

A chacune de ces trois phases s'adapte un traitement différent :

A la première l'antisepsie de la plaie, ou mieux l'exérèse du foyer où le poison s'élabore; à la seconde la sérothérapie préventive qui neutralise le poison virulent; à la troisième le traitement palliatif par les antispasmodiques : chloral, bromure, etc., et la sérothérapie curative, bien que l'efficacité de cette dernière soit malheureusement très douteuse.

Sur le *traitement chirurgical* du début, il est inutile d'insister : rappelons qu'il ne suffit pas de rendre aseptique une plaie suspecte, d'autant que les spores tétaniques opposent une grande résistance aux agents les plus actifs; la question se pose de supprimer le foyer d'où partent les toxines tétaniques. Le curetage de la plaie, le badigeonnage à l'iode, l'ablation des corps étrangers, etc., ne suffisent pas toujours; l'excision totale du foyer a des effets plus positifs (expériences de Roux et Vaillard). M. Calmette a proposé de panser les plaies souillées de terre par du *sérum antitétanique sec* (*Acad. des Sciences*, 11 mai 1905).

Le *traitement par le sérum* est entré dans la pratique à la suite des travaux de Behring et Kitasato qui ont établi que le sérum des animaux immunisés neutralise *in vitro* le poison tétanique; qu'injecté primitivement il préserve l'animal contre les effets toxiques du poison.

Quant à la valeur curative sur le tétanos déclaré, affirmée par Behring et Kitasato, elle a été niée par Vaillard et E. Roux. Le sérum injecté rend inoffensive la toxine qu'il rencontre, mais il est sans action sur les lésions déjà constituées des éléments nerveux. Cependant si le sérum se montre impuissant contre le tétanos aigu, du moins il paraît exercer une action favorable dans les cas à marche moins rapide où l'intoxication est modérée au début et se produit lentement, progressivement, par l'action successive de petites doses de poison (Vaillard).

La statistique de Lœper et Oppenheim (*Arch. générales de médecine*, 1900) paraît démontrer que la mortalité du tétanos a diminué sous l'influence du sérum. Cette statistique donne, pour 144 cas traités par les injections sous-cutanées, 51 décès, 95 guérisons, soit une mortalité de 35,4 pour 100, alors que la mortalité des malades non traités par le sérum est, d'après Brunner, de 90 pour 100 dans les cas où l'incubation a été de 1 à 5 jours, de 70 pour 100 lorsqu'elle a été de 5 à 10 jours.

On a eu recours, pour l'injection préventive, aux injections sous-cutanées, à la dose de 10 centimètres cubes, répétée en cas de besoin dix jours après la première injection; aux injections intra-cérébrales, aux injections sous-arachnoïdiennes.

Les premières constituent la méthode de choix et celle aussi dont l'application est à la portée de tous.

La méthode des injections intra-cérébrales a été proposée par Roux et Borrel (1898) qui ont pensé obtenir des résultats meilleurs, en portant directement l'antitoxine au contact des éléments nerveux. Employée lors de l'apparition des premiers symptômes, elle n'a cependant donné le plus souvent que des insuccès. D'ailleurs, elle est susceptible de déterminer des accidents cérébraux mortels.

Quant aux injections sous-arachnoïdiennes elles n'ont eu également que des résultats négatifs dans trois cas où Sicard les a employées. Cependant quelques succès ont été publiés récemment (W. H. Lockett, Walther et Rollin). On a

conseillé de pratiquer au préalable la narcose chloroformique, car les mouvements nécessaires pour mettre en position le malade peuvent provoquer des crises spasmodiques. L'aiguille est enfoncée entre la 5^e et la 4^e vertèbre lombaire et l'on retire d'abord une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien; puis on injecte 10 à 15 centimètres cubes de sérum antitétanique. Les injections sont répétées en nombre variable, suivant l'état du malade.

La voie épидurale est la plus récemment employée. MM. Apert et Lhermitte (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 mai 1904) ont utilisé cette voie dans un cas et ont obtenu la guérison avec quatre injections de 10 centimètres cubes, répétées à 48 heures d'intervalle.

A la période de tétanos confirmé la médication par le *chloral* (6 à 12 grammes par jour), par la bouche ou en lavement, permet de soulager les malades; on pourra y joindre les injections de morphine. Les cas de guérison obtenus par le chloral correspondent certainement à des cas de tétanos bénin qui auraient guéri spontanément.

Baccelli a proposé un traitement du tétanos par les injections sous-cutanées d'*acide phénique* dont les résultats ont été discutés. Baccelli injecte quotidiennement 0 gr. 50 à 0 gr. 40 d'acide phénique en solution aqueuse à 2 ou 3 pour 100; sa statistique a donné, sur 80 cas, 72 guérisons, soit seulement une mortalité de 10 pour 100! MM. Enriquez et Bauer, Claude ont utilisé ce traitement en France et ont cru lui reconnaître une certaine valeur.

L'acide phénique paraît exercer une action modératrice des réflexes, antagoniste par conséquent de celle de la toxine tétanique; mais, à aucun degré, il n'a d'action spécifique.

SYPHILIS.

Nous savons quand la syphilis commence, nous ne savons pas quand elle finit ou ou même si l'infection peut s'éteindre. Ne voit-on pas en effet des accidents se produire chez des malades quinze, vingt, trente ans et plus, après l'accident initial? Dans ces conditions, le médecin est-il autorisé à parler de guérison « définitive » au malade qui lui pose la question de savoir s'il est guéri? Est-il en droit surtout d'attribuer une efficacité souveraine aux médications dont il dispose contre la vérole?

Si dès le début nous soulevons ce débat, c'est qu'il domine toute la thérapeutique de la syphilis.

En ce qui concerne l'efficacité du traitement mercuriel ou du traitement mixte sur les accidents en évolution, tout le monde est d'accord; mais quand il s'agit d'apprécier la valeur préventive de ce traitement, des dissidences se produisent. A la vérité, la tendance actuelle du plus grand nombre, à l'exemple du professeur Fournier, est de reconnaître au traitement spécifique prolongé une influence marquée sur l'évolution ultérieure de la syphilis; on constate seulement que cette influence n'est pas absolue, qu'elle ne met pas sûrement à l'abri du tertiariisme.

Ce que l'on peut affirmer, c'est que les accidents tertiaires sont moins fréquents et moins graves. Il nous faudra revenir sur ce point que nous ne faisons qu'effleurer, quand nous aurons à nous occuper de la direction à donner au traitement.

Il nous faut encore noter que l'on a, depuis quelques années, une tendance de plus en plus marquée à faire usage de doses de mercure sensiblement supérieures à celles qui ont été employées jusqu'ici et à faire une beaucoup plus large part, dans le traite-