

treindre à un traitement prolongé et méthodique. Le traitement opportuniste devient, par le fait, le maximum du traitement auquel la plupart des syphilitiques consente à se soumettre. Quoi d'étonnant dès lors que les malades s'étant traités longuement figurent pour un petit chiffre parmi les malades atteints d'accidents tertiaires; les malades, s'étant relativement peu traités, pour un chiffre élevé?

De l'observation de la conduite de la plupart des syphilitiques, il résulte que l'immense majorité des malades se soumet à un traitement mercuriel d'intensité parallèle à celle des accidents dont elle est atteinte: aussi, quand on relève les antécédents d'un malade, pourrait-on, je crois, considérer comme à peu près correspondant à des antécédents de gravité sensiblement égale les expressions suivantes: syphilis légère et traitement court, syphilis forte et traitement long. Les statistiques du professeur Fournier me paraissent justifier cette manière de voir.

Si nous comparons les statistiques de l'éminent professeur relatives à la syphilis cérébrale, nous trouvons sur 100 cas, comme antécédents:

Syphilis très bénigne. . . . .	17 cas.
Syphilis bénigne . . . . .	54 —
Syphilis moyenne. . . . .	22 —
Syphilis intense . . . . .	7 —

Comme antécédents thérapeutiques:

Traitement intense. . . . .	5 cas.
Traitement moyen . . . . .	6 —
Traitement de cinq à dix-huit mois . . . . .	10 —
Traitement d'un à six mois . . . . .	70 —
Traitement nul. . . . .	4 —
Traitement exclusif par l'iodure de potassium. . . . .	5 —

Si pour saisir plus facilement l'ensemble d'évolution des accidents nous ramenons les malades à deux classes, nous trouvons comme antécédents des malades atteints de syphilis cérébrales:

Syphilis légères. . . . .	71 cas.
Syphilis moyennes ou intenses . . . . .	29 —

**Dr. J. Carrillo.**

Calle del Roble 48.

MONTERREY, N. L. MEX.

Comme antécédents thérapeutiques:

Traitement nul ou de moins de six mois. . . . .	79 cas.
Traitement de plus de six mois . . . . .	21 —
dont 11 seulement au-dessus de dix-huit mois.	

Et nous arrivons à cette conséquence que parmi les malades qui ont abouti à la syphilis cérébrale, non seulement ceux qui ont eu des syphilis bénignes, mais encore une grande proportion de ceux qui ont eu des syphilis moyennes ou des syphilis intenses n'ont pu ou n'ont voulu se soumettre à un traitement prolongé, puisque 11 p. 100 seulement de ces malades ont subi des traitements de plus de dix-huit mois, alors que 29 p. 100 avaient eu des syphilis moyennes ou intenses.

Si nous nous reportons à la statistique relative aux accidents tertiaires, nous voyons d'une part, sur 1 664 cas:

Syphilis très bénignes . . . . .	1 424 cas.
Syphilis bénignes . . . . .	131 —
Syphilis intenses. . . . .	45 —
Syphilis précoces. . . . .	64 —

D'autre part, sur un total de 1 703 malades, chiffre se rapprochant beaucoup du précédent, nous voyons comme traitement suivi:

Traitement nul, absolument nul. . . . .	217 cas.
Traitement court (au-dessous d'un an). . . . .	1 162 —
Traitement moyen (d'un à deux ans). . . . .	265 —
Traitement long (au-dessus de deux ans). . . . .	53 —
Traitement d'une durée supérieure à trois ans. . . . .	6 —

En résumé:

Sur 1 664 cas de syphilis tertiaires:

1 555 à début bénin ou. . . . .	93 p. 100
109 à début intense ou ulcéreuses précoces, soit . . . . .	7 p. 100

Sur 1 703 malades, le traitement a été:

Nul ou au-dessous d'un an. . . . .	1 379 ou 80 p. 100
D'un à deux ans. . . . .	265 ou 15,56 p. 100
Au-dessus de deux ans . . . . .	59 ou 3,5 p. 100



N'est-il pas intéressant de voir que, dans des formes de syphilis où les cas intenses, où les formes ulcéreuses précoces figurent pour 7 p. 100, où la répétition des accidents est par conséquent fréquente, se fait généralement pendant des laps de temps prolongés, les malades qui se sont soignés pendant deux ans ne figurent que pour 3,5 p. 100? Cela montre quelle répulsion ou quelles difficultés la plupart des malades éprouvent à se soigner, combien la plupart d'entre eux échappent volontiers au traitement dès qu'ils n'ont pas des indications urgentes. N'est-il pas effrayant de voir qu'en face de 64 syphilis précoces graves et de 45 syphilis intenses au début nous ne voyons que 59 malades s'étant soumis à un traitement de plus de deux ans?

Un chiffre curieux est celui que l'on obtient en rapprochant les malades atteints d'accidents cérébraux qui se sont soumis à un traitement de moins de 18 mois et ceux atteints d'accidents tertiaires qui ont subi une durée égale de traitement, chiffre obtenu approximativement en ajoutant aux 1 162 qui ont eu moins d'un an de traitement la moitié des 265 qui ont eu d'un à deux ans de traitement. La moyenne est à peu près égale dans l'un et l'autre cas; elle est de 80 p. 100 dans le premier cas; elle est de 76 p. 100 dans le second. Il semble qu'un traitement de dix-huit mois soit le grand maximum qu'on obtienne de la plupart, des trois quarts des malades : au-dessus et au-dessous se trouvent en proportion à peu près égale les syphilitiques qui ne suivent pas de traitement (9 et 12 p. 100), soit que leur syphilis ait été méconnue, soit qu'elle ait été méprisée par eux, et ceux qui s'astreignent à un traitement prolongé (11 p. 100), soit par raison, soit par nécessité; un huitième environ des malades ont suivi des traitements plus ou moins prolongés; un huitième environ des malades qui arrivent aux accidents graves ne se sont pas traités.

En voyant la rareté des malades qui consentent à se soumettre à un traitement prolongé, même parmi ceux atteints de syphilis intenses au début, n'y a-t-il pas lieu de se demander si là ne se trouve pas la cause du chiffre peu élevé des malades

s'étant longuement traités qui figurent dans les statistiques de malades atteints d'accidents tardifs? Quand une proportion relativement minime de malades consent à se soumettre à des traitements longs, il serait étonnant et malheureux de voir le nombre des malades s'étant longuement traités figurer dans une proportion considérable dans le chiffre des malades atteints d'accidents tardifs.

Un chiffre paraît significatif, c'est celui des malades non traités figurant parmi ceux qui aboutissent au tertiarisme (10 à 12 p. 100); un pareil chiffre semble à première vue indiquer une grande disposition au tertiarisme chez les malades non traités; car le nombre des syphilitiques, qui, accidentellement ou volontairement, ne suivent aucun traitement, paraît à première vue de beaucoup inférieur au huitième des malades : la proportion des syphilitiques non traités aboutissant au tertiarisme semble donc relativement considérable.

Les *statistiques de la syphilis héréditaire* montrent une grande majorité de malades non traités, un chiffre relativement faible de malades traités, et particulièrement de malades longtemps traités.

Le professeur Fournier, relevant la marche des grossesses dans le ménage de quatorze syphilitiques qui ne s'étaient pas traités, trouve un total de 37 fausses couches ou morts en bas âge sur 45 grossesses. Sur 119 cas de syphilis héréditaire provenant du père, le même auteur constate que dans 59 cas le père n'a suivi aucun traitement; 36 fois le traitement avait été très court; 21 fois il avait été de durée moyenne; 3 fois seulement il avait été prolongé; mais l'honneur des heureux effets obtenus contre la syphilis héréditaire doit-il être rapporté exclusivement au mercure? Assurément non.

La syphilis héréditaire diminue de fréquence au fur et à mesure que la syphilis des parents devient plus ancienne, elle est rare au cours du traitement et chez les malades qui viennent d'être récemment traités. Les malades qui figurent dans les statistiques comme ne s'étant pas traités sont ou des



malades dont la syphilis est méconnue ou des malades insoucians qui méprisent la vérole, et qui, partant, ne se traitent pas, agissent comme s'ils étaient sains. De tels malades entrent dans la voie du mariage, ou inconscients par l'ignorance de leur maladie, ou avec la même insouciance et la même légèreté qui leur ont fait mépriser le traitement de la syphilis; ils y entrent dès que la première occasion se présente, voire même alors qu'ils sont en pléines manifestations secondaires. Rien d'étonnant que de tels malades, récemment entrés dans la syphilis, n'ayant subi aucun traitement rapproché, pas même éloigné, apportent, le jour où ils entrent dans la voie du mariage, un fort contingent à la syphilis héréditaire. Tout au contraire les malades qui ont subi un traitement prolongé sont dans des conditions absolument contraires; ce sont des malades dont la syphilis est déjà ancienne, puisque leur traitement a duré longtemps; ils réalisent de ce premier chef, syphilis déjà ancienne, des conditions avantageuses qui doivent entrer en ligne de compte et empêchent d'attribuer à la seule longue durée de leur traitement mercuriel tout l'honneur de la non-infection de leur descendance. Ces syphilitiques du reste, gens prudents, gens avertis, se soumettent souvent à un traitement de garantie dans les semaines qui précèdent leur mariage et se mettent par là dans les meilleures conditions pour éviter la syphilis héréditaire.

Traiter le père, traiter la mère au moment du mariage, avant la conception, et arriver par ce procédé à prévenir la syphilis chez l'enfant, avant même sa naissance, peut paraître au premier abord l'argument le plus puissant en faveur de l'action préventive du mercure : garantir presque à coup sûr un enfant d'un mal dont il ne doit être atteint que quelques mois, quelques années plus tard, n'est-ce pas là un traitement préventif par excellence?

Diday, l'adversaire déclaré de l'action préventive des traitements mercuriels, refusait de voir, dans l'action heureuse, sur l'enfant, du traitement imposé au père ou à la mère avant

ou au cours de la grossesse, une action préventive; pour lui, il n'y avait là qu'une action curative banale et directe. Si on ne considère que l'enfant, disait-il, la médication est assurément des plus préventives, puisqu'elle exerce son action non seulement avant la venue du mal, mais même avant la venue, avant la conception de l'enfant qui doit en être atteint; mais ce qu'il faut considérer, c'est le père même, c'est la mère à qui le traitement est appliqué; or celui-ci, vous ne le guérissez pas d'un mal à venir, vous le guérissez d'un mal dont nous ne connaissons pas exactement la nature, mais qu'il porte en lui-même au moment où le traitement est commencé, de sa malheureuse tendance à produire des enfants syphilitiques; ce mal peut n'avoir actuellement aucune manifestation extérieure capable de le trahir, mais il n'en existe pas moins au moment où le traitement est commencé, et celui-ci n'agit, comme toujours au cours de la syphilis, que sur un méfait actuellement existant de la maladie; il est comme toujours essentiellement curatif chez le père ou la mère à qui il est appliqué, nullement préventif.

Un fait est certain, c'est que l'effet heureux produit sur la grossesse par un traitement anti-syphilitique récent peut ne pas persister pour les grossesses suivantes et ne constitue pas une immunité définitive, une action préventive durable.

Nul exemple plus probant ne saurait être invoqué que l'observation de cette femme syphilitique, citée par tous les auteurs en l'honneur du traitement mercuriel : sept premières grossesses n'avaient abouti qu'à des avortements ou à la naissance d'enfants bientôt enlevés par la syphilis; pendant une huitième et une neuvième grossesse, la malade suit un traitement anti-syphilitique : deux enfants naissent sains; pendant une dixième grossesse, pas de traitement : naissance d'un enfant syphilitique qui meurt à six mois; une onzième grossesse, pendant laquelle la malade se soigne, amène un enfant sain. De tels faits démontrent que l'effet heureux exercé sur le générateur par le traitement est immédiat, mais peut être passager et sans durée; il faut donc ne pas se considérer



comme à tout jamais maître de la situation parce qu'on aura sauvé de la syphilis un enfant en traitant ses parents syphilitiques; il ne faudra pas abandonner ceux-ci à eux-mêmes pour la grossesse suivante.

De tous les faits que nous venons de rapporter, il ressort que, dans toutes les statistiques, les malades qui se sont peu ou ne se sont pas traités forment toujours les gros bataillons; les malades qui se sont traités pendant longtemps forment un groupe restreint. Doit-on rapporter à l'activité des traitements intensifs tout l'honneur de ce résultat? Est-on en droit de conclure absolument de tels chiffres que les malades ayant suivi des traitements de durée relativement courte sont arrivés en plus grand nombre aux accidents graves, parce qu'ils ne s'étaient pas très longtemps soignés; que les malades longuement traités figurent en petit nombre parce que le traitement prolongé a sauvé des mêmes accidents la plupart de ceux qui avaient consenti à le suivre? L'inégale proportion dans les statistiques des malades qui se sont longuement traités et de ceux qui n'ont suivi que des traitements de courte durée ne s'explique-t-elle pas en grande partie par l'horreur, par la difficulté que la plupart des syphilitiques ont à se soumettre à un traitement multi-annuel, à un traitement longtemps prolongé après la disparition des accidents?

Pour bien se rendre compte de ce que font les différents traitements pour l'avenir de la syphilis, il serait bon de ne pas se contenter des statistiques établissant dans quelles proportions les malades qui arrivent aux accidents graves tardifs se sont soumis à des traitements prolongés, courts, nuls.

Pour apprécier exactement la valeur des chiffres fournis par de telles statistiques, il nous faudrait pouvoir mettre, en regard de ces statistiques, des chiffres indiquant dans quelles proportions les syphilitiques en général consentent à se soumettre à un traitement long, court, ou ne se traitent pas du tout. Nous avons vu que dans les statistiques du professeur Fournier, relatives à la syphilis cérébrale et à la syphilis tertiaire, les malades,

qui se sont peu ou moyennement traités figurent pour 75 p. 100, ceux qui n'ont suivi aucun traitement et ceux qui ont suivi des traitements d'une certaine durée, les uns et les autres à peu près également pour le chiffre de 12 p. 100. Or personne de nous, je crois, n'est capable de dire jusqu'à quel point ces proportions diffèrent, s'éloignent de celles que fourniraient des statistiques établissant dans quelles proportions l'ensemble des syphilitiques consent à se soigner beaucoup, moyennement, peu ou pas du tout. A côté de cette statistique générale, il serait bon aussi de posséder la statistique des malades qui, après l'extinction des accidents secondaires, échappent à toute manifestation syphilitique, de voir quels traitements ces malades ont suivis, dans quelles proportions figurent les traitements de longue et de courte durée.

En rapprochant ces différentes statistiques, on verrait s'il existe entre elles une bien grande différence, un renversement marqué des proportions dans lesquelles les malades longuement, peu ou pas traités figurent. Alors seulement on pourrait juger avec exactitude l'influence que les différents traitements exercent sur l'avenir de la syphilis, sur son extinction. Si les malades longuement traités figuraient en nombre relativement petit dans les statistiques des malades atteints d'accidents tardifs, en nombre sensiblement plus grand dans les statistiques des malades indemnes; si les malades traités par la méthode opportuniste et mitigée figuraient tout au contraire en grand nombre dans les malades à accidents tardifs, en petit nombre dans les malades complètement guéris après un certain temps, nous serions en droit de conclure d'une manière ferme à la haute supériorité des traitements prolongés. Mais s'il est facile de retrouver des malades atteints d'accidents tardifs qui reviennent forcément consulter le médecin, il en est tout autrement des malades complètement guéris; il est, partant, difficile d'établir l'histoire des malades arrivés à guérison complète.

Le syphilitique qui a traversé la période des accidents



secondaires et est arrivé à une guérison apparente échappe généralement à notre observation après un laps de temps plus ou moins long, et nous ne pouvons le suivre assez longtemps dans les différents épisodes de sa vie pour savoir exactement quel avenir nous lui avons préparé, quelle immunité il a acquise contre les accidents à longue échéance. Tout au plus pouvons-nous suivre quelques malades vivant dans notre entourage, quelques clients revus de loin en loin; tout au plus pouvons-nous obtenir quelques renseignements d'anciens syphilitiques rencontrés par hasard sur notre route : tout cela constitue un chiffre bien insuffisant pour arriver à des nombres importants et à des résultats concluants. J'ai bien souvent interrogé les malades qui entraient dans mes salles d'hôpital, ceux qui venaient à ma consultation, dans le but de découvrir parmi eux les anciens syphilitiques : auprès de ceux-ci, je me suis enquis de ce qu'avait été leur syphilis au début, du traitement qu'ils avaient suivi, des accidents qu'ils avaient éprouvés depuis l'infection syphilitique et qu'on aurait pu attribuer à la syphilis; aux gens mariés, j'ai demandé combien ils avaient eu d'enfants et quelle était la santé de ces derniers. De ces interrogatoires, un fait est ressorti : chaque fois qu'on réunit un groupe de syphilitiques, syphilitiques s'étant heureusement tirés de leur maladie ou syphilitiques gravement atteints, les malades s'étant peu traités constituent les gros bataillons, et cependant bon nombre, après avoir franchi une période d'accidents secondaires plus ou moins intenses, semblent destinés à ne plus entendre parler, leur vie durant, de leur syphilis.

Diday arrive à cette conclusion appuyée sur une série d'observations suivies pendant plusieurs années, que l'intensité ultérieure de la maladie, la gravité des accidents présentés par les syphilitiques accusent une égalité presque absolue entre les récidives apparues après une hydrargyrisation plus ou moins prolongée et les récidives apparues sans avoir été précédées par cette médication<sup>1</sup>.

1. DIDAY. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1882.

Les faits que j'ai observés ne sont pas assez nombreux, assez catalogués, pour que j'ose être aussi affirmatif dans mes conclusions que l'était Diday; mais ce que je crois pouvoir dire, c'est que le traitement opportuniste est suffisant pour beaucoup de malades.

Voici en quels termes mon collègue Mauriac apprécie l'action préventive du traitement anti-syphilitique :

« Il saute aux yeux que si le mercure et l'iodure de potassium possédaient une action préventive radicale ou tout au moins aussi efficace que leur action curative, bien peu de personnes seraient longtemps victimes de leur syphilis... Or, est-ce ainsi que les choses se passent? Évidemment non; car, d'une part on voit, et j'en ai été témoin maintes fois, les accidents les plus graves survenir en plein traitement, alors qu'on faisait tout ce qu'il est spécifiquement possible de faire pour les prévenir; tandis que, d'autre part, on voit la syphilis rester bénigne, superficielle et s'arrêter court, chez des individus insouciants qui ne se sont pas donné la peine d'absorber un centigramme de mercure ou un gramme d'iodure de potassium.

« L'ensemble des faits fournit donc, à première vue, un argument péremptoire contre l'action préventive absolue. On se retranche alors dans des cas particuliers et on dit : tel malade, fâcheusement prédisposé, a passé de rudes épreuves, malgré le traitement spécifique; mais son sort eût été bien plus néfaste s'il ne s'était pas traité du tout. Sans doute, cela est vrai dans une certaine mesure et je l'accorde volontiers, quoiqu'on en soit forcément réduit, en pareil cas, à une supposition. Mais, par contre, combien de fois ne pourrait-on pas répondre en montrant des sujets qui n'ont eu que des accidents bénins et éphémères et qui ont fait promptement justice eux-mêmes de leur syphilis, quoiqu'ils n'eussent pris aucun remède? Que serait-il arrivé de mieux s'ils s'étaient gorgés de mercure et d'iodure de potassium?

« Ne faut-il pas conclure de ce qui précède que si l'action préventive existe, elle est incomplète et qu'elle n'em-



pèche pas, la plupart du temps, les accidents de se produire à brève échéance, quand ils sont condamnés à survenir par le processus naturel de la maladie.

« Or, si cette action est incomplète et de plus très courte, puisque presque toujours ces manifestations se produisent cinq ou six fois sous une forme ou sous une autre pendant les deux ou trois années que dure la période virulente, comment cette action aurait-elle une longue portée, une puissance assez profonde et assez permanente pour dominer la situation morbide vingt ou trente ans après l'administration des spécifiques, alors qu'elle leur échappait en pleine période active du traitement ? »

« Et dans la période tertiaire est-ce que les récidives ne sont pas la règle aujourd'hui comme autrefois, avant qu'on eût découvert les applications de l'iodure de potassium ? Malgré les propriétés merveilleuses de ce médicament, ne voyons-nous pas tous les jours des malades retomber sans cesse dans le même ordre d'accidents, lorsqu'ils en absorbent des quantités considérables ? Peut-être ces accidents de récidive auraient-ils été plus graves sans une médication iodurée antérieure ; mais enfin cette médication ne les a pas empêchés de se produire à leur heure et de déjouer notre grande confiance dans la spécificité thérapeutique préventive. »

Si la syphilis n'avait pas tendance spontanée à s'éteindre complètement et définitivement chez un grand nombre, chez la plupart peut-être des malades, si les traitements atténués ne suffisaient pas à la mener à bien, si le traitement énergique et suivi était nécessaire pour en obtenir l'extinction, il est effrayant de penser aux ravages considérables que la maladie devrait exercer sur l'humanité, étant donnée sa fréquence, étant donné le nombre relativement petit des malades qui consentent à se soumettre à un traitement prolongé, à un traitement dépassant de beaucoup la période active des accidents secondaires.

« En présence de tous les faits que nous observons chaque jour, en présence des améliorations importantes et immé-

diates que nous apportons aux syphilitiques par nos divers traitements, il semble difficile de ne pas admettre que nous précipitions souvent l'extinction de la maladie. »

Nous arrivons volontiers à cette conclusion : « qui améliore aussi nettement le présent doit aussi probablement améliorer en quelque proportion l'avenir et qu'il est possible que, chez un certain nombre de syphilitiques au moins, nous précipitions l'extinction définitive et complète de l'infection, qu'il ne reste plus à nos malades que la vaccination contre toute nouvelle réinfection sans la menace de nouveaux accidents ». Si volontiers nous nous laissons aller à cette espérance, nous sommes incapables d'établir d'une façon nette l'influence heureuse de chaque traitement sur l'avenir tardif du syphilitique ; nous sommes incapables d'établir d'une façon incontestable la supériorité relative des traitements prolongés et des traitements opportunistes, des traitements intensifs et des traitements mitigés.

Quand il s'agit de décider dans quelles proportions un traitement plutôt qu'un autre conduit à l'extinction de la maladie, nos notions sur le bien que nous sommes capables de faire sont trop vagues pour que nous puissions apprécier d'une façon certaine la supériorité de celui-ci sur celui-là. Quand un opportuniste prétend obtenir avec son traitement, incontestablement plus commode à suivre, des résultats aussi avantageux que ceux procurés par la méthode des cures intermittentes et prolongées, le défenseur de ces dernières est bien embarrassé pour démontrer irréfutablement la supériorité de sa méthode ; quand les partisans des injections de sels insolubles viennent affirmer que dans leur méthode est le salut, il est bien difficile d'affirmer à chacun ce qu'il y a de vrai, ce qu'il y a d'excessif dans ses prétentions. La conviction d'un chacun n'est du reste pas telle que partisans de l'une et l'autre méthode ne se départent souvent de la rigueur de leurs formules ; le partisan des traitements prolongés abrège souvent la durée officielle de son traitement au profit des syphilitiques légèrement atteints ; l'opportuniste