

bent à des maladies banales auxquelles leur tare héréditaire ne leur laisse pas la force de résister.

D'une façon générale, la gravité de la syphilis héréditaire décroît à mesure que la syphilis des parents devient plus ancienne : les premiers enfants sont plus particulièrement exposés aux manifestations intenses, tandis que les suivants ont plus ordinairement des accidents légers ou même restent indemnes.

Diagnostic. — Le diagnostic de la syphilis héréditaire précoce ne saurait faire de doutes lorsque, à des manifestations cutanées nettement caractérisées, se joignent des lésions des muqueuses, et en particulier le coryza ou des lésions cliniquement appréciables des os, du foie, de la rate, du testicule. Il ne présente quelque ambiguïté que lorsqu'elle se traduit par des lésions limitées à un seul système, cutané, osseux ou muqueux. En pareil cas il repose, à la fois, sur les caractères objectifs des lésions et sur les antécédents héréditaires de l'enfant.

Le coryza se développant chez un nouveau-né doit toujours éveiller le soupçon de la syphilis, car il peut en constituer la première et, au moins pendant un certain temps, la seule manifestation. Sa résistance aux traitements du coryza simple et sa longue durée permettent seules de le rapporter à sa véritable cause et justifient l'emploi de la médication antisiphilitique qui en vient facilement à bout.

De même les fissures des lèvres, même en l'absence de toute autre manifestation cutanée ou muqueuse, doivent faire présumer la syphilis héréditaire lorsque les antécédents héréditaires des enfants la font redouter ou lorsque ces antécédents héréditaires sont complètement inconnus, dans les hospices d'enfants trouvés par exemple. Elles méritent d'autant plus d'attention qu'elles peuvent être l'origine de la contamination des nourrices.

Les éruptions cutanées ne présentent pour ainsi dire aucune difficulté de diagnostic lorsqu'elles occupent de grandes étendues de la surface cutanée, qu'elles constituent au visage ce masque péri-buccal si spécial à l'hérédosyphilis, qu'elles revêtent aux mains l'aspect psoriasiforme ou qu'elles s'y montrent sous la forme de bulles pemphigoides développées avant ou peu après la naissance et localisées aux extrémités des membres. Les difficultés sont parfois plus considérables pour les lésions des régions anale et génitale. Ces régions constituent, en effet, chez les nouveau-nés, un siège de prédilection non seulement pour les éruptions siphilitiques, mais encore pour des éruptions banales, ou soi-disant banales.

Les érythèmes simples, survenant chez les enfants bien portants à la suite du contact des matières fécales ou de l'urine et de l'enveloppement dans des vêtements trop chauds, ou se développant chez des enfants diarrhéiques ou athrepsiques, sont le plus ordinairement diffus, de coloration plus vive que les diverses siphilides; si ces érythèmes s'accompagnent d'érosions, celles-ci ne reposent pas sur une base infiltrée et saillante comme celle des plaques siphilitiques et elles occupent le sommet des plis de l'anus et non leur profondeur comme les siphilides érosives. Parfois cependant, sous une influence encore indéterminée, les érosions des érythèmes simples peuvent s'accompagner d'une infiltration dermique limitée, constituant une papule véritable : étudiée par Sevestre et Jacquet sous le nom d'érythème papuleux post-érosif ou de siphiloïde post-érosive, cette variété d'érythème a été confondue avec les siphilides, entre autres par Parrot, qui en faisait une siphilide lenticulaire; elle en diffère cependant par

l'intégrité des plis naturels, alors que ceux-ci sont envahis jusque dans leur profondeur par les lésions siphilitiques; de plus les pseudo-papules offrent à leur périphérie un plissement épidermique rayonné, à plis très fins et parallèles (Jacquet) que l'on ne rencontre jamais dans la syphilis.

E. Besnier et Fournier ont décrit dans ces dernières années une affection qui a reçu les noms de *vaccino-siphiloïde*, d'herpès vacciniforme, etc., qui occupe les plis cutanés des régions génitale et anale et de la face interne des cuisses et se caractérise par le développement des saillies papuleuses de dimensions égales, arrondies, ombiliquées, de coloration rouge ou grisâtre et diptéroïde, suintantes, disposées par groupes plus ou moins nombreux. Cette affection diffère des siphilides par la multiplicité d'aspect des lésions résultant de leur évolution sous forme de poussées successives, par le siège des lésions sur la partie saillante des plis et par l'intégrité du reste du tégument.

Le pemphigus épidémique des nouveau-nés diffère absolument du pemphigus siphilitique à la fois par l'époque de son apparition, par le siège de ses lésions et par leurs caractères morphologiques : au lieu d'exister à la naissance ou de se développer dans les quelques jours qui la suivent, il se montre au bout de 15 ou 20 jours ou même plus tard; il n'a pas, comme les lésions bulleuses de la syphilis, son siège exclusif à la paume des mains et à la plante des pieds, mais occupe indifféremment les différentes régions du corps; ses bulles ne reposent pas sur une base rouge. Enfin ce pemphigus se montre sous la forme d'épidémies développées dans les crèches et les maternités.

L'impotence fonctionnelle d'un segment de membre, survenue chez un enfant un certain temps après la naissance, non imputable par conséquent à un traumatisme obstétrical, doit éveiller le soupçon d'une pseudo-paralysie siphilitique, tant sont rares chez les enfants les paralysies d'origine périphérique : la constatation soit d'un décollement dia-épiphysaire, soit d'une tuméfaction de cette portion de l'os, peut presque à elle seule autoriser à affirmer l'existence d'une ostéopathie hérédosyphilitique; elle justifie en tout cas, même en l'absence d'antécédents héréditaires avérés et d'autre manifestation apparente, l'emploi du traitement antisiphilitique qui, en cas de succès, tranche le diagnostic.

Quant aux lésions viscérales, elles ne se traduisent que dans des cas exceptionnels par des signes permettant de les diagnostiquer. Leur existence n'est le plus souvent constatée qu'après que la syphilis, révélée par des lésions superficielles, a été reconnue et elles ne peuvent par conséquent, du moins pour ce qui est de l'hérédosyphilis précoce, mettre sur la voie de l'infection de l'enfant. Il n'y a guère d'exception que pour les lésions testiculaires, bien étudiées par Hutinel, qui se traduisent par une orchite avec vaginalite exsudative aboutissant à l'atrophie scléreuse de l'organe, lésions dont le développement chez un enfant nouveau-né doit éveiller le soupçon de l'hérédosyphilis.

La syphilis n'est pas toujours chez l'enfant d'origine héréditaire. Elle peut, comme chez l'adulte, être acquise, même dès le bas âge. La vaccination, les lésions buccales, gingivales ou vulvaires infectées par les objets de toilette ou de ménage, la pédérastie, le viol des petites filles, etc., sont les principaux modes de contamination. L'existence du chancre infectant, parfois facile à retrouver, différencie de la syphilis héréditaire la syphilis acquise de l'enfance. En outre, elle débute ordinairement à une époque plus tardive que l'hérédosyphilis, et se traduit par la roséole, qui fait défaut dans cette dernière; par contre, on n'y observe pas de coryza et on y voit rarement les lésions osseuses, si fréquentes

dans la syphilis héréditaire précoce. Le diagnostic différentiel de l'hérédo-syphilis et de la syphilis acquise n'a, il faut le reconnaître, qu'une importance assez restreinte; le pronostic, en effet, dans des conditions égales de résistance vitale, à âge égal, est presque identique dans l'un et l'autre cas et si, d'une façon générale, la syphilis acquise de l'enfance offre moins de gravité que la syphilis héréditaire, c'est qu'elle atteint souvent des enfants plus âgés et mieux développés.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE

L'influence héréditaire de la syphilis ne se restreint pas à la production de troubles dystrophiques et aux manifestations actives observées dans les premiers mois ou les premières années de la vie. Nombre d'affections qui avaient été, jusqu'à ces dernières années, en raison de leur développement chez des adolescents, portées au compte de la scrofule ou de la syphilis acquise, doivent être attribuées à la syphilis héréditaire. Les recherches de Hutchinson, de Horand et Chaboux, de Jackson, de Coupland, d'Augagneur, et surtout celles de Parrot, de Lannelongue et de A. Fournier (*) ont fait à l'hérédo-syphilis tardive la part qui lui revient dans le démembrement de la scrofule.

Les accidents tardifs de l'hérédo-syphilis se produisent le plus souvent chez des sujets qui ont subi dans le jeune âge les atteintes de cette affection; ils peuvent se montrer aussi sans avoir été précédés d'aucune manifestation précoce apparente de la syphilis.

Il n'est pas douteux que, parmi les faits rapportés à la syphilis héréditaire tardive, un certain nombre ne soient en réalité des cas de syphilis acquise dans l'enfance: le départ exact de ces faits est actuellement impossible à faire.

Les manifestations de la syphilis héréditaire tardive peuvent s'observer pendant toute la durée de l'adolescence; elles peuvent même se rencontrer dans l'âge adulte: A. Fournier donne comme limite extrême observée par lui l'âge de 28 ans, mais rien n'empêche d'admettre que cette limite puisse être reculée par des observations ultérieures, puisque la syphilis acquise peut encore se montrer active au bout d'un temps plus long. Ces accidents extrêmement tardifs ont le plus souvent été précédés à intervalles variables de manifestations syphilitiques indubitables dont la nature a pu être méconnue: il est d'ailleurs tout à fait exceptionnel que l'on ne retrouve aucun antécédent ou aucun reliquat de lésions antérieures chez les sujets atteints d'accidents tardifs d'hérédo-syphilis.

Les manifestations tardives de l'hérédo-syphilis sont d'ordres très divers et reproduisent à peu près exactement celles que l'on peut observer dans la syphilis acquise de l'adulte. Constituées d'une façon générale, comme les lésions de la syphilis tertiaire, par un processus gommeux ou scléreux ou scléro-gommeux, les lésions de l'hérédo-syphilis tardive peuvent occuper tous les systèmes de l'économie; mais elles offrent une prédilection pour certains d'entre eux. Les statistiques de Fournier mettent en première ligne les affections oculaires, puis viennent les affections osseuses, les affections cutanées, les lésions de la gorge, les symptômes d'ordre cérébral et les troubles auditifs. Le nez, le foie, la rate, les reins, les testicules, les poumons, la moelle, la langue sont atteints aussi, mais avec une moindre fréquence.

Ces diverses lésions seront décrites avec les détails qu'elles comportent dans

(*) A. FOURNIER, *La syphilis héréditaire tardive*. Paris, 1886.

les chapitres consacrés aux organes qu'elles atteignent. Il y a lieu seulement d'indiquer les caractères généraux des lésions cutanées et osseuses et de donner les éléments du diagnostic de l'hérédo-syphilis tardive en général.

Les lésions cutanées et muqueuses offrent les caractères qu'elles revêtent dans la syphilis acquise vulgaire: on s'étonne qu'elles aient pu être confondues si longtemps, sous le nom de scrofulides, avec les manifestations de la tuberculose, tant elles en diffèrent dans la plupart des cas. Revêtant tantôt la forme tuberculeuse, plus souvent la forme tuberculo-ulcéreuse ou la forme gommeuse, évoluant lentement, donnant lieu à des pertes de substance d'une réparation difficile et à des cicatrices indéfiniment persistantes, présentant une tendance manifeste à la disposition arrondie ou circinée, ces lésions diffèrent de celles de la scrofulo-tuberculose par leur durée moins longue, par la facilité plus grande de leur cicatrisation, par la présence et les caractères propres des cicatrices, vestiges de lésions guéries, enfin par l'aspect moins torpide, la consistance plus ferme des granulations sur les lésions en activité. Elles en diffèrent également par l'influence nettement et rapidement curative que le traitement antisiphilitique exerce sur elles.

Les lésions osseuses de la syphilis héréditaire tardive ont une grande importance, sinon au point de vue de leur fréquence qui est modérée, du moins au point de vue de leur valeur diagnostique, qui est considérable et due à leur aspect très différent des autres ostéopathies. Ces lésions peuvent porter sur les divers os longs, plats et courts; elles ont pour sièges de prédilection les os du crâne, sur lesquels se produisent des tuméfactions diffuses, mais surtout les tibias, sur lesquels elles donnent lieu à des hyperostoses souvent considérables. La plus caractéristique des déformations du tibia syphilitique a été décrite par Lannelongue sous le nom de tibia en lame de sabre: elle consiste dans une tuméfaction de l'os dont la diaphyse est élargie dans toutes ses dimensions, dont les bords ont pris l'apparence de faces et dans une incurvation de cette diaphyse à convexité antérieure. Cette déformation diffère profondément de celles produites par le rachitisme dans lequel les diaphyses sont incurvées mais non augmentées de volume.

Anatomiquement les lésions osseuses de la syphilis héréditaire tardive sont caractérisées par une ostéopériostite chronique avec condensation du tissu osseux, parfois accompagnée de gommages périostiques ou osseuses, lesquelles peuvent se ramollir, s'ouvrir à l'extérieur et provoquer des ulcérations gommeuses des téguments.

Des arthropathies, à forme arthralgique simple ou à forme d'hydarthrose, mais surtout à forme d'ostéo-arthropathies déformantes avec tuméfaction en masse des épiphyses, synovite et périarthrite, ressemblant souvent aux tumeurs blanches, peuvent également se développer tardivement chez les hérédo-syphilitiques.

Diagnostic de la syphilis héréditaire tardive. — Le diagnostic de la syphilis héréditaire tardive ne repose pas uniquement sur la constatation des lésions cutanées, muqueuses, osseuses ou viscérales qui en traduisent et en font soupçonner l'existence, mais aussi sur une série de stigmates résultant, soit des lésions antérieures de la peau et des organes des sens, soit de dystrophies liées à l'action héréditaire de la syphilis, et sur les antécédents.

Constitution, habitus, facies, développement général. — Les sujets hérédo-

syphilitiques sont assez souvent délicats, chétifs, maigres; leur peau est sombre, d'un gris sale, presque terreux (Hutchinson). Ils sont souvent de petite taille et présentent les caractères de l'infantilisme : corps grêle, testicules rudimentaires, barbe peu développée, etc.

Difformités du crâne, du nez et des membres. — Leur front offre souvent un développement énorme, ou des saillies latérales (crâne natiforme de Parrot, de nates, fesses), ou bien une bosselure médiane, ou bien il y a des saillies sur différentes parties du crâne, qui peut être élargi transversalement ou asymétrique, ou encore hydrocéphale. Le nez est souvent le siège de difformités tenant à l'affaissement de la partie inférieure ou de la partie supérieure de sa charpente (nez en lorgnette), ou bien la surface de ses ailes est irrégulière. La voûte palatine est le plus souvent très profonde (voûte ogivale); on peut y sentir une crête médiane antéro-postérieure (exostose médio-palatine de Chassaingnac).

Les altérations osseuses des membres, celles du tibia en particulier, peuvent être considérées, lorsqu'elles existent, comme un des signes les plus certains de l'hérédosyphilis.

Stigmates cicatriciels de la peau et des muqueuses. — Parrot a insisté sur la valeur des cicatrices, au point de vue du diagnostic rétrospectif de la syphilis héréditaire. Quoiqu'on ne leur reconnaisse plus autant de valeur que leur en attribuait cet auteur, on peut cependant considérer comme une présomption d'hérédosyphilis des cicatrices étendues, très superficielles, à contours polycycliques mal arrêtés, occupant les régions lombo-sacrée et crurale postérieure, mais surtout les commissures labiales et le nez. Les cicatrices de lésions ulcéreuses ou gommeuses des membres inférieurs ont, pour le diagnostic de l'hérédosyphilis tardive, la même valeur que pour le diagnostic de la syphilis acquise. Les cicatrices de la gorge et du voile du palais, telles qu'elles seront décrites à propos de la syphilis du pharynx, sont, lorsqu'on les rencontre, de précieux indices de syphilis héréditaire.

Lésions oculaires. — Elles forment, avec les troubles de l'ouïe et les malformations dentaires, la *triade de Hutchinson*, ainsi nommée en l'honneur de l'auteur qui a fait connaître la haute valeur séméiologique de cette association symptomatique. On relève dans les antécédents des phlegmasies oculaires ordinairement intenses, bilatérales et de longue durée, ayant offert les caractères de la kératite interstitielle, laquelle est dans la grande majorité des cas d'origine hérédosyphilitique, et l'on constate des néphélions, des albugos, des leucomes.

Lésions et troubles de l'appareil auditif. — On retrouve parfois des antécédents d'otite purulente, mais le fait capital est l'existence d'une surdité survenue brusquement sans aucun signe d'otite, ayant atteint rapidement une intensité considérable et persistant sans lésions appréciables, surdité relevant d'une cause centrale.

Malformations dentaires. — Hutchinson a décrit, comme spéciale à la syphilis héréditaire, une malformation dentaire très rare, à laquelle doit être réservé le nom de « dent de Hutchinson » qui occupe exclusivement les incisives médianes supérieures de la deuxième dentition et est caractérisée par une échancrure semi-lunaire du bord libre, par le rétrécissement de sa partie supérieure, et par la forme arrondie de ses bords latéraux, enfin par l'obliquité de ses dents qui se rapprochent l'une de l'autre par leur extrémité inférieure. Plus fréquemment on voit, chez les hérédosyphilitiques, les dents présenter des sillons

transversaux, ou des dépressions (atrophie cupuliforme de Parrot), ou une atrophie générale (microdontisme), mais il n'y a dans ces malformations que l'indice d'un trouble de la nutrition générale au moment de l'évolution des dents de la deuxième dentition et, contrairement à l'opinion de Parrot, elles n'ont rien de spécial à la syphilis.

Lésions testiculaires. — Les testicules sont parfois petits, indurés, irréguliers, par suite d'une orchite syphilitique développée en bas âge. D'autres fois, ils sont petits, par suite d'un arrêt de leur développement, mais non déformés.

Hypertrophies ganglionnaires. — Des adénopathies à forme froide, à évolution lente et de longue durée, occupant les parties latérales du cou, quelquefois les régions inguinales ou axillaires, peuvent s'observer dans l'hérédosyphilis tardive, et sont souvent attribuées à la scrofulo-tuberculose.

Arrêt dans le développement intellectuel. — Les syphilitiques héréditaires sont quelquefois d'une intelligence bornée; ce sont des enfants arriérés, parfois même ils confinent à l'idiotie et à l'imbécillité.

Polymortalité des enfants dans les familles. — Cette conséquence des avortements répétés chez les femmes syphilitiques et de la mort en bas âge des enfants entachés d'hérédosyphilis peut, dans nombre de cas, servir de base ou de soupçon au diagnostic de la syphilis héréditaire chez les enfants survivants : en raison de la décroissance habituelle dans la gravité des conséquences héréditaires de la syphilis, ce sont les enfants nés en dernier lieu qui ont le plus de chances de présenter les symptômes de l'hérédosyphilis tardive, tandis que ceux qui les ont précédés ont succombé en bas âge et que les grossesses antérieures se sont terminées par des avortements.

Enquête sur la famille. — Lorsqu'elle est possible, lorsqu'elle apprend que le père ou la mère ou le père et la mère avaient contracté la syphilis avant la naissance du sujet soupçonné d'hérédosyphilis, l'enquête sur la famille confirme, sans discussion possible, le diagnostic que les autres signes avaient fait prévoir. Mais, comme toutes les enquêtes sur les antécédents syphilitiques, elle présente souvent de grandes difficultés. De plus, alors même qu'elle fournit des résultats négatifs, elle n'est pas une preuve que les parents n'étaient pas entachés de syphilis, cette affection restant souvent ignorée des sujets qui en sont atteints. Cette enquête, dans la plupart des cas, peut seule permettre de reconnaître si la syphilis, dont on observe les manifestations, est d'origine héréditaire ou si elle a été contractée dans le jeune âge.

Tels sont les éléments du diagnostic de la syphilis héréditaire tardive : ils sont de valeur très inégale. Au premier rang, il faut placer les commémoratifs fournis par l'interrogatoire ou l'état de santé des parents; mais, lorsque l'enquête sur la famille ne donne aucun résultat ou donne des résultats négatifs, la polymortalité des enfants, les stigmates cicatriciels de la peau ou des muqueuses, l'existence de la dent de Hutchinson, la kératite interstitielle, coïncidant avec la surdité centrale, les déformations des tibias sont des indices suffisants pour formuler le diagnostic d'hérédosyphilis en présence de manifestations offrant les caractères de la syphilis. L'atrophie testiculaire a une valeur presque aussi considérable.

Quant aux autres signes que nous venons de rappeler, aux arrêts de développement intellectuel, à l'insuffisance du développement physique, aux déformations du crâne, ils ont beaucoup moins de valeur, car ils peuvent s'observer dans bien d'autres états pathologiques que la syphilis. Les malformations dentaires (la

dent de Hutchinson exceptée) ont encore une beaucoup moindre importance, tant elles sont banales.

Quant aux autres petits signes : lésions ophtalmoscopiques diverses du fond de l'œil entraînant des troubles de l'accommodation et du strabisme, incontinence nocturne d'urine, etc., qui ont été attribués dans ces dernières années à l'hérédosyphilis, aux malformations diverses des membres et des viscères dont elle peut être l'origine, il n'y a pas là les éléments d'un diagnostic précis de la syphilis héréditaire tardive, mais seulement des indices qui peuvent mettre sur la voie de cette affection et qui doivent en faire rechercher les signes les plus importants : alors même que plusieurs de ces petits signes sont réunis, ils ne donnent encore qu'une présomption.

TRAITEMENT

La prophylaxie de la syphilis, qui constitue par certains côtés un problème social de la plus haute importance, ressortit à l'hygiène et à la police sanitaire. Il suffit d'en signaler ici la nécessité.

Après un rapport suspect, après un contact avec la sécrétion d'une lésion syphilitique, et alors même qu'au point de contact le tégument présente une solution de continuité, il est encore possible d'empêcher la syphilis de se développer : des lavages antiseptiques faits soigneusement avec de la liqueur de Van Swieten, la cautérisation des érosions au moyen du thermocautère peuvent, dans ces cas, neutraliser ou détruire le virus syphilitique; mais il est nécessaire de les faire agir le plus rapidement possible après le contact.

Une fois le chancre syphilitique développé, existe-t-il un moyen d'enrayer définitivement le cours de la syphilis? La réponse à cette question supposerait résolue une autre question, celle de savoir si l'infection syphilitique est déjà réalisée au moment où le chancre apparaît, ou si, au contraire, le chancre est le premier foyer de pullulation du virus syphilitique, foyer d'où part l'infection. Ce problème n'a pas été résolu par l'affirmation et l'aphorisme de Ricord que le chancre est le premier des accidents secondaires, — il reste entier à l'heure actuelle; cependant l'existence de lésions vasculaires importantes, alors que le chancre est encore à peine appréciable cliniquement, doit laisser peu de doutes sur la réalité d'altérations sanguines antérieures à l'apparition du chancre. Ce que l'on peut dire, c'est que, si l'infection de l'économie n'est pas déjà réalisée au moment où le chancre se développe, elle succède en tout cas à très court intervalle à celui-ci.

Quelques auteurs, partant de cette idée que, au moins à son début, le chancre est la seule manifestation de la syphilis, et qu'il constitue alors une lésion exclusivement locale, ont proposé la *destruction* ou l'*ablation chirurgicale du chancre* considérée comme moyen abortif de la syphilis. Tentée par Ricord, étudiée plus récemment par Unna, Auspitz, Leloir, Jullien, Pontoppidan, Haslund, Ehlers, l'excision du chancre a paru à quelques observateurs susceptible d'entraver le cours de l'infection syphilitique à condition d'être pratiquée largement et à une époque suffisamment précoce, c'est-à-dire dans les premières heures ou tout au moins les premiers jours du développement du chancre, avant que les ganglions lymphatiques correspondants soient influencés par la syphilis. Pour Jullien, elle atté-

nuerait l'infection si elle n'en arrête pas la marche. Un grand nombre de syphiligraphes, A. Fournier entre autres, ne considèrent cependant pas ces heureux résultats comme démontrés. On peut se demander si toutes les lésions excisées dans les premières heures de leur développement étaient réellement des chancres infectants; certains cas cités à l'appui de l'efficacité de la méthode n'ont pas été observés pendant un temps suffisant pour qu'on puisse considérer comme prouvée l'absence de tout accident syphilitique ultérieur; en outre, dans les cas avérés, il faut tenir compte de ce fait, aujourd'hui nettement établi, qu'une syphilis peut ne se traduire absolument que par un chancre, sans autre accident, au moins pendant des années. Il est d'ailleurs reconnu par tous les auteurs, même par ceux qui vantent le plus ses bienfaits, que l'excision n'est applicable qu'à un nombre restreint de chancres, à ceux qui par leur situation sur le prépuce ou sur le fourreau de la verge se prêtent à une excision complète sans mutilation réelle; de plus, il faut que le chancre soit tout à fait récent, ce qui diminue encore le nombre des interventions possibles. Lorsqu'on tente l'excision, le malade doit être prévenu de son échec possible, probable même, et tout ce qu'on peut lui promettre, c'est de le débarrasser rapidement d'une lésion qui était destinée à guérir spontanément quelques semaines plus tard.

Le traitement local du chancre et des diverses syphilides qui en réclament un a été indiqué plus haut. Il n'est question dans ce chapitre que du traitement général de la syphilis⁽¹⁾. Il est aujourd'hui admis par tous les syphiligraphes presque sans exception que le traitement de la syphilis consiste essentiellement et doit consister principalement dans l'emploi des préparations mercurielles et iodurées. Les oppositions de principes formulées contre le traitement mercuriel ont cédé successivement et ne se sont plus reproduites. La croyance générale à l'efficacité de cette médication est exprimée par la dénomination de traitement spécifique qui lui est fréquemment donnée.

Cette dénomination, pour le dire en passant, n'implique pas que le mercure et les iodures agissent uniquement sur les manifestations syphilitiques : on sait actuellement que certaines lésions tuberculeuses de la peau sont influencées favorablement par les injections de calomel et que l'actinomyose peut être guérie par l'emploi de l'iodure de potassium. Aussi, contrairement à l'opinion admise jusqu'à ces dernières années, le seul fait pour une affection cutanée ou viscérale de guérir par le traitement mercuriel ou ioduré n'implique-t-il pas sa nature syphilitique.

La dénomination de spécifique attribuée au mercure et aux iodures n'implique pas non plus que ces médicaments guérissent infailliblement et pour toujours la syphilis : il est de notion courante que, s'ils font disparaître les manifestations syphilitiques, ils n'empêchent pas leur réapparition ultérieure, parfois même au cours du traitement et que les sujets les plus profondément intoxiqués par le mercure, comme les mineurs d'Almaden, ne sont pas à l'abri de la syphilis. Il faut encore ajouter que certaines manifestations de la syphilis sont réfractaires à l'action des médicaments spécifiques : ainsi en est-il des formes précoces de syphilides ulcéreuses, qui sont connues sous le nom de syphilides malignes précoces.

Par quel mécanisme le mercure et l'iodure interviennent-ils dans la guérison des manifestations syphilitiques? Il est incontestable que, chez un syphilitique dont le

(¹) Voir entre autres sur ce sujet FOURNIER, *Traitement de la syphilis*. Paris, 1895. CH. MAURIAC, *Traitement de la syphilis*. Paris, 1895.