

La syphilis congénitale à l'Hôpital Sainte-Justine au siècle dernier

Jean Milot

DANS LA PREMIÈRE MOITIÉ du siècle dernier, la syphilis représentait un véritable problème et était identifiée comme maladie vénérienne. Les travaux du D^r Frank E. Cormia (1905-1968), dermatologue à l'Hôpital Royal Victoria de Montréal, montraient qu'en 1940 approximativement 5 % de la population canadienne était infectée par la syphilis¹. À Montréal, ce chiffre s'élevait même aux environs de 10 %². « À la Maternité de l'Hôpital de la Miséricorde de Montréal, nous avons sous traitement [de la syphilis] une moyenne de 6 % des filles mères hospitalisées³. » Tels sont les propos tenus en 1926 par le D^r Stephen Langevin, professeur d'obstétrique à l'Université de Montréal.

Pourquoi ne pouvons-nous pas aborder l'histoire de l'Hôpital Sainte-Justine sans parler de la syphilis ? Comment avoir la certitude que la syphilis existait véritablement dans les murs de l'Hôpital Sainte-Justine depuis probablement son ouverture ? L'incidence des kératites interstitielles, minutieusement enregistrée dans les rapports annuels de l'Hôpital Sainte-Justine, confirme la fréquence de cette affection durant la première moitié du siècle dernier. On en comptait 87 cas entre 1915 et 1951. Mais que vient faire cette kératite interstitielle dans le tableau de la syphilis ? Il faut comprendre que : « presque toutes les kératites interstitielles sont une manifestation de la syphilis ; elles constituent même un des signes les plus précis et les plus sûrs de l'infection syphilitique héréditaire⁴. »

Dès sa sortie de l'université en 1963 jusqu'à sa retraite en 2003, le D^r Jean Milot a exercé à titre d'ophtalmologiste pédiatrique à l'Hôpital Sainte-Justine, à Montréal. Il a aussi enseigné à l'Université de Montréal, qui lui a attribué le titre de professeur émérite au moment de sa retraite.



Photo 1. Kératite interstitielle.
Source : Tassman IS. The eye manifestations of internal diseases. Saint-Louis : The C.V. Mosby ; 1942

ditaire⁴. » Il y a, de fait, d'autres causes de kératites interstitielles diffuses, comme la tuberculose, la malaria et la lèpre, mais ces kératites sont rarement bilatérales et elles ne surviennent pas dans l'enfance. Il n'y a donc à peu près pas de méprise possible. Cette forme de kératite correspond véritablement au syndrome de la syphilis congénitale. Le D^r Jean Mignault (1891-1954), chef du Département d'ophtalmologie de l'Hôpital Sainte-Justine, l'exprimera

en 1939 d'une façon claire et sans équivoque dans une publication admirablement bien documentée sur le sujet dans les *Annales Médico-Chirurgicales de l'Hôpital Sainte-Justine* : « On ne l'ignore pas, la cause la plus fréquente en est la syphilis⁵. »

La kératite syphilitique

Quelle est donc la nature de la kératite interstitielle syphilitique ? On savait déjà depuis 1905 qu'elle était causée par un spirochète, soit *Treponema pallidum*, grâce aux travaux de Fritz Richard Schaudinn et d'Erich Hoffman, deux bactériologistes et parasitologues allemands. Cliniquement, cette kératite est essentiellement caractérisée par une infiltration leucocytaire. Elle se manifeste au début par des bulles et des vésicules, suivies d'un envahissement vasculaire progressif des couches profondes de la cornée. L'œil deviendra très rouge comme une cerise mûre. Un secteur de la région périphérique commencera à paraître opalescent, puis le voile s'étendra jusqu'au centre. Finalement, la cornée tout entière deviendra nébuleuse comme de la porcelaine, mais l'épithélium demeurera intact (photo 1). Une diminution considérable et progressive de la vision, pouvant aller jusqu'à la cécité, sera particulièrement dramatique chez les enfants ou les adolescents. Les deux yeux seront

habituellement touchés, mais pas simultanément, et l'atteinte du second œil apparaîtra souvent lorsque le premier œil sera encore enflammé ou à peine guéri. Après des semaines ou des mois pendant lesquels l'enfant se plaindra de photophobie vive et intense, de douleurs périorbitaires et de larmoiement, l'inflammation finira par s'atténuer. C'est la période de résorption avant la période de latence. La cornée s'éclaircira et les opacités iront même jusqu'à disparaître complètement sans laisser de séquelles. Le malade retrouvera souvent la vision. Cette kératite interstitielle, manifestation oculaire la plus fréquente de la syphilis congénitale, apparaît généralement entre l'âge de 3 ans et la puberté.

« *Quel est l'aspect de ces enfants ? Ils ont un teint blafard, un air sénile, la peau du visage couverte de petites rides. Les commissures des lèvres présentent de petites cicatrices rayonnées. La peau du visage est donc tirée, le nez pincé et la boîte crânienne déformée. La dentition est mauvaise et les incisives, principalement les incisives inférieures, présentent à leur bord libre de petites encoches semi-lunaires⁵.* » Il s'agit donc, en grande partie, des stigmates de la syphilis congénitale, autrefois appelés « lues », tels que décrits dans la triade classique d'Hutchinson : la kératite interstitielle, la surdité et les lésions typiques des incisives (photo 2). Depuis la description qu'en a faite Sir Jonathan Hutchinson (1828-1913) en 1858, on sait que neuf dixièmes des patients sont des « hérédosyphilitiques » avérés, c'est-à-dire qu'un des deux parents avait la syphilis. Déjà au quinzième siècle, le médecin et chirurgien italien Antonio Benivieni (1443-1502) avait observé que l'infection pouvait se transmettre de la mère au fœtus⁶. L'infection transplacentaire pendant la vie utérine apparaît notamment après le premier trimestre durant la période de latence de l'infection maternelle acquise.

« *Les parents ne nous amènent presque jamais ces enfants au début de leur maladie. Ils attendront pour venir que l'enfant soit pratiquement aveugle. À vrai dire, l'état de ces enfants à leur première visite est pitoyable ; ils ne peuvent plus se conduire seuls. Cet état est dû à une photophobie intense et à l'état d'opacifica-*



Photo 2. Incisives.

Source : Tassman IS. *The eye manifestations of internal diseases.* Saint-Louis : The C.V. Mosby ; 1942

tion complète de leur cornée⁵. » Hélas, n'est-il pas triste et déplorable de réaliser que pendant de longues années, on a voulu se fermer les yeux et ne pas admettre que la prostitution favorisait l'extension de la maladie. Le D^r Langevin s'exclamera de la sorte en 1929 : « *Pourvu que le médecin et la population sachent que la syphilis est contagieuse et que son agent de contagion se trouve en abondance chez tout syphilitique [...]* Notre population trop confiante

et ignorante, doit-elle ignorer ces faits³ ? »

Au début du siècle dernier, l'habitude de renfermer les patients dans une chambre obscure n'était heureusement plus recommandée depuis longtemps. Au contraire, on croyait qu'ils devaient être encouragés à sortir à l'extérieur de la maison, à l'ombre, en portant des verres teintés. Malgré tout, les coutumes populaires et traditionnelles de soins aux malades tenaient bon, et l'on suggérait encore, en 1939, « *des bains chauds, de la chaleur électrique, l'application de sangsues sur les tempes, des toniques, de l'air frais, de la bonne nourriture, du soleil, un changement d'air, etc.⁷* », sans parler : « *de compresses d'ouate hydrophile imbibée d'eau chaude⁸.* »

Le mercure, l'arsenic et le bismuth

Qu'en était-il du traitement médical de la syphilis congénitale au début du siècle dernier ? Depuis le seizième siècle, le traitement séculaire de la syphilis était l'usage de mercure. Il en était encore ainsi au Canada en 1896, soit peu de temps avant la fondation de l'Hôpital Sainte-Justine⁹. Cependant, il est intéressant de noter que le D^r Frank Buller (1844-1905), éminent professeur d'ophtalmologie à l'Université McGill en 1901, ne croyait pas que le mercure devait être considéré comme un médicament antisiphilitique fiable et ne le recommandait donc pas¹⁰. Controverses et polémiques persistent. Cette opinion du D^r Buller n'était pas tout à fait partagée à cette période puisqu'on lira toujours quelques années plus tard dans deux revues médicales montréalaises, *Le Journal de Médecine et de Chirurgie* et *le Montréal-Médical*, que la thérapeutique mercurielle devait être tentée dans la plupart des cas de kératite interstitielle^{11,12}.

Un nom à retenir : Paul Ehrlich (1854-1915), biochimiste allemand qui, grâce à ses travaux, préconisait l'emploi de l'arsenic sous le nom de Salvarsan et le combinait avec les traitements habituels au mercure. Nous sommes en 1916 et c'est le traitement de l'heure, qui est fortement recommandé par le chef du département du Montreal General Hospital, le D^r Samuel Hanford McKee¹³ (1875-1942), et dans un article du journal médical canadien *La Clinique*¹⁴. Malgré tout, en 1938, les recommandations médicales des grandes autorités pédiatriques françaises mentionnaient que : « *Le cyanure de mercure dont l'action élective sur les lésions oculaires est bien connue, nous paraît être le médicament de choix de la kératite interstitielle due à la syphilis congénitale. [...] Nous avons toujours fait suivre le traitement mercuriel d'une cure arsenicale ou bismuthique intensive*¹⁵ ». Également, le traitement topique se résumait à l'usage de la pommade : « *à l'oxyde jaune de mercure [...] appliquée dans les yeux*¹⁶, » alors que le D^r Mignault, lui, préférait les : « *instillations d'atropine [et des] pommades antiseptiques à l'iodoforme*⁵. »

Citons les propos tenus en 1942 par le D^r Albéric Marin (1893-1960), ancien président de l'Association canadienne de dermatologie et syphilologiste attaché à la clinique de dermatologie et de syphilologie de l'Hôpital Notre-Dame : « *L'efficacité thérapeutique du bismuth est moindre que celle obtenue avec les arsenicaux mais de beaucoup supérieure au mercure [...] et présente une incidence moindre d'accidents*¹⁷ ». Néanmoins, l'administration par injections simultanées d'arsenicaux et de bismuth demeurait toujours à la mode dans le traitement chez les enfants, de sorte que l'Hôpital Sainte-Justine avait abandonné le traitement au mercure pour s'en tenir : « *[en injections] aux arsenicaux et aux sels de bismuth*⁵. »

Les découvertes ultérieures, les plus utiles et les plus spectaculaires, furent les sulfamides et la pénicilline. Les sulfamides firent leur apparition en 1935. Même si la pénicilline fut découverte en 1929 par Sir Alexander Fleming (1881-1955), elle ne fut accessible mondialement qu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale. On ne devrait pas s'étonner de constater que nos prédécesseurs du siècle dernier se trouvèrent, encore une fois, devant différentes opinions sur le meilleur et ultime traitement à offrir. Enfin, pour lutter contre la syphilis, la pénicilline, tellement plus efficace que les sels de mercure, d'arsenic et de bismuth, pouvait se substituer avantageusement à tous les trai-

tements utilisés jusque-là, y compris les sulfamides, sans présenter les dangers de ces derniers¹⁸⁻²⁰. Il ne sera donc pas étonnant de signaler que 1948 et 1951 seront les deux dernières années où des enfants souffrant de kératite interstitielle syphilitique auront été signalés à l'Hôpital Sainte-Justine. 📖

Date de réception : 25 mars 2007

Date d'acceptation : 19 avril 2007

Bibliographie

1. Cormia FE. Syphilis as a Canadian Problem. *CMAJ* 1940; 42 (5) : 476-80.
2. Cormia FE. The Direct Cost of Syphilis to The City of Montreal. *CMAJ* 1940; 43 (3) : 278-82.
3. Langevin S. *L'influence de la syphilis sur la gestation*. Rapports et travaux. Neuvième Congrès de l'Association des Médecins de langue française. Montréal : Imprimerie Librairie Beauchemin Limitée; 1926. 546-55.
4. Poulard A. *Traité d'ophtalmologie. Tome I*. Paris : Masson et Cie, Éditeurs; 1923. p. 242.
5. Mignault J. Kératite interstitielle. *Les Annales Médico-Chirurgicales de l'Hôpital Sainte-Justine* 1939; Tome 3 (2) : 216-8.
6. Margotta R. *An Illustrated History of Medicine*. Londres : The Hamlyn Publishing Group; 1996. p. 81.
7. Duke-Elder Sir WS. *Text-Book of Ophthalmology*. Londres : Henry Kimpton; 1939. p. 1977.
8. Baillart P, Coutela CH, Redslob E et coll. *Traité d'ophtalmologie. Tome IV*. Paris : Masson et Cie, Éditeurs; 1939. p. 761.
9. Burnham GH. Treatment of Syphilitic Affections of the Eye by Mercury, Potassium Iodide, and Pilocarpine Combined. *The Canadian Practitioner* 1896; XXI : 397-9.
10. Buller F. Syphilis as Seen by the Ophthalmic Surgeon 1901; *Dominion Medical Monthly* XVII (3) : 149-50.
11. Société de Pédiatrie. La syphilis héréditaire. *Le Journal de Médecine et de Chirurgie* 1908; III (3) : 53.
12. Injections contre la Syphilis Oculaire. *Montréal-Médical* 1907; VII (8) : 759.
13. McKee SH, Courtenay HD. Some Cases of Syphilis of the Eye Following Treatment by Salvarsan. *CMAJ* 1916; VI (11) : 996.
14. Le Salvarsan en Oculistique. *La Clinique* 1911; II (8) : 280.
15. Lesné E, Ronget D. Remarques sur le traitement de la kératite interstitielle au cours de la syphilis congénitale. *Archives de Médecine des Enfants* 1938; Tome 41 (1) : 11-6.
16. Atkinson DT. *External Diseases of the Eye*. Philadelphie : Lea & Febiger; 1937. pp. 430-1.
17. Marin A. The Treatment of Early Syphilis. *CMAJ* 1942; 46 (4) : 334-42.
18. MacKenzie DJ, Wrong NM. Some aspects of Penicillin Therapy in Early Syphilis. *CMAJ* 1946; 54 : 443-5.
19. Venereal Disease Campaign. The Present Status of Penicillin in Syphilis Treatment. *CMAJ* 1946; 55 (2) : 163-4.
20. News and Notes. Penicillin in Treatment of Syphilis. *CMAJ* 1954; 71 (5) : 518-9.