II. — Les indications du traitement.

Traitement de l'infection syphilitique en général. — La gravité de l'infection syphilitique est due :

1° A la persistance de l'infection, qui peut durer autant que la vie, et déterminer des accidents dix, vingt ans et plus après son début, au siège fréquent des lésions dans des organes essentiels. De tous, le système nerveux est le plus souvent et le plus gravement atteint, non seulement par des lésions spécifiques, mais encore par des lésions qui sont supposées, jusqu'à nouvel ordre, distinctes des lésions syphilitiques banales, et qu'on dénomme parasyphilitiques. De ces lésions, les plus importantes sont le tabes et la paralysie générale ;

2° A la contagiosité qui est excessivement marquée dans les premières années, au point qu'on peut prendre pour règle pratique de ne jamais autoriser le mariage d'un syphilitique dans les quatre premières années de la maladie. Plus tard, la contagiosité diminue considérablement; cependant les syphilitiques peuvent présenter des lésions contagieuses (plaques muqueuses) dix, quinze ans et plus après le chancre (Feulard);

3° A la transmission héréditaire fréquente sous forme d'accidents syphilitiques ou sous forme de troubles de développement qui, pour ne pas présenter en eux-mêmes de caractère spécifique, n'en sont pas moins, d'une manière certaine, le résultat de l'infection des ascendants.

Le médecin est aujourd'hui puissamment armé contre l'infection syphilitique et les accidents qu'elle détermine. Parmi ces accidents, la plupart sont justiciables du traitement hydrargyrique et iodo-potassique. L'opinion des syphiligraphes est unanime, à l'heure actuelle, sur leur valeur : toute manifestation de la syphilis doit être traitée, et traitée le plus tôt possible. Nous ajouterons qu'elle doit être traitée, sinon énergiquement, au moins sérieusement, et qu'il n'y a aucune raison de prescrire le traitement antisyphilitique, si on ne le prescrit pas à des doses suffisantes.

Mais faut-il traiter la syphilis en dehors de ses manifestations? Les traitements dont nous disposons ont-ils une action sur l'infection syphilitique? En dehors des lésions qui la révèlent, peut-on modifier sa gravité, atténuer ou prévenir les accidents tardifs? Les nombreux auteurs qui se sont occupés de cette question s'entendent sur l'action curative du traitement antisyphilitique, et ne s'entendent en aucune manière sur son action préventive.

Les uns conseillent de ne donner le mercure et l'iodure qu'au moment où l'on observe des accidents syphilitiques. A leur avis, l'action thérapeutique de ces médicaments, du mercure en particulier, s'épuise lorsqu'on poursuit le traitement pendant une longue période; d'autre part, le mercure est un agent toxique susceptible de modifier l'organisme profondément et d'une manière durable ; si l'on n'admet guère, après Watraszevski, que les accidents parasyphilitiques soient l'effet direct du mercure, on peut cependant penser qu'il peut altérer le système nerveux, le rendre plus sensible et favoriser même à ce titre le développement d'accidents syphilitiques; pour prendre un exemple, il est certain que la stomatite mercurielle n'empêche en rien la récidive d'accidents syphilitiques buccaux, si même elle ne la favorise.

D'autres auteurs sont d'un avis tout opposé. Ils reconnaissent au mercure une action préventive qui s'exerce à une longue distance, se traduisant en particulier par la rareté des accidents tertiaires, et conseillent aux malades l'emploi du traitement mercuriel pendant les premières années de l'infection, d'une manière régulière, quelle que soit la bénignité des manifestations syphilitiques dans cette période.

La *méthode opportuniste* (Diday, Mauriac, Du Castel) n'a pas besoin d'être exposée en détail; elle emploie le mercure seul ou le mercure associé à l'iodure, ou l'iodure seul, au moment où apparaissent des lésions syphilitiques de la peau, des muqueuses, des phénomènes cérébraux, viscéraux. Le traitement est conduit d'une manière plus ou moins énergique, jusqu'à disparition complète des accidents, puis, ceux-ci disparus, on cesse le traitement jusqu'à l'apparition de nouveaux accidents.

Cette méthode offre un avantage évident : celui de proportionner le traitement à la gravité de la syphilis, au moins à sa gravité apparente, et de n'exposer le malade aux inconvénients de l'iodure de potassium ou du mercure que pendant des périodes généralement restreintes, puisque, si le traitement est dirigé avec une habileté et une énergie suffisantes, les accidents cèdent, en général, rapidement.

La *méthode préventive*, défendue en particulier par M. A. Fournier, par M. Besnier, est plus compliquée; elle se propose d'agir sur la syphilis en dehors de ses manifestations; pour cela, il faut soumettre le malade à des traitements intermittents pendant les premières années de la maladie, en ayant soin, naturellement, de graduer l'intensité et la durée de ces traitements, suivant l'intensité et la persistance des accidents, et, même en dehors des périodes régulières du traitement, d'agir sur les manifestations qui viendraient à se produire.

Le professeur Fournier règle cette méthode de la manière suivante : au début de la syphilis, au moment des lésions roséoliques,

papuleuses, accompagnées d'accidents muqueux, le tout d'intensité moyenne, on prescrit un traitement mercuriel par la voie ordinaire, c'est-à-dire la voie gastrique, pendant une période de deux mois. Puis le malade se repose pendant deux ou trois mois. Le traitement est alors repris pendant six semaines, puis cessé de nouveau. Dans la première année, le malade subit encore quatre périodes de traitement. Sauf le premier, qui est prolongé, en raison de la période d'infection à laquelle on l'ordonne, ils ne doivent pas dépasser six semaines, pour ne pas excéder la résistance du malade à l'intoxication hydrargyrique, à ses effets buccaux, gastriques et généraux.

Bien entendu, dans le cas de syphilis grave, rebelle, le médecin est autorisé à prescrire des traitements, non seulement plus énergiques que le traitement habituel, c'est-à-dire à substituer les frictions et les injections aux pilules, mais même à prolonger les périodes de traitement, ou mieux à les renouveler plus souvent, en diminuant la durée des périodes de repos. Il existe des règles de traitement communes à toutes les syphilis; mais ces règles doivent être modifiées dans leurs détails suivant l'évolution du chancre.

La seconde année, toujours dans le cas de syphilis d'intensité faible ou moyenne, le malade subit trois périodes de traitement; la troisième, deux seulement.

Les années suivantes sont consacrées au traitement iodo-potassique. L'iodure est administré par cures intermittentes d'un mois à six semaines suivant la tolérance gastrique. M. Fournier l'ordonne à la dose moyenne de 3 grammes par jour. La première année du traitement ioduré comprend trois ou quatre périodes de ce traitement, la deuxième trois, la troisième deux. Le malade est donc traité pendant six ans.

Dans des cas nombreux, et en particulier quand des accidents se développent qui exigent le traitement mixte et qui cèdent trop lentement ou incomplètement à l'iodure, on combine le traitement mercuriel au traitement iodo-potassique pendant les trois dernières années du traitement régulier, ou bien on fait alterner les deux méthodes de traitement.

Les autres partisans du traitement préventif le poursuivent également pendant trois, quatre ou cinq années, chacun sous une forme personnelle, *mais tous admettent que ce traitement doit être intermittent, poursuivi même s'il n'y a aucun symptôme de syphilis.*

Il est difficile, à l'heure actuelle, de se prononcer d'une manière absolue sur la valeur préventive du traitement antisyphilitique. Les accidents tertiaires sont-ils réellement plus rares chez les malades

traités régulièrement que chez les autres? Le fait est difficile à démontrer, même par les statistiques les mieux établies; en réalité, il est difficile à tout syphiligraphe d'être exactement fixé sur la question de la prophylaxie des accidents tertiaires, car les malades qu'il observe régulièrement sont seulement ceux qui ont accepté le traitement préventif et qui reviennent à heure fixe chez le médecin. Les autres syphilitiques, en fait la grande majorité, ne se soumettent qu'au traitement opportuniste et, à la période tertiaire, ne reviennent voir le médecin que s'il y a des accidents; les syphiligraphes sont ainsi exposés à trouver les accidents tertiaires beaucoup plus communs chez les malades qui ont été traités ou se sont traités par la méthode opportuniste que chez les autres, précisément parce que ceux qui, parmi les premiers, n'en sont pas atteints échappent à leur observation.

En tout cas, il est un fait bien certain, c'est que l'action préventive du traitement antisyphilitique n'est rien moins qu'évidente lorsqu'on cherche son action sur les accidents locaux. Le nombre des syphilitiques chez lesquels les accidents disparaissent par le mercure, et qui en présentent de nouveaux, presque tout de suite, est des plus élevés. Et, d'autre part, on sait, et Diday l'a démontré par ses expériences, que les accidents syphilitiques secondaires ont souvent une tendance à la rétrocession spontanée, indépendamment de tout traitement. On ne peut, par suite, accorder à celui-ci des effets à longue échéance qui peuvent être le résultat de l'évolution naturelle de la maladie.

Parmi les arguments donnés en faveur de l'action préventive, le plus important est le suivant, que donne le professeur Fournier :

Chez un certain nombre de femmes saines en apparence, mais dont le mari est syphilitique, on observe successivement plusieurs fausses couches. Le médecin reconnaît l'infection syphilitique, prescrit le traitement mercuriel ou le traitement mixte, et à partir de ce moment la femme donne naissance à des enfants qui sont sains.

Mais Diday voit dans cette action du traitement une action simplement curative, et qui agit par des manifestations non visibles, mais existantes, de la syphilis. Et, du reste, dans les conditions mêmes indiquées par M. Fournier, l'action préventive ne se montre pas toujours, et après la naissance d'un enfant sain on peut observer de nouvelles fausses couches (Du Castel).

En l'absence de solution définitive sur la valeur préventive du traitement antisyphilitique, à quelle solution pratique peut-on aboutir ?

Nous croyons que, même si l'on n'admet pas la réalité de l'action préventive, on doit traiter le syphilitique pendant le cours de la

première année, d'une manière générale et cela même en l'absence de toutes lésions visibles.

Les six, huit ou dix premiers mois de la syphilis sont ceux où l'infection générale doit être surtout combattue. Elle existe avant l'apparition des accidents secondaires; après la roséole elle se traduit par des altérations sanguines constantes, par des lésions vasculaires fréquentes. Et ces lésions ne se révèlent, en général, par aucun symptôme; elles sont cependant graves.

On sait, et le fait, abondamment développé par Neumann, a été établi par un très grand nombre d'auteurs, que les lésions de la syphilis récidivent sur place avec la plus grande facilité : par exemple, la région où s'est développé le chancre est un lieu de moindre résistance où, plus qu'en aucun autre, on observe de nouvelles syphilides, même à la période tertiaire. Toute cicatrice de lésion syphilitique semble appeler une nouvelle lésion.

A priori, il est absolument logique d'admettre qu'il en est de même dans les viscères, dans les vaisseaux, dans le système nerveux.

Ainsi, en traitant la syphilis au cours de la première année, on atteindra un double but : *détruire les lésions non apparentes, arrêter, dès leur période de développement, des lésions, surtout des lésions vasculaires qui seront des points d'appel pour des lésions futures.*

Si l'on accepte notre manière de voir, on acceptera de même la nécessité d'un traitement de début énergique.

On pourra donc, pendant la première année, faire suivre au malade quatre ou cinq périodes de traitement mercuriel de six semaines chacune, même si les manifestations extérieures sont insignifiantes.

Pendant ces périodes, on prescrira au malade 10 centigrammes de protoiodure chaque jour, si c'est un homme vigoureux; 5 centigrammes, si c'est une femme.

On peut même recommander de faire, sur ces quatre séries, deux séries de traitement fort, comprenant par exemple quatre injections de calomel de 10 centigrammes chez l'homme, six de 5 centigrammes chez la femme, ou six injections d'huile grise chez l'un ou l'autre.

Les années suivantes, l'utilité d'un traitement régulier est beaucoup moindre; si l'on a affaire à des malades tout à fait dociles, le médecin peut suivre la méthode préventive; mais il s'expose ainsi à ne pouvoir agir aussi utilement, au moment précis où il faudrait le faire, c'est-à-dire lors de l'apparition d'accidents nerveux, et il est parfaitement autorisé à agir autrement et à faire suivre au malade le traitement opportuniste.

Toutefois, le médecin devra insister sur la nécessité pour le

malade de soigner les symptômes de la syphilis dès leur apparition et exiger des visites régulières. Tout syphilitique doit être surveillé avec soin pendant deux ou trois ans et apprendre à se surveiller lui-même. Sous ces réserves, on peut proportionner l'intensité du traitement à la fréquence et à la persistance des manifestations *visibles*, des *symptômes* de la syphilis.

L'utilité d'un traitement ioduré tardif, en l'absence de manifestations qui l'exigent, est discutable. L'action de l'iodure de potassium est essentiellement fugace, quoique énergique, et, si l'on peut attribuer au mercure une action parfois préventive, celle de l'iodure est plus que douteuse.

Dans les premières années, il ne doit être employé que dans des cas particuliers, que nous spécifierons plus loin.

On peut comprendre de cette manière la direction générale du traitement chez les syphilitiques; mais, nous le répétons encore, cette direction doit être modifiée suivant chaque malade par le médecin traitant, qui se dirigera d'après l'intensité des symptômes, la facilité aux récidives, les effets des traitements antérieurement suivis.

Période primaire. — Traitement du chancre induré. — Il est aujourd'hui établi d'une manière formelle que l'ablation du chancre induré, douze heures même après son apparition, n'empêche pas le développement de la syphilis. Aussi doit-on renoncer à la méthode de l'excision considérée comme méthode absolue.

Lorsque le chancre siège sur des régions où l'ablation est facile, et où la cicatrice n'aura aucun inconvénient (chancres peu volumineux du fourreau, chancres du prépuce), on est autorisé à l'enlever chirurgicalement, après anesthésie locale. La peau nettoyée, on dissèque le chancre, on fait quelques points de suture et l'on panse au coton hydrophile ou à la gaze salolée.

Ce procédé a l'avantage de hâter la guérison du chancre; presque toujours l'induration se reproduit dans la cicatrice, mais non l'érosion.

On enlèvera toujours le chancre, à moins d'impossibilité locale, si le malade est marié.

Si l'on ne peut ou ne l'on veut enlever le chancre, il convient de le panser par les moyens les plus simples : poudre d'oxyde de zinc, de dermatol, d'aristol. La pommade au calomel employée d'une manière classique n'a aucun avantage.

Si le chancre a les caractères du chancre mixte, on le traite comme un chancre mou.

S'il est associé à une balanite, on traite celle-ci par les moyens usuels (injection de nitrate d'argent à 1 pour 30).