. — Hypotonie musculaire. — Ne s'assied pas. — Convulsions. — Tics.

V. — *Les Signes de Probabilité existent seuls, diversement associés.*

N° 193 Pierre C. Craniotabes. — Vomissements habituels.

N° 314 André Ch. Né avant terme. Craniotabes.

N° 342 Georges Ba. Né avant terme. — Craniotabes.

N° 555 Lucien Bu. Né à 7 mois. — Craniotabes.

N° 639 Marie-Louise Fa. Léger rachitisme. — Vomissements habituels.

N° 671 Henocque Mo. Persistance de la fontanelle postérieure. — Nez écrasé. — Ganglions sus-épitrochléens. — Gros foie dur.

N° 841 Jacques Tem. Craniotabes. — Vomissements habituels.

N° 1.527 Pierre Co. Craniotabes. — Circulation veineuse épicranienne. — Guéri par le traitement.

N° 1.738 Michelin Re. Persistance de la fontanelle postérieure. — Vomissements habituels. — Hypertrophie du thymus. — Cornage. — Amélioré par le traitement.

N° 2.576 Jean Ch. Strabisme convergent congénital. — Circulation véineuse épicranienne.

N° 2.623 Berthe Le. Convulsions essentielles. — Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

N° 2.718 Odette Kœ. Craniotabes. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Vomissements habituels. — Ganglions sus-épitrochléens.

N° 3.015 Jeanne Ma. Vomissements habituels cédant au traitement.

N° 3.243 Claud eGau. Craniotabes. — Strabisme convergent congénital. — Ronflement adénoïdien. — Amélioré par le traitement.

N° 3.301 René Pat. Hypothrepsie. — Craniotabes. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Polyadénopathies. — Hydrocèle enkystée droite.

N° 3.330 Huguette Lo. Polyadénopathies. — Cr s vesperaux et nocturnes. — Pas de signe de Chwosteck. — Améliorée par le traitement.

N° 3.358 Simone Me. Craniotabes. — Vomissements habituels. — Polymicro-adénopathies.

N° 3.620 Marcel Con. Craniotabes. — Bourrelet sur sus-malléolaire. — Vomissements habituels améliorés par le traitement.

N° 3.266 Jean Be. Né à 8 mois ½. — État de nutrition médiocre. — Polyadénopathies. — Vomissements habituels. — Amélioré par le traitement.

N° 100 Pierre Bi. Né à 8 mois. — Gros foie dur. — Vomissements habituels.

N° 3.932 Paulette Ch. Craniotabes. — Polyadénopathies. — Vomissements habituels.

N° 4.172 Janine Pa. Craniotabes. — Vomissements habituels. — Améliorés par le traitement.

N° 4.290 Roger La. Craniotabes. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Hydrocèle droite. — Amélioré par le traitement.

N° 4.319 Georges Pom. Rachitisme précoce prononcé.

N° 4.419 Simone Tri. Craniotabes. — Circulation veineuse épicranienne. — Cris et colères.

N° 4.466 Colette Bi. Né à 8 mois. — Craniotabes. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Ganglions sus-épitrochléens. — Vomissements habituels. — Ictère spécifique. — Amélioration par le traitement.

N° 4.570 Fernand Da. Rachitisme précoce. — Polyadénopathies.

N° 4.725 Jean Tro. Retard du développement. — Rachitisme. — Polyadénopathies. — Amélioré par le traitement.

N° 4.815 Jean Man. Né à 8 mois ½. — Bourrelet sus-malléolaire. — Polyadénopathies.

N° 5.167 Mireille Ba. 1 mort-né. — Débilité congénitale. — Polyadénopathies. — Amélioré par le traitement.

N° 5.267 Germaine Du. Rachitisme prononcé.

N° 5.269 Jean Vi. 1 prématuré. — Maladie de Roger. — Vomissements habituels.

N° 5.363 Simone Gu. Polyadénopathies. — Gros foie dur. — Terreurs nocturnes.

N° 5.937 Odette La. Craniotabes. — Vomissements habituels.

N° 182 Paulette Tr. Craniotabes. — Vomissements habituels. — Guéris par le traitement.

N° 261 Lucien Gu. Hypothrepsie du 1er degré. — Circulation veineuse épicranienne. — Polyadénopathies avec ganglion sus-épitrochléens.

N° 311 Auguste Ri. Débilité congénitale. — Craniotabes. — Circulation veineuse épicranienne.

N° 423 Roger Ba. Mère albuminurique. — Hydrocéphalie légère. — Polyadénopathies. — Vomissements habituels. — Wassermann négatif chez la mère et l'enfant.

N° 538 Denise Mo. Hypothrepsie. — Anémie à teinte maïs.

N° 579 Raymond Bon. Persistance de la fontanelle postérieure. — Poids au-dessous de la normale. — Polyadénopathies avec Ganglions sus-épitrochléens.

N° 663 Georges Leb. Persistance de la fontanelle postérieure. — Vomissements habituels.

N° 677 Liane Riv. Rachitisme précoce prononcé.

N° 750 Marthe Bet. Vomissements habituels cédant au traitement.

N° 764 Odette Be. Craniotabes. — Persistance de la fontanelle postérieure. — Cris vespéraux. — Améliorée par le traitement.

N° 1.029 Jacqueline Fa. Vomissements habituels cédant au traitement.

N° 1.430 Raymond Am. Vomissements habituels.

N° 1.434 Jacques Pa. Rachitisme précoce masqué. —

Wassermann négatif. — Amélioré par le traitement.

N° 1.469 Michel Ma. Né à 7 mois ½. — Hydrocéphalie. — Craniotabes.

N° 1.510 René Fa. Cris nocturnes (Signe de Sisto).

N° 1.530 Pierre Bat. Craniotabes. — Vomissements habituels.

N° 1.561 Janine Fre. Hypothrepsie. — Hydrocéphalie. — Gros foie dur. — Wassermann négatif.

N° 1.656 Félix Mat. Grossesse gémélaire uniovulaire. — Anémie. — Craniotabes. — Polyunicroadénopathies.

N° 1.656 Emilien Mat. Grossesse géméllaire uniovulaire. — Craniotabes.

N° 1.690 Henri Pa. 5 enfants morts en bas âge. — Vomissements habituels. — Wassermann négatif.

N° 1.735 Germain Bo. Hypothrepsie. — Vomissements habituels.

N° 1.819 René Def. Vomissements habituels cédant au traitement.

N° 2.257 Alexandre Ch. Rachitisme précoce. — Polydur. adenopathies. Gros foie

N° 2.421 Renée Bl. Né à 8 mois. — Craniotabes. — Persistance de la fontanelle postérieure, — Ictère spécifique.

N° 2.717 Roger Ar. Persistance de la fontanelle postérieure. — Vomissements habi-

tuels. — Hydrocèle droite. — Ictère spécifique.

N° 2.738 Jacqueline Dol. Né à 7 mois ½. — Craniotabes. — Vomissements habituels. — Ictère spécifique. — Guéri par le traitement.

N° 2.899 René Ro. Polyadénopathies. — Hydrocèle.

N° 4.022 Marcel Ga. Craniotabès.

N° 5.246 Guy Bo. Polyadénopathies. — Gros foie dur. — Vomissements habituels. — Cris nocturnes. — Guéri par le traitement.

N° 5.551 Christian Ma. Vomissements habituels. — Retard de la marche.

CONCLUSIONS

I. — Sur mille nourrissons qui fréquentent la consultation de l'École de Puériculture de la Faculté de Médecine de Paris, où sont amenés aussi bien des enfants sains que des malades, 190 présentent des signes de syphilis héréditaire.

Chez 124, le diagnostic d'hérédo-syphilis fut porté avec des signes de certitude :

dans 76 cas, ce fut avec la splénomégalie seule ;

dans 16 cas, ce fut avec le Coryza seul.

dans 28 cas, ce fut avec un ensemble de signes de certitude.

dans 4 cas, ce fut par la réaction de Wassermann seuls.

Dans les 66 autres cas, le diagnostic fut porté seulement sur une association de signes de probabilité et le plus souvent confirmé par l'action curative du traitement spécifique.

II. — Chez ces enfants, dont les mères sont pour la plupart surveillées pendant la grossesse et soumises au traitement spécifique s'il y a lieu, les accidents qui relèvent de la septicémie syphilitique et dénotent une infection en pleine activité, comme les accidents cutanéo-muqueux, le Coryza, la maladie de Parrot, sont beaucoup plus rares que dans les consultations hospitalières où l'enfant est amené parce qu'il est malade.

Leur taux ne s'élève qu'à 24 % des hérédo-syphili-

tiques au lieu de 32 % chiffre obtenu à la consultation de l'hôpital Trousseau.

Par contre, les lésions d'ordre dystrophique sont les plus communes et parmi elles, nous citerons :

Rachitisme précoce avec Craniotabes ..... 48 %
Débilité congénitale avec retard de l'ossification cranienne ..... 40 %
Maladie des vomissements habituels ..... 30 %
Polyadénopathies ..... 30 %

Vu : *Le Président de Thèse,*
MARFAN.

Vu : *Le Doyen*
M. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
M. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

L. Bax. — L'Hérédo-syphilis dans un dispensaire d'enfants. Recherches et Diagnostic. Thèse de Paris. 1907-1908.

Bumstead et Taylor. — Pathologie et traitement des maladies vénériennes (5e édition).

L. R. de Buys. — Stundy of in a foundling institution to determin incidence of congenital syphilis. J. A. M.-M. Chicago 1919.

M. Carle. — Les nouvelles lois de l'Hérédo-syphilis.

Mlle Douzean. — Thèse de Paris. 1922.

Ed. Fournier. — La syphilis héréditaire de l'enfance. Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. Bibadeau, Dumas et Babineux. Vergent T. XX.

P. C. Jeans et J. V. Cooke. — Étude sur la fréquence de l'hérédo-syphilis. Ambican Journal of diseases of Children. oct. 1921.

Lacapère et Vallery-Radot. — Le traitement de l'hérédo-syphilis. 1922.

Mlle Le Scornet. — Étude clinique de la mégalosplénie dans la première enfance. Thèse. Paris 1912.

S. Maggiove. — Contributio stietistico-clinico allo studio della sifilide ereditaria. Pediatria Napoli 1916.

Marfan. — Le diagnostic de la syphilis héréditaire des nouveaux-nés et nourrissons. Presse médicale 25 avril 1923, 5 mai 1923.

Marfan. — De l'hypertrophie chronique de la rate dans la syphilis héréditaire précoce et de sa haute valeur pour le diagnostic de cette maladie. Revue mensuelle des maladies de l'enfance. mai 1903.

Marfan. — La maladie des vomissements habituels. Le Nourrisson-Mars 1919.

Marfan. — Les convulsions dans la première enfance. Presse médicale. 10 août 1921.

Marfan. — Rachitisme et syphilis. semaine médicale. 2 oct. 1907.

Pr. Merklen et A. Devaux. — Gemelliparité et syphilis. Journal de médecine et chirurgie pratique.»1921.

NOBÉCOURT (P) et H. BONNET. — Réaction de Wassermann et syphilis chez les nourrissons, leurs mères et les femmes en état de gestation. Presse médicale. 20 oct. 1920.

M. PÉHU et M. LAMY. — Sur l'hypertrophie de la rate dans l'hérédosyphilis du nourrisson. Journal de Médecine de Lyon. Fevrier 1922.

PÉTRUBI et GALOZ. — Les manifestations de l'Hérédosyphilis de la première et de la deuxième génération. Annales de médecine et de vénéréologie. 1916.

REICHENECKER (Mlle). — L'adénite sur épitrochléenne. Sa valeur pour le diagnostic de la syphilis héréditaire du nourrisson et de l'enfant. Le Nourrisson. juillet 1915.

P. VALLERY-RADOT et SALES. — L'hydrocèle du nourrisson. Presse médicale. 9 mai 1923.

WEILL et DUFOURT. — Anémie splénomégalique syphilitique chez un nourrisson de 15 mois. Société médicale des Hôpitaux de Lyon. novembre 1920.

V. ZERBINO. — Distrofia Heredosifilitica. Archivos latino Americanos de Pediotina. novembre 1919

BIBLIOTECA MEDICA
DMA
80982