

méthodes, la thérapeutique n'est pas essentiellement différente de ce qu'elle était à la fin du xv^e et au commencement du xvi^e siècle. A cette époque, on ne connaissait que la cure par les frictions au moyen de l'onguent mercuriel. Malgré l'emploi du mercure, on voyait survenir de graves récidives qui résistaient aussi aux traitements spécifiques répétés. Dans les trente premières années du xvi^e siècle, on importa en outre des Indes Occidentales les décoctions de bois sudorifiques qui guérissaient rapidement, disait-on, les formes anciennes de la syphilis : il devint donc facile aux adversaires du mercure de faire prédominer l'opinion que les récidives n'étaient pas le fait de la syphilis, mais étaient dues à l'action du mercure; aussi ce médicament tomba-t-il en discrédit comme anti-syphilitique.

Mais les boissons sudorifiques ne donnèrent pas de meilleur résultat que le mercure. Après leur emploi, on vit aussi des récidives et c'est ainsi que, trente ans à peine après, le mercure revint encore une fois au premier rang parmi les antisiphilitiques sur lesquels on peut compter, et jusqu'à ce jour il l'est resté. La seule acquisition réelle que le traitement de la syphilis ait faite dans ces derniers temps, depuis la première moitié du xvi^e siècle, est l'iode qui a été introduit dans la thérapeutique durant les cinquante dernières années de notre siècle; puis, abstraction faite de l'administration interne du mercure, on a eu recours à des modes d'emploi de ce dernier remède, plus efficaces à un double point de vue : le premier est représenté par la cure de frictions, plus rationnelle en ce sens qu'elle évite les troubles hygiéniques accessoires, et le second consiste dans l'introduction sous-cutanée du mercure, méthode que l'on doit à Lewin.

Il n'y a aucun intérêt en l'état actuel, pour la tâche que nous nous proposons, de mentionner sans nous y arrêter l'école dite physiologique de Broussais, du commencement de ce siècle, qui indiquait le « laisser-aller » comme la meilleure méthode de traitement de la syphilis; il est tout aussi inutile de discuter la doctrine erronée que soutiennent à peine encore quelques auteurs, qui, comme à l'époque de Hutten, voient dans les formes tardives de la syphilis des « maladies mercurielles ».

Mais il est peut-être opportun, en présence des doutes manifestés à plusieurs reprises, par exemple par v. Bärensprung, sur la curabilité de la syphilis, d'insister de la manière la plus énergique sur ce point, que nous considérons la syphilis comme une maladie curable; et même parmi les différentes affections constitutionnelles infectieuses, comme une de celles que l'on peut le mieux guérir, puisque nous avons à notre disposition des remèdes et des méthodes, qui peuvent non seulement modifier les lésions locales, celles des tissus et des systèmes, mais encore

influencer directement et de la manière la plus efficace la maladie générale du sang, la faire disparaître et guérir ainsi l'individu (1).

Si le médecin praticien, guidé par des connaissances pathologiques solides, sait varier le traitement de la syphilis, en tenant compte de la période, de la préparation médicamenteuse et de la méthode d'application, avec la conscience du but à atteindre et avec l'énergie nécessaire, il lui est possible d'empêcher ou d'écarter beaucoup de malheurs individuels et sociaux. Or, comme le traitement de la syphilis est si certain, si plein de promesses, et en même temps pour l'individu et pour l'hygiène sociale si indispensable, il semble très désirable que tous les médecins praticiens, et non pas seulement ceux qui sont voués au traitement spécial de cette maladie, acquièrent des connaissances suffisantes et se forment une opinion personnelle au sujet de la valeur

(1) Ici encore, il y a lieu d'assourdir un peu cette déclaration et ces promesses. Il est vrai que, pour un certain nombre de sujets, pour la majorité si l'on veut, la syphilis « guérit » en ce sens qu'après une période d'activité plus ou moins accentuée, tout paraît rentrer dans l'ordre; la santé est florissante, la résistance vitale intacte, les enfants procréés sont sains, l'existence suit son cours sans qu'il se manifeste rien. Tout cela, chose à ne pas négliger d'indiquer, *non pas seulement* chez les sujets traités avec suite et activité, mais encore chez beaucoup d'individus qui n'ont subi qu'une médication courte et éphémère. Comptez le nombre des sujets qui se présentent, dans une année entière, aux consultations de nos hôpitaux, atteints de la sclérose initiale, et qui y reparaissent pendant les premiers mois; additionnez, d'autre part, les unités qui, dans le même espace de temps, viennent aux mêmes consultations pour des accidents secundo-tertiaires ou tertiaires, et qui, si la maladie persistait chez la majorité, devraient s'additionner chaque année, et vous serez étonné du nombre *relativement* grand de sujets chez lesquels la syphilis s'éteint *spontanément*. Donc, dans un nombre de cas que l'on ne pourrait chiffrer sévèrement, mais qui est vraiment considérable, la syphilis guérit; les syphilitiques ne semblent pas contaminer les femmes qu'ils fécondent, et procréent des enfants qui paraissent sains; particulièrement quand une médication judicieuse et énergique est intervenue, mais aussi, dans un bon nombre de cas (ainsi que cela a lieu pour la majorité des patients qui viennent aux hôpitaux) où il n'a été fait qu'une médication exactement limitée à la durée des accidents initiaux.

Mais il importe, d'autre part, de ne pas oublier qu'un certain nombre de malades, en dépit des traitements les mieux ordonnés et les plus persévérants, d'une hygiène appropriée, etc., ont d'incessantes récidives. Ces retours offensifs paraissent être, il est vrai, plus fréquents quand le traitement a été moins parfaitement suivi, les lois de l'hygiène méconnues, le malade débile ou dans de mauvaises conditions de santé; affaibli, mal nourri, adonné à l'alcool, surmené, etc.

des expériences et des théories concernant le traitement de la syphilis.

Certaines questions de principe jouent ici un rôle décisif, car c'est selon la manière dont on les résout qu'on posera et dirigera l'intervention médicale et pratique. Il est essentiel d'expliquer ici brièvement les plus importantes de ces questions.

1° Est-il possible, à l'aide d'un traitement déterminé des formes initiales, d'empêcher l'infection générale; en d'autres termes, existe-t-il une méthode de couper la syphilis?

Pour la solution de cette question, il est indifférent que l'on se place, comme je le fais moi-même, au point de vue unitéiste et que l'on ait la conviction que toute espèce de lésion primaire, chancre mou ou chancre dur, érosion, sclérose ou papule peut, comme produit de la contagion directe, être le point de départ et devenir la source de l'infection générale, ou que, comme les dualistes, on n'attribue ce rôle qu'à la sclérose typique. Il importe seulement de se mettre en garde contre l'opinion jadis professée par v. Bärensprung, que la sclérose est une manifestation de l'empoisonnement général déjà réalisé, de la syphilis constitutionnelle complète. Car avec cela le terrain manquerait *a priori* pour la méthode de l'excision. Si l'on part de cette donnée, très probablement la seule vraie, que le virus spécifique reste au point de la lésion primitive un certain temps, qu'il n'est du reste pas possible de préciser, et qui vraisemblablement n'est pas toujours le même, et que ce virus n'est absorbé que pour être porté dans les courants sanguin et lymphatique, puis dans les tissus: théoriquement, il en ressort tout naturellement ce précepte qu'il faut empêcher cette résorption et par là l'infection générale, mettre obstacle dès le début à la syphilis constitutionnelle, la couper (1).

(1) Deux points sont à relever dans ce passage où l'auteur donne, du haut de sa chaire magistrale, un enseignement que nous considérons comme n'étant pas conforme à la réalité des faits: 1° La déclaration de l'identité de tous les chancres, *l'unitéisme*; 2° la doctrine de *l'arrêt du virus syphilitique au point d'insertion*, dans laquelle le chancre n'est pas considéré comme la première manifestation de l'infection syphilitique réalisée, mais seulement comme un accident local.

1° *Unitéisme et dualisme*. — Le lecteur n'attend pas que nous nous attardions à discuter des choses jugées; il y a longtemps que RICORD, avec quelques réserves, BASSEREAU franchement, et surtout l'École de Lyon, DIDAY, ROLLET, ont fait complète justice de la théorie de l'identité, que le professeur KAPOSI a reprise pour son compte dans son *Traité de la Syphilis* (1884), et qu'il poursuit encore aujourd'hui, lui seul.

Si quelques chancres simples s'indurent accidentellement, et si quelques chancres syphilitiques ne sont pas durs; si les deux lésions

En réalité, la médecine pratique n'a jamais renoncé à s'acquitter de cette tâche et à considérer les tentatives de couper la syphilis comme une partie importante de la thérapie.

Il y a pour atteindre ce but théoriquement et pratiquement trois moyens différents.

1° La destruction du virus au lieu et place de son introduction, donc dans et avec la lésion primaire. On peut y parvenir de deux manières. Par une cautérisation énergique qui détruit le tissu et neutralise le virus qui végète là localement. Déjà Ricord a appliqué cette méthode, mais il n'en attendait pas de grands résultats.

2° Par l'excision de la lésion primaire, de la sclérose.

Cette deuxième méthode a été pratiquée durant ces dernières années dans beaucoup de cas et par bon nombre de médecins et a été le sujet de fréquentes discussions. Les résultats ne sont, en apparence, satisfaisants que pour une très minime proportion des cas, et, pour la plus grande partie, négatifs.

Quant à ce qu'il faut penser des prétendus résultats positifs obtenus par la cautérisation ou l'excision (traitement préventif), il y a lieu de faire les remarques suivantes:

L'absence de la syphilis après la cautérisation ou l'excision de l'affection primaire ne peut pas être considérée en elle-même comme un résultat positif, puisque en premier lieu toute sclérose n'est pas néces-

peuvent coexister; si la morphologie des chancres est souvent atypique; ces difficultés *particulières* ne changent rien à ce fait *général* qu'il existe DEUX CHANCRES, absolument distincts, non pas seulement par l'ensemble de leurs caractères objectifs, mais encore par la durée de l'incubation, l'adénopathie, la ré-inoculabilité, les accidents ultérieurs, etc.

2° *Internement du virus syphilitique dans le chancre*. — L'auteur déclare que si l'on admettait que le chancre syphilitique induré est déjà la preuve que l'infection syphilitique est faite, « le terrain manquerait, *a priori*, pour la méthode de l'excision. » Cette considération n'est pas philosophique, car, de deux choses l'une, le fait existe ou non; si il existe, aucune des conséquences qu'il entraîne ne saurait faire qu'il n'existe pas.

Or, malheureusement, il existe; l'incubation du chancre syphilitique, la rapidité de la diffusion au système lymphatique, l'insuccès des excisions chancreuses les plus larges et les plus précoces, la non ré-inoculabilité, et bien d'autres choses encore, l'établissent surabondamment. Ajoutons seulement que cette question reste *disjointe* de celle du traitement « *préventif* » des accidents syphilitiques à l'aide du mercure, seul argument sur lequel compte la doctrine unitéiste, représentée par l'auteur, et dont nous nous occuperons un peu plus loin.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

sairement suivie de syphilis (Boeck et moi-même avons cité des cas de ce genre) et parce que, en second lieu, il dépend uniquement du jugement subjectif du médecin qui opère à ce moment d'apprécier si la lésion primaire dont il s'agit représente bien une lésion indiquant la syphilis, une sclérose typique. Mais combien n'y a-t-il pas de lésions primaires qui n'ont rien de scléreux et qui cependant sont suivies de syphilis.

Il reste donc encore à mettre dans la balance les chiffres de la statistique.

Mais on a démontré jusqu'à présent qu'il faut réduire les chiffres dans une proportion qui est de plus en plus considérable à mesure que le temps de l'observation après l'opération est plus prolongé.

En outre, nous manquons de toute base sérieuse pour fixer un terme où théoriquement il serait permis d'admettre que l'extinction ou l'élimination locale du virus serait complète.

Sigmund a vu une sclérose appréciable dès le troisième jour. On ignore si l'absorption ne peut pas avoir lieu bien plus tôt.

D'autre part, la constitution de la sclérose présente souvent des variations que l'on peut observer dans bon nombre de cas jusqu'à la troisième semaine, ce qui tendrait à prouver que peut-être le virus reste souvent localisé pendant un laps de temps assez long.

L'absence d'engorgement distinct des ganglions voisins est un critérium négatif, attendu qu'on peut admettre l'absorption sans qu'il y ait engorgement; mais la présence de l'adénite n'est pas non plus un caractère positif, puisque toute lésion, et notamment la suppuration, peut la produire (1).

La constatation d'un bacille découvert par notre assistant clinique, le Dr Lustgarten, pourrait être un critérium certain pour caractériser spécifiquement une lésion primaire et par suite aussi ses conséquences pratiques, si le rapport de ce bacille à la syphilis était déjà solidement établi à tous les points de vue. En tout cas, il paraît indispensable de continuer encore les recherches en ce qui concerne le bacille de Lustgarten. Il est vrai que depuis la constatation de bacilles dans le smegma du prépuce par Alvarez et Tavel, la coloration caractéristique indiquée primitivement par Lustgarten de son bacille de la syphilis a perdu de son importance, de même que d'ailleurs le rapport d'autres bacilles avec la matière colorante a perdu la valeur d'une caractéristique;

(1) L'argumentation de l'auteur ne saurait être acceptée; les faits atypiques et les exceptions ne changent rien à la règle générale; l'adénopathie satellite du chancre syphilitique est une des mieux différenciées et des plus sûrement établies; il n'y a vraiment pas lieu de l'établir à nouveau.
E. B. — A. D.

cependant il faut retenir le fait et considérer comme essentiel que Lustgarten a reconnu ces bacilles à l'intérieur des cellules, qu'ils ont été vus d'une manière certaine par moi et d'autres auteurs précisément dans les tissus d'origine syphilitique: scléroses, nodosités gommeuses, papules du tronc, etc., récentes, non ulcérées, excisées sur une peau intacte.

Pratiquement, l'excision est liée à certaines conditions d'anatomie topographique favorables. Par exemple sur le limbe du prépuce, on peut la faire complète; sur le gland et dans le sillon coronaire, il n'en serait pas de même.

Malgré cela, les remèdes et les méthodes pour le traitement proprement dit du chancre, en tant que traitement de l'ulcère, présentent-ils tout à fait la même valeur ou sont-ils indifférents par rapport aux suites, c'est-à-dire à la préservation de la syphilis?

On sait que certains auteurs emploient volontiers, en vue du traitement local, des préparations de mercure, d'iode et d'iodoforme. Le font-ils en vue d'obtenir seulement un bon effet curatif local, ou avec une sorte d'intention inconsciente d'atténuer ou de prévenir les suites? Expliquer cela nous conduirait trop loin.

Mais je crois pouvoir insister sur ce fait que l'emplâtre hydrargyrique agit incontestablement d'une manière favorable sur la régression de la sclérose; — il tarit la source de l'infection, et même, comme il me l'a souvent semblé, il empêche la formation de la sclérose.

Le second moyen qu'on a proposé et qui a été, dit-on, employé pour couper l'infection générale consiste à lier ou à enlever les vaisseaux lymphatiques. Puisque on est forcé d'admettre que c'est dans la première zone qu'a lieu l'absorption du virus syphilitique par les vaisseaux lymphatiques et son accumulation dans les ganglions, on n'aurait (dans les affections du pénis) qu'à sectionner — à exciser — le vaisseau lymphatique dorsal, et si on voulait faire plus, il faudrait extirper aussi les ganglions.

Cette conception est bien un peu naïve. Que l'on examine donc un pénis dont les vaisseaux lymphatiques sous-cutanés sont injectés, et on remarquera que cet organe tout entier se trouve dans un réseau de vaisseaux lymphatiques. Quel vaisseau faudrait-il donc sectionner? Et les ganglions? Lesquels extirper et combien de ceux qu'on peut trouver, sans compter ceux qui échappent aux recherches? Et si de telles opérations on tire des conclusions relativement aux prétendus résultats, il y a assurément peu de chose à dire sur leur valeur.

On peut en dire autant de l'efficacité de la méthode de Lipp et d'autres auteurs, qui consiste à injecter des préparations de mercure, l'iode, etc., dans les premiers ganglions lymphatiques (pour le chancre génital, les

ganglions inguinaux) ainsi que dans le tissu ambiant, afin de détruire le virus dans les points où il s'absorbe (1).

Comme troisième moyen pour empêcher l'infection générale, il faut citer le traitement général préventif.

Si les moyens d'éteindre ou d'éliminer le virus syphilitique au point d'inoculation et d'établir à sa pénétration un obstacle mécanique dans les voies de résorption sont à ce point précaires, n'y aurait-il pas lieu de recourir de bonne heure à une médication générale et de chercher ainsi à

(1) Si l'on veut bien considérer que, dans un certain nombre de faits, petit, mais positif, la sclérose initiale *n'est pas* suivie d'accidents apparents d'infection générale, et que toutes les tentatives faites pour la stériliser sur place, aussi bien que son éradication, aboutissent à des résultats négatifs dans l'immense majorité des cas, on cherchera dans d'autres voies.

Sur tous les points où pénètre le virus syphilitique, il trouve le réseau lymphatique ouvert largement pour sa *diffusion immédiate*; sur le pénis en particulier, il rencontre un réseau serré de vaisseaux lymphatiques, *sans barrière, et sans limite* avant l'arrêt momentané dans le ganglion superficiel, lequel devient bientôt un centre actif de multiplication et de propagation, également illimité et sans barrière, à l'aide des anastomoses avec le système profond.

Cela dit, nous ne nous croirions pas autorisés à refuser la destruction, ou l'éradication de la lésion initiale de la syphilis, dans les cas où son étendue, et son siège, en rendraient l'exécution facile et inoffensive, à un sujet qui, éclairé sur la somme de probabilités qui existent en sa faveur, la réclamerait positivement.

Nous serions également disposés à tenter une destruction locale immédiate, ou une éradication, dans le cas où une *plaie préalable* viendrait d'être accidentellement, ou dans un contact vénérien, contaminée certainement par le virus syphilitique; il y a quelques circonstances dans laquelle cette indication pourrait réellement se présenter. Mais, même dans les cas où l'application de l'agent destructeur, ou l'éradication, pourraient être faites sans opération importante ni mutilation, nous conserverions bien peu d'espoir d'arriver à *temps* pour mettre un obstacle réel; la conduite à tenir en pareil cas serait exactement la même que celle qui est la règle à l'égard d'une plaie contaminée par le virus rabique; la chance de succès également problématique.

Dans la syphilis, l'éradication de la sclérose initiale arrivera communément trop tard; la piste suivie dans cette direction avec tant d'ardeur par les expérimentateurs est trompeuse — Voy. plus loin, le texte courant et les *notes des traducteurs* sur le *chancre syphilitique*.

Le succès est plus probable dans la voie qui a mené Pasteur et Koch à leurs grandes découvertes dans la rage et dans la tuberculose; la syphilis, il est vrai, n'a ni microbe connu, ni animal réactif; il faut, dans ce cas, expérimenter *empiriquement*, et par analogie, en prenant sur l'homme, le chancre, ou les diverses lésions syphilitiques comme terrain d'études.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

détruire dans une certaine mesure le virus dès son entrée dans l'organisme?

En d'autres termes, si une affection primaire, grâce à son caractère clinique, permet cette hypothèse qu'au bout de quatre à six semaines elle sera suivie d'une syphilis générale, ne sera-t-il pas rationnel de commencer immédiatement un traitement général dont l'efficacité est reconnue dans la syphilis déclarée?

Déclarons toutefois qu'il serait rationnel de faire ainsi, et, comme les partisans de cette opinion le disent, ce serait même humain, car il paraît absolument irrationnel de laisser une maladie se développer dans toute son intensité pour ensuite la guérir, et inhumain de laisser le malade marcher tranquillement au-devant de la syphilis.

Mais bien que théoriquement j'approuve le traitement général préventif, je dois cependant déclarer qu'il n'est pas pratique et par conséquent le déconseiller. En effet, toutes les fois que j'ai été porté par la logique ou par les circonstances extérieures à prescrire le traitement général avant l'apparition de l'exanthème, dans la pensée d'agir d'une manière préventive, je l'ai regretté. Les cliniciens très expérimentés, Hebra, Sigmund et Zeissl, ont déconseillé la cure préventive en s'appuyant sur les mêmes désillusions. L'expérience enseigne notamment que cette thérapeutique précoce n'empêche pas l'apparition des phénomènes généraux, qu'elle ne fait que les ajourner; qu'ils se présentent tout de même, non pas dans leur mode typique d'évolution, mais en désordre (*unordentlich*), et que le plus souvent on voit apparaître non plus exclusivement des formes exanthématiques légères, mais en même temps, par conséquent de très bonne heure, des symptômes graves, par exemple des lésions du périoste. On a donc ainsi allongé la période toute entière de la maladie, de plus on a provoqué une aggravation des lésions et on a perdu complètement le bénéfice de la première cure, puisqu'on est obligé de recommencer le traitement par suite du retard d'invasion des symptômes.

Il est donc selon moi, inutile, il est même nuisible pour le malade, et déconcertant pour le médecin c'est-à-dire eu égard à l'observation objective, de faire le traitement général avant que la syphilis se soit caractérisée d'une manière évidente. Je conseille même de ne commencer la cure que lorsque l'exanthème s'est complètement développé et non dès le premier indice de roséole (1).

(1) A quel moment doit-on commencer le traitement mercuriel?

Faut-il abandonner, d'abord, la maladie à elle-même, et se borner aux moyens hygiéniques et diététiques, aux reconstituants, jusqu'à l'ap-

Suite de la note des Traducteurs.

parition des accidents secondaires, ou bien donner le mercure dès l'apparition du chancre?

Cette question est une de celles sur laquelle on discute depuis le plus longtemps sans que, jusqu'à ce jour, la lumière soit faite; à chaque Congrès, se produisent de nombreux et remarquables travaux, dus aux observateurs les plus autorisés, sur les temps d'opportunité de la médication spécifique, sans qu'on soit encore parvenu à s'entendre sur ce point, dont la solution, au premier abord, paraît cependant des plus simples.

Les uns donnent d'emblée le mercure dès que l'existence de la sclérose chancreuse est seulement soupçonnée; d'autres, aussitôt qu'elle s'accuse par une induration et par la pléiade ganglionnaire; toute une école attend l'apparition des premiers accidents de l'infection générale; les uns regardent l'emploi immédiat du mercure comme superflu, d'autres comme étant nuisible; d'autres enfin ajournent autant que possible le traitement mercuriel, et commencent immédiatement un traitement ioduré.

I. — Pas plus qu'aucun syphiligraphe, nous ne croyons qu'un traitement fait dès le début du chancre infectant puisse assurer, *absolument*, contre les manifestations ultérieures de la syphilis?

Mais nous affirmons que la *mercurialisation* des tissus, quand elle est suffisante, les *stérilise*, et les rend *momentanément* impropres à la germination de l'élément virulent. Ce qui est exact, c'est que le mercure est impuissant à détruire cet élément, et que la mercurialisation *n'est pas une vaccination*. Mais quelque imparfaite qu'elle soit, cette *imprégnation mercurielle*, convenablement réglée, a une action préservatrice indéniable contre le nombre et contre la gravité des manifestations ultérieures de la syphilis; plus les années de pratique nous instruisent, plus nous en avons l'entière conviction.

Dans une statistique portant sur 218 malades atteints de lésions tertiaires, JULLIEN note la proportion suivante: les hydrargyrisés *ab initio* ne représentaient que 21 p. 100, contre 51 p. 100 des hydrargyrisés *a secundariis* et 27 p. 100 de ceux dont la syphilis avait été abandonnée à elle-même. Les syphilitiques mercurialisés *a secundariis* constituent la grande majorité des tertiaires; viennent ensuite, par ordre de fréquence: les syphilitiques abandonnés à la marche naturelle de la maladie, et enfin ceux qui ont pris d'emblée du mercure. On retrouve le même ordre s'il s'agit de marquer l'allure, le degré de rapidité de la vérole. Enfin, il ressort d'un dernier tableau que: la syphilis soumise au mercure dès l'accident primitif est celle qui évolue le plus lentement, vient ensuite la syphilis abandonnée à sa marche naturelle, puis la syphilis mercurialisée seulement à partir des secondaires.

Sur une statistique comprenant 5,636 malades traités dans une période de huit années pour la syphilis à l'hôpital communal de Copenhague, la syphilis tertiaire a semblé, à HASLUND, due dans 86,75 p. 100 des cas à un traitement nul ou insuffisant (10^e Congrès intern. août 1890).

II. — Cependant, l'avis que nous avons exprimé n'est pas celui de

Suite de la note des Traducteurs.

plusieurs syphiligraphes éminents: *le traitement de la première heure* aurait, en outre, d'après quelques auteurs (Kaposi), l'inconvénient de troubler, d'une manière grave, la marche de la syphilis, de la retarder, et par suite, d'empêcher le médecin de se rendre compte de l'état vrai du malade; selon d'autres, il enlèverait au mercure une certaine part de son énergie en raison de l'accoutumance, et dans les cas où des accidents surviennent malgré le traitement, ou encore au moment où on vient de l'interrompre.

Pour d'autres, enfin, le traitement hâtif serait *inutile*, ou même *dangereux*: En 1890, au Congrès international de Berlin, l'illustre doyen des syphiligraphes vivants, DIMAY, s'appuyant sur une statistique comprenant deux groupes de syphilitiques, *tous traités par lui*, les uns avec le mercure, les autres sans mercure, a conclu que « quant à l'intensité de la maladie, et au degré de gravité des récidives apparues après une mercurialisation hâtive, prolongée et soutenue, par comparaison avec des sujets chez qui le mercure, omis au début, avait été donné ultérieurement d'une façon exceptionnelle, temporaire, parcimonieuse, il n'y a aucune différence. » Malgré tout notre respect pour l'autorité légitime de ce savant maître, nous ne pouvons souscrire à cette proposition, qui ne concorde pas avec les résultats de notre observation prolongée; pas plus que nous ne saurions admettre avec Leloir (Congrès de Paris, 1889), qu'un traitement prématuré aggrave parfois la marche ultérieure de la maladie.

III. — Pour qu'un semblable conflit d'opinions puisse se produire, il faut que des conditions inexplicables fassent varier le point de vue auquel se sont placés les différents observateurs. Pour nous, nous répétons que *toutes les fois où la médication mercurielle a été, chez un sujet syphilitique, appliquée le plus près possible du début, sous une surveillance effective, en même temps que toutes les indications émanant de l'état particulier du sujet étaient remplies, nous n'avons jamais observé aucun accident qui lui fut imputable; enfin nos chiffres sur la proportion du tertiariisme sont très voisins de ceux de Haslund.*

Nous n'ajournons l'emploi du mercure chez nos malades que sur contre-indication SPÉCIALE, quand le mercure peut être nuisible gravement dans un état pathologique coexistant; en cas d'intolérance spéciale; ou encore quand le diagnostic est douteux, litigieux; ou bien s'il y avait lieu de faire une preuve médico-légale.

IV. — Le retard de l'éclosion secondaire et du tertiariisme, le trouble apporté à l'ordre physiologique des symptômes, l'absence même de phénomènes spécifiques, à la suite du traitement hâtif, dans le cas de chancres très indurés et d'un diagnostic indubitable — comme on en a cité quelques exemples — ont une signification qu'il ne faut pas méconnaître. Ces faits suffisent à démontrer que le mercure a une action sur la syphilis à l'état latent, ce que quelques auteurs lui refusent tout à

Suite de la note des Traducteurs.

fait, puisqu'ils s'appuient même sur cette donnée pour ne prescrire le traitement spécifique que lorsque la maladie est en action.

V.— Partant de ce même principe, ces mêmes auteurs soutiennent avec énergie que, durant la période secondaire, on doit également réserver le traitement mercuriel aux seules périodes où la syphilis se révélera d'une manière effective. DE WATRASZESWKI, au Congrès international de Berlin en 1890, a reproduit les idées de Diday sur la vielatente ou manifestée du virus syphilitique, lequel à certaines époques, passe d'une de ces formes à l'autre : la syphilis, de latente devient manifeste, et il se présente alors une série d'accidents en même temps que l'organisme « se débarrasse » d'une partie du virus. Les spécifiques seraient impuissants contre la syphilis latente, tandis qu'ils agiraient avec succès contre la syphilis manifestée. Selon le même auteur, administrés dans la période latente, les spécifiques peuvent empêcher le passage d'une période à l'autre, « ce qui serait nuisible pour l'organisme qu'ils mettraient dans l'impossibilité d'éliminer le virus qu'il contient ».

Ainsi donc, selon ces derniers auteurs, le mercure n'agirait utilement que pendant la durée des manifestations de la syphilis soit objectives, soit traduites par des altérations des organes des sens, etc., soit enfin sur la fécondation ; son action, serait nulle durant la période latente de la syphilis ; leur méthode de traitement est opportuniste — *méthode opportuniste*.

VI.— Nous nous séparons absolument de cette doctrine et notre méthode est toute différente. C'est *le plus tôt possible*, c'est-à-dire aussitôt constatée la sclérose initiale, que nous commençons la mercurialisation ; nous nous ferions scrupule d'en ajourner le bénéfice sous un prétexte quelconque.

La cure, une fois commencée, nous la continuons *longtemps*, avec les repos, les suspensions utiles, ou nécessaires, selon les cas particuliers. Nous nous proposons ouvertement, non pas de détruire l'élément syphilitique, mais de stériliser les tissus de l'organisme entier pendant toute la durée de la période virulente, c'est-à-dire pendant deux ou trois années en moyenne.

Si le médecin dirige avec sollicitude la médication, s'il l'approprie dans sa forme, dans son degré, dans son intensité, aux conditions particulières, et aux éventualités intercurrentes, il saura mettre son malade à l'abri de la plupart des accidents de la médication mercurielle, que l'on invoque sans raison, et qui sont, dans la grande majorité des cas, imputables non au médicament, mais au procédé employé, aux doses appliquées, à des conditions extrinsèques telles que une mauvaise hygiène, un régime mal approprié, une diététique défectueuse, etc.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

Fin de la note des Traducteurs sur les temps d'opportunité du traitement mercuriel de la syphilis.

La deuxième question qui doit nous occuper est la suivante :

Quels sont les avantages que les remèdes spécifiques offrent contre la syphilis et contre quelles formes pathologiques ces avantages ont-ils été constatés ? Nous ne pouvons répondre qu'indirectement à cette question importante.

1° Nous établirons sur des bases solides le principe d'après lequel nous mesurons l'efficacité d'un remède ou d'une méthode de traitement ;

2° Nous soumettrons les remèdes et leurs modes d'emploi, examinés en eux-mêmes, à une étude critique.

Il faut estimer un remède (ou une méthode), premièrement d'après la promptitude avec laquelle elle amène la régression et la disparition des phénomènes syphilitiques locaux visibles et appréciables (altérations de tissu de caractère inflammatoire et néoplasique), deuxièmement d'après l'absence de récidives.

Cette première condition pour l'appréciation est claire. Si une syphilde papuleuse, une tuméfaction osseuse douloureuse existent depuis trois mois, et si nous voyons que la première sous l'influence des frictions, la seconde sous celle de l'iode, présentent, le sixième jour de la cure, une régression manifeste des symptômes sur tous les points, nous avons le droit de considérer ces remèdes comme actifs. Mais si sous l'influence d'une autre médication, par exemple d'une décoction ou d'un extrait quelconque de végétaux ou d'une cure hydrothérapique, les symptômes disparaissent il est vrai, non partout en même temps, mais dans l'ordre de leur apparition et de leur ancienneté, en somme dans l'espace de trois à six mois, dans ce cas je rapporterai la guérison à l'évolution physiologique et non à l'action de ce dernier remède.

Il est plus difficile d'apprécier l'efficacité des médicaments en ce qui concerne l'absence des récidives, qui permet seule d'affirmer la guérison réelle de la syphilis. Vous entendrez dire dans ces cas, de l'un ou de l'autre remède ou de l'un ou de l'autre mode d'emploi : celui-ci donne très peu de récidives, celui-là pas du tout, cet autre fournit les données statistiques les plus favorables.

Mais vous comprendrez facilement que ce genre de preuves n'est pas propre à nous faire connaître la valeur des différents antisyphilitiques et des diverses méthodes de traitement ; en effet, les données statistiques sur ce point, telles qu'elles sortent des hôpitaux, sont toutes dénuées de valeur.

Car les syphilitiques quittent les hôpitaux dès que les symptômes apparents ont cessé et que les malades (extérieurement) ne paraissent plus en état de transmettre la contagion. Ce n'est qu'un très petit nombre d'entre eux que l'on a plus tard l'occasion de revoir et qui, par