

tiques, la paralysie générale, le tabes, peuvent aussi apparaître chez les individus hérédo-syphilitiques.

Voici quelques exemples des manifestations si diverses et si importantes à connaître de l'hérédité spécifique.

Un enfant de 6 mois, né avant terme, pesant 3 kil. 250 (les hérédo-syphilitiques présentent généralement un poids moins faible en réalité qu'ils ne l'ont relativement au poids de leur placenta), ne présente aucune éruption sur le corps, mais depuis 2 mois il a la cornée de l'œil gauche déolée, avec un commencement d'ulcération enrayée à temps par le traitement et qui aurait pu amener la perforation et la perte de l'œil si on n'était pas intervenu. Outre cette kératite interstitielle, on note un nystagmus vertical.

Une enfant de 9 ans est née à terme d'une mère spécifique chez laquelle la roséole était en pleine évolution durant la grossesse. Cette enfant présente le front olympien et la dent d'Hutchison, très nette, quoique ne portant que sur l'une des incisives médianes supérieures. Cette dystrophie est caractérisée par l'échancre du coup d'ongle du bord triturant, la convergence des bords latéraux, et, quand les deux incisives médianes sont atteintes, par la convergence de leurs axes. Cette malformation est exclusive aux dents de seconde dentition; elle ne s'observe jamais sur les dents de lait.

On observe aussi l'atrophie cuspidienne de la première grosse molaire, qui est également propre à la spécificité.

Les dents mal rangées, inégales, méta-morphiques sont des caractères de moindre valeur. Les malformations dentaires se voient généralement chez les individus issus de procréateurs atteints d'une infection ou d'une intoxication chronique.

Les hérédo présentent souvent ce qu'on appelle des *érosions dentaires*: ce ne sont pas des érosions, au sens habituel du mot, mais des stries dues à la disparition de l'émail en certains points de la surface ivoirine. Ces érosions ne sont pas pathognomoniques de la syphilis et existent dans d'autres infections ou intoxications.

Cette malade présente aussi une kératite interstitielle, mais le troisième élément de la triade d'Hutchison, la surdité, manque.

La mère présente deux perforations de la voûte palatine osseuse. Dans ce cas, il faut toujours faire remonter la perforation à une rhinite. La destruction du plancher nasal se fait de haut en bas. Les perforations du voile sont plus fréquentes et reconnaissent un autre mécanisme.

Un enfant de 11 mois présente de l'hydrocéphalie caractérisée, avec un tour de tête de 49 centimètres, des pupilles immobiles à la lumière, du retard intellectuel, une impossibilité de se tenir debout, une exagération des réflexes rotuliens. Il offre un nystagmus horizontal.

La ponction lombaire a révélé une abondance lymphocytaire, avec une grande quantité d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien. La ponction lombaire n'est pas seulement un moyen de diagnostic, dans ces cas-là, mais

elle constitue un procédé thérapeutique. Elle améliore souvent l'hydrocéphalie.

L'enfant est nettement spécifique. Il présente la réaction de Wasserman positive. L'augmentation de volume du crâne a été notée à l'âge de cinq mois.

L'idée que l'hydrocéphalie peut être d'origine syphilitique n'est pas encore bien répandue. Il n'est pas douteux cependant qu'elle soit dans certains cas liée à la syphilis héréditaire.

Un enfant né d'une mère en pleine période secondaire, ayant fait auparavant une fausse-couche, a présenté quelques jours après sa naissance une éruption de pomphigus sur le talon gauche, puis une éruption tuberculo-croûteuse sur les membres et la face. A 8 mois, il a eu une paralysie infantile, sans intervention d'aucune maladie infectieuse dont elle puisse être considérée comme un reliquat.

Ceci n'est pas un cas isolé. Il y a un assez grand nombre d'hérédo-syphilitiques ayant de la paralysie infantile, pour qu'on doive songer à autre chose qu'à une coïncidence, quoique, dans la majorité des cas, la paralysie infantile soit due à d'autres maladies qu'à la syphilis. Il s'agit probablement ici d'une artérite syphilitique des cornes grises.

## Pédiatrie

### LES TROUBLES DIGESTIFS DANS LE RACHITISME.

Maufan, dans une étude approfondie du sujet (Presse Méd.) indique la façon dont il comprend la relation entre le rachitisme et les troubles digestifs qui sont si fréquents dans cette affection.

Il établit tout d'abord qu'il y a des cas de rachitisme dans lesquels les troubles digestifs font entièrement défaut; mais ces cas sont exceptionnels. Presque toujours on trouve des troubles digestifs existant dans le rachitisme, et, quand on analyse les observations, on constate que ces troubles se divisent en deux groupes:

1<sup>o</sup> Les troubles digestifs qui précèdent l'apparition des déformations osseuses;

2<sup>o</sup> La dyspepsie du rachitisme confirmé.

Les troubles digestifs qui précèdent le rachitisme peuvent revêtir deux formes. La plus fréquente est celle de la *gastro-entérite catarrhale à rechute*.

Celle-ci date parfois des premiers jours de la vie. Le premier symptôme par lequel elle se manifeste est une diarrhée dont les caractères sont les suivants. Les selles sont nombreuses; il y en a au moins cinq ou six en vingt-quatre heures; elles sont liquides et un peu grumuleuses, vertes ou jaunâtres; elles renferment souvent du mucus liquide et transparent, un peu gélatiniforme. Cette diarrhée peut s'accompagner de vomissements et d'odeur butyrique de Phalène. Avec ces troubles s'observent souvent un léger