

UNIVERSITE de LIMOGES
Faculté de Pharmacie

ANNEE 1999



THESE N° 325/1

UNE HISTOIRE DE SYPHILIS



THESE

POUR LE

**DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

présentée et soutenue publiquement le 23 juin 1999

par

Charles JOUVE

né le 25 mai 1971 à La Châtre (Indre)

EXAMINATEURS de la THESE

Madame BOSGIRAUD Claudine, <i>Professeur</i>	PRESIDENT
Monsieur BONNETBLANC Jean-Marie, <i>Professeur</i>	JUGE
Madame FAURE Monique, <i>Maître de Conférences</i>	JUGE
Madame RATZIMBAZAFY Voahirana, <i>Pharmacien</i>	JUGE

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE PHARMACIE

DOYEN DE LA FACULTE: Monsieur le Professeur GHESTEM Axel

ASSESEURS: Monsieur le Professeur HABRIOUX Gérard
Monsieur DREYFUSS Gilles - Maître de Conférences

PROFESSEURS:

BENEYTOT Jean-Louis	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
BERNARD Michel	PHYSIQUE-BIOPHYSIQUE
BOSGIRAUD Claudine	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE PARASITOLOGIE
BROSSARD Claude	PHARMACOTECHNIE
BUXERAUD Jacques	CHIMIE ORGANIQUE CHIMIE THERAPEUTIQUE
CARDOT Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE
CHULIA Albert	PHARMACOGNOSIE
CHULIA Dominique	PHARMACOTECHNIE
DELAGE Christiane	CHIMIE GENERALE ET MINERALE
GHESTEM Axel	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
HABRIOUX Gérard	BIOCHIMIE - BIOLOGIE MOLECULAIRE
LACHATRE Gérard	TOXICOLOGIE
MOESCH Christian	HYGIENE-HYDROLOGIE-ENVIRONNEMENT
OUDART Nicole	PHARMACODYNAMIE

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

A notre Président de thèse

Madame BOSGIRAUD Claudine,
Professeur des Universités de Bactériologie-Virologie, Parasitologie,

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger cette thèse,
Soyez remerciée de toute l'aide apportée tout au long de ce
travail et de votre disponibilité durant ces années d'études.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A nos juges

Madame FAURE Monique,
Maître de Conférences en Pharmacie Galénique,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.
Soyez assurée de notre profond respect.

Madame RATZIMBAZAFY Voahirana,
Pharmacien des hôpitaux,

Vous nous faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury de thèse,
Nous tenons à vous remercier pour l'intérêt porté à ce travail et pour vos qualités humaines.
En espérant que ce travail sera digne de la très haute estime que nous vous portons.

Monsieur BONNET BLANC Jean-Marie
Chef de service de Dermatologie,
Professeur en dermatologie,

L'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail nous touche profondément,
Soyez assuré de notre respectueuse reconnaissance et de toute notre gratitude.

A mes parents,

A ma famille,

A mes amis.

PLAN

Ière PARTIE : LES ORIGINES DE LA SYPHILIS

I-Origin du mot syphilis

II-Les différentes théories sur l'origine de la syphilis maladie

- 1-La théorie archéologique de l'origine de la syphilis
- 2-La théorie colombienne
- 3-La théorie Italienne : le mal de Naples
- 4-Les autres théories
- 5-Conclusion

II^{ème} PARTIE :

ASPECTS BACTERIOLOGIQUES ET CLINIQUES

I-Aspect bactériologique

- 1-Agent causal
- 2-Morphologie et mobilité
- 3-Structure antigénique
- 4-Métabolisme et culture

II-Aspects cliniques

- 1-Mode de contamination
- 2-Les différents stades de la syphilis

III-Diagnostic

- 1-Diagnostic biologique direct
- 2-Diagnostic indirect sérologique

- 3-Nouvelles approches diagnostiques
- 4-Cinétique des anticorps
- 5-Interprétation des résultats des réactions de dépistage
- 6-Les réactions de dépistage de la syphilis réalisées chez les patients séropositifs au virus du SIDA
- 7-Sérologie syphilitique positive chez une femme enceinte

IIIème PARTIE : ASPECTS SOCIAUX ET THERAPEUTIQUES AU COURS DES SIECLES

I-Moyen-Age : fin du XVème siècle

- 1-L'épidémie Européenne
- 2-Joseph Grunpeck, un témoin « privilégié »
- 3-Les premiers conseils
- 4-Les premières mesures

II- XVIème siècle: la grosse vérole

- 1-Les nouveaux traités médicaux (1502-1514)
- 2-Les aventures du chevalier Ulrich von Hutten
- 3-La thérapeutique mercurielle
- 4-Le Gaïac : « le saint bois »
- 5-Le mercure contre le Gaïac
- 6-L'organisation de la lutte
- 7-François 1er et la vérole

III-Le XVIIème siècle

- 1-La maladie de la honte
- 2-Le traitement de la vérole
- 3-Les mesures prophylactiques

IV-Le XVIIIème siècle

- 1-La réflexion théorique
- 2-Les traitements
- 3-Libertinage et vérole
- 4-De la maison force à l'hôpital

V-Le XIXème siècle

- 1-L'évolution médicale
- 2-Prophylaxie et prostitution
- 3-La syphilis et l'art

VI-Le XXème siècle

- 1-De 1900 à 1943
- 2-De 1943 à nos jours

INTRODUCTION

La syphilis est une tréponématose dont l'agent responsable est « *Treponema pallidum* » ou tréponème pâle. C'est une maladie à déclaration obligatoire, contagieuse, qui atteint l'homme dans ce qu'il a de plus intime c'est-à-dire sa sexualité, son psychisme et son physique. Elle fut historiquement la maladie sexuellement transmissible la plus grave avant l'apparition du syndrome d'immuno déficience acquise ou SIDA au début des années 1980.

Cette tréponématose, aux multiples dénominations dont la plus connue était la vérole, est apparue de façon majeure à la fin du XV^{ème} siècle en même temps que la découverte du Nouveau Monde avec le retour en Europe du premier voyage de Christophe Colomb. Son origine très mystérieuse créa de nombreux débats et hypothèses que nous exposerons en essayant d'en tirer des conclusions.

Nous développerons ensuite les aspects bactériologiques, cliniques et diagnostiques de la syphilis de manière à mieux comprendre l'évolution de cette maladie notamment ses divers modes de contamination et ses symptômes.

Enfin, au cours des siècles, cette maladie socio-culturelle engendra terreur, châtements, mendicité, discrimination, folie et péché de chair. Nous parlerons de ces divers aspects sociaux mais nous nous intéresserons aussi à toute l'évolution des traitements antisypilitiques. En effet, depuis la fin du XV^{ème} siècle, de nombreuses thérapeutiques ont vu le jour, malheureusement sans succès jusqu'à l'arrivée de la pénicilline dans les années 1940 qui tua le mal et soulagea l'humanité terrorisée depuis cinq siècles.

PREMIERE PARTIE :
LES ORIGINES DE LA SYPHILIS

I-Origine du mot syphilis

L'appellation maladie vénérienne a comme origine Vénus, la déesse romaine de l'amour. Aujourd'hui les maladies sexuellement transmissibles occupent une place particulière dans l'éventail de la pathologie humaine ; ce sont les seules désignées par leur mode d'acquisition (48).

L'italien Girolamo Fracastoro (voir figure n° 1), homme universel, médecin, géographe, astronome, poète et écrivain de talent, a écrit en 1530 un magnifique poème intitulé « *Syphilis sive morbus gallicus* » dédié au cardinal Bembo.

Fracastoro y décrit à la manière des Géorgiques de Virgile l'histoire d'un berger, Syphilus ou syphile, atteint d'une syphilis « à marche rapide » qu'Apollon lui aurait infligé comme punition : Le Dieu Apollon furieux déchaîna sur toute la contrée une maladie honteuse qui s'attaqua à Syphile tout d'abord, puis se répandit partout sans épargner le roi lui-même. « Syphile a le corps couvert d'ulcères honteux, il fut le premier qui connut les nuits sans sommeil et les crampes dans les membres ». Syphile laissera son nom à la maladie (70).

Le berger Syphile qui gardait les troupeaux du Roi Accinais avait renversé les autels du soleil parce que le Dieu Apollon avait desséché les sources de toute la région et ses troupeaux mouraient de soif.

Le fameux poème (voir figure n° 2), publié à Venise, était d'un didactisme d'une rare précision avec des envolées tour à tour épiques et géorgiques, qui le plaça parmi les chefs d'œuvre de son époque (5).

Mais où Fracastor a-t-il pris ce nom ? Les avis sont partagés. De nombreuses théories ont été élaborées par des grammairiens (73).

Pour certains, il est la fusion de « *sun* » qui signifie ensemble et de « *philia* » qui signifie amitié. Pour d'autres, Syphilis tire son origine de « *philis* » qui signifie difforme, infirme. D'autres ont suggéré la racine « *sues* » de syphilis ce qui se traduit par truie ou prostituée ; syphilis se traduirait par « l'amour des cochons » ou « l'amour de prostituées ».



Figure n° 1 : Girolamo Fracastoro de Vérone (1483-1553) (82).



HIERONYMI FRACASTORII.

HIERONYMI FRACASTORII
SYPHILIS.
SIVE MORBUS GALLICUS
AD P. BEMBVM.

Vi casus rerum uarij, quæ semi-
nis morbum
q Insuetum, nec longa ulli per se-
cula uisum
Attulerint : nostra qui tempesta-
te per omnem

E uropam, partimq; Asia, Libyęq; per urbes
Sæuit : in Latium uero per tristia bella
Gallorum irrupit : nomenq; à gente recepit.
Nec non et quæ cura : et opis quid comperit usus,
Magnaq; in angustiis hominum sollertia rebus :
Et monstrata Deum auxilia, et data munera cæli,
Hinc canere, et longe secretas quærere causas
Aëra per liquidum, et uasli per sycera olympi
Incipiam, dulci quando nouitatis amore

Figure n° 2 : Fracastor et le début de son fameux poème « syphilis sive morbus gallicus » (70).

Fracastor aurait tiré le mot syphile du mont Sypile qui aurait été mal orthographié dans une réédition de 1480. Le mont Sypile fut décrit dans une œuvre d'Ovide, poète latin, où il est question de mythologie grecque. Fracastor aurait pris ce nom pour désigner la vérole et aurait été induit en erreur en lisant cette réédition. Le terme syphilis tirerait donc son origine de Sypile. Cette dénomination ne se développera qu'à la fin du XVIII^{ème} siècle, l'appellation la plus utilisée jusque là étant celle de la « vérole » (10, 18).

Mais chaque peuple avait coutume de donner une dénomination spéciale à la syphilis. Ainsi les Turcs l'appelèrent : mal des chrétiens et les Italiens : mal des Français... Toute une multitude de noms se succéda, le mal de St Servent, les bubas, la Gorre, la grand'or, le mal de St Mevius, le mal de St Roch, la diablerie, la Gaillardise. Même à l'intérieur de chaque pays les noms pouvaient être différents : la peste de Bordeaux, le mal du carrefour de Poitiers, la gorrhe de Rouen, le mal de Niort (70).

Un certain nombre d'écrivains, en particulier des plus grands humanistes strasbourgeois, avaient paru avant la publication de l'édit de Maximilien. Ils donnèrent à la maladie différents noms : « scorra » (Gale), « scorra pestilens » (Brant), « mal français », « la grosse vérole », « Schwere Krankheit » « der Beatein und Blasen », « blotern, mentagra », « maladie de Job » (Murner), « mal de Saint Méen » (Widmann) d'après le nom d'un pieux abbé de Bretagne qui s'était voué aux soins des maladies repoussantes (55).

De toutes les appellations, la plus connue fut la grosse vérole très employée au XV^{ème} et XVI^{ème} siècle (à l'origine *Morbus gallicus*) différente de la petite vérole, nom donné à la variole.

II-Les différentes théories sur l'origine de la syphilis maladie

1-La théorie archéologique

L'origine vénérienne de la syphilis est un sujet controversé depuis plusieurs siècles. Deux théories principales s'affrontent : la thèse « américaine » soutenant l'introduction en Europe à la fin du XV^{ème} siècle d'un mal nouveau provenant du nouveau monde et la thèse opposée qui défend l'existence de cette maladie en Europe depuis les temps les plus reculés (34).

En effet, le centre archéologique du Var a découvert à Costebelle près de Hyères, vingt-six tombes qui remontent entre le III^{ème} et le V^{ème} siècle après Jésus Christ. Parmi celles-ci, une sépulture contient les restes osseux parfaitement conservés d'une femme âgée d'environ 52 ans +/- 2,5 ans et de son fœtus âgé d'environ 7 mois en place dans la cavité pelvienne (34). Le squelette du fœtus « cristobal », découvert dans la première tombe (voir figures n° 3 à 6), présente de nombreuses lésions osseuses pathologiques : des appositions périostées de la voûte crânienne et des os longs, des résorptions osseuses plus ou moins importantes touchant électivement les extrémités des os longs et la corticale externe de la voûte crânienne, des calcifications engainantes localisées principalement au niveau de la voûte crânienne et de l'extrémité distale des membres supérieur et inférieur gauches. L'association des lésions du périoste et d'ostéite incite à dire que le squelette foetal présente une pathologie manifestement d'origine infectieuse. Ces altérations osseuses qui correspondent aux critères d'une syphilis congénitale précoce décrite dans la littérature, permettent de poser le diagnostic pour l'affection présentée par « Cristobal » (35).

La technique d'amplification génique par PCR (polymerase chain reaction) à partir des ossements anciens devrait permettre aux anthropologues de préciser leur diagnostic (36).

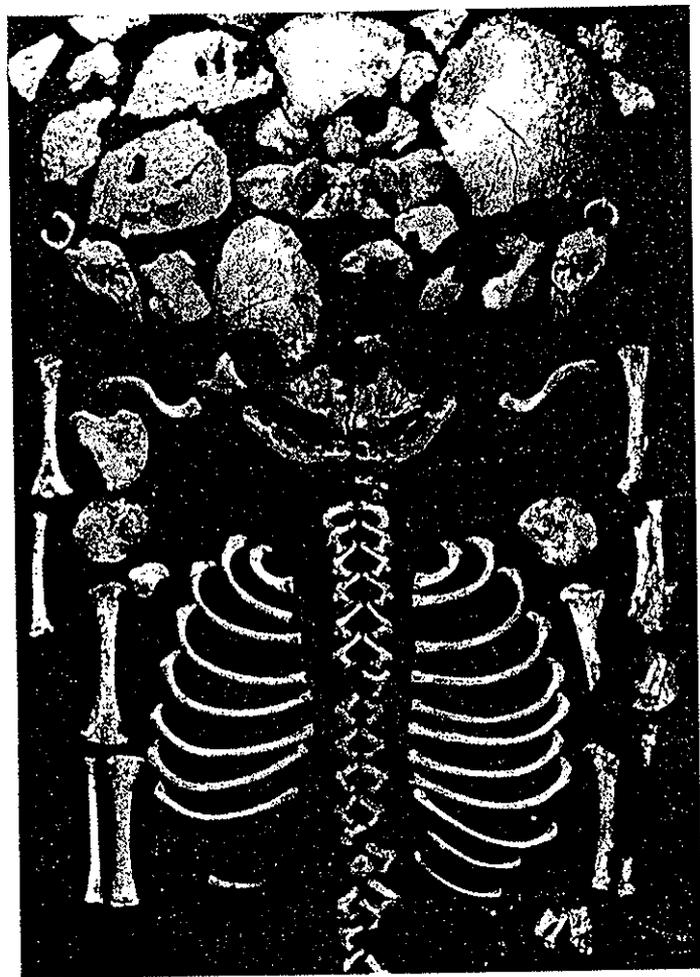


Figure n° 3 : Reconstitution du squelette foetal (35).

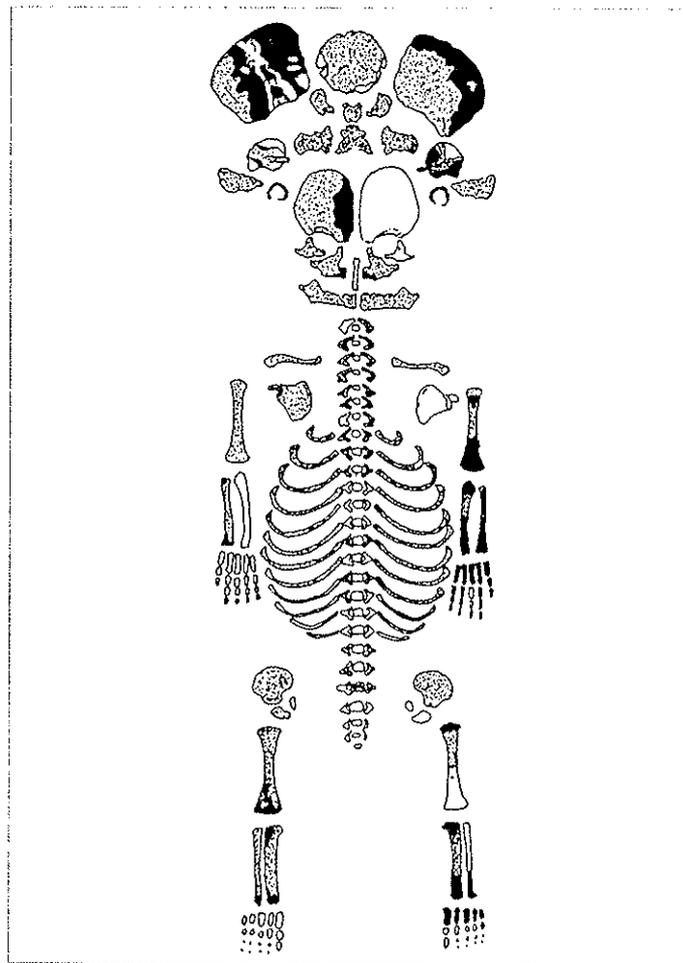


Figure n° 4 : Schéma montrant les altérations pathologiques du squelette foetal.
Grisé : os normaux conservés, Noir : zones pathologiques, Blanc : éléments osseux absents (35).



Figure n° 5 : Résorption osseuse de l'extrémité proximale de l'humérus gauche (35).

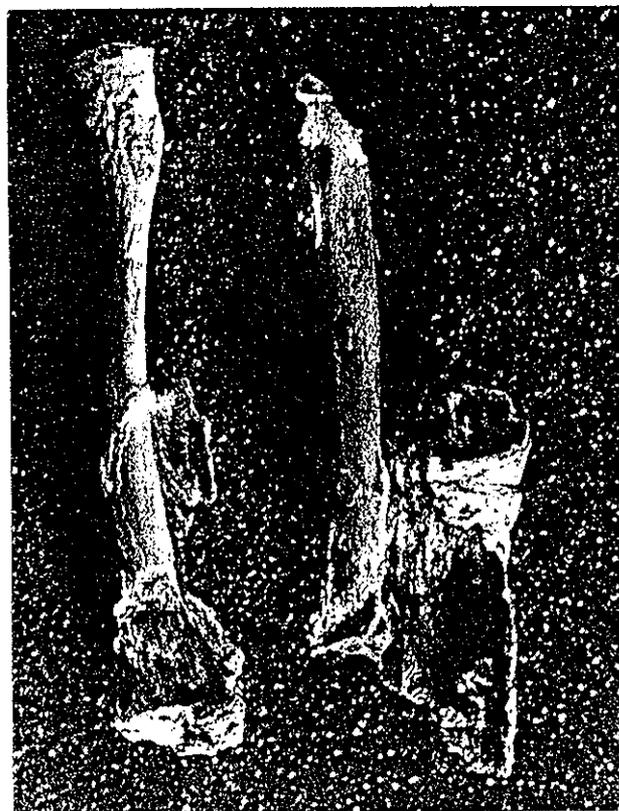


Figure n° 6 : Lésions pathologiques des deux os de l'avant-bras gauche (35).

Le cas du sujet féminin de la première tombe est totalement inédit : il pose le problème d'une grossesse à un âge avancé et celui d'une syphilis congénitale précoce remontant au IV^{ème} siècle après Jésus Christ (33).

Outre le cas de Costebelle, des lésions évoquant des tréponématoses ont été découvertes à Métaponte et Héraclée (Italie VI^{ème} et III^{ème} siècles avant Jésus Christ) mais aussi dans une nécropole du Bas empire de Lisieux et dans le Calvados contemporaine de celle de Costebelle (35).

En Egypte, parmi les quelques trois milles squelettes étudiés jusqu'ici par Eugen Strouhal, il n'a été trouvé aucun cas de lésion syphilitique, selon les critères de Hackette (1976) ; l'Egypte semble avoir été épargnée pour des raisons non encore élucidées (35).

En Asie, selon T.S. Vasulir, ces dernières années quelques découvertes attribuées à des tréponématoses ont été trouvées dans des gisements protohistoriques indiens (Madhya et Andra Pradesh). La rareté des observations pourrait s'expliquer par le fait que plus de 70 % du matériel ostéologique fouillé reste encore à étudier (35).

2-La théorie colombienne

L'explosion du mal vénérien à la fin du XV^{ème} siècle a coïncidé avec un fait historique mémorable : la découverte de l'Amérique. Existe-t-il une relation de cause à effet entre la syphilis et le retour d'Espagne de Christophe Colomb ? Avant d'analyser, il est nécessaire de préciser certaines dates dont la confrontation est capitale (38).

Christophe Colomb (voir figure n° 7), navigateur, né à Gênes et fils de tisserand, voyagea pour le compte de négociants et se fixa au Portugal en 1476. N'ayant pu obtenir l'appui du roi du Portugal pour son projet de navigation vers



Figure n° 7 : Un des portraits présumés de Christophe Colomb (75).

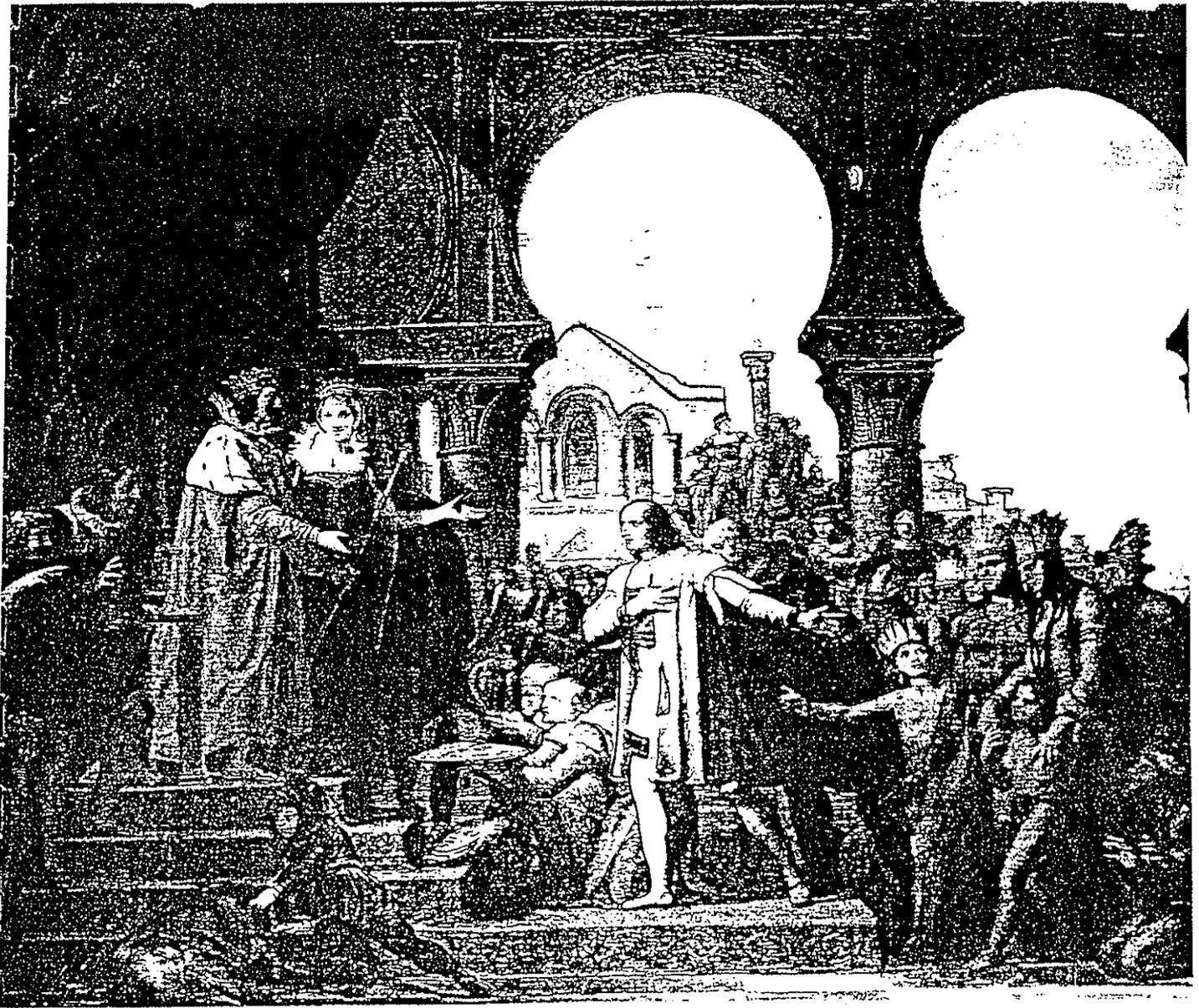


Figure n° 8 : Christophe Colomb de retour du Nouveau Monde présente aux souverains d'Espagne les habitants et les produits de ces terres (19).

le Japon et la Chine par l'Ouest, il proposa ses services aux souverains d'Espagne et obtint d'Isabelle la catholique et de Ferdinand d'Aragon trois caravelles pour naviguer vers les « Indes de l'ouest » (26).

Le 3 Août 1492, il partit à la tête de 120 hommes et de 3 caravelles : la « Santa Maria » dirigée par Servan de la Costa, la « Pinta » dirigée par Martin Alonzo Pinzon et la « Nina » commandée par son frère Vincente Yanez Pinzon (10). L'escadre commandée par l'amiral Colomb quitta le port de Palos près de Séville. Après avoir relâché aux Canaries puis à Cuba, elle aborda le 6 décembre à l'île Espagnole l'actuelle Haïti. Selon le témoignage d'Oviedo, nommé en 1513 surintendant des mines d'or et d'argent du nouveau monde, il y eut un « commerce » très intense entre marins et femmes des caraïbes.

Le 16 janvier 1493, l'amiral entreprit le voyage de retour. Le 15 Mars de la même année il entra dans le port de Palos et en remontant le Guadalquivir, il aborda à Séville le 31 mars 1493, où le jeune Las Casas vit l'équipage de Colomb ramenant avec lui les indiens antillais. Après un séjour d'au moins quatre semaines à Séville l'amiral Colomb se rendit à Barcelone par la mer. Il y fit avec son équipage une entrée triomphale (voir figure n° 8) le 7 mai 1493 et y demeura plusieurs mois.

Oviedo et Diaz de Isla, médecins réputés, assistaient à cet événement et recueillirent les renseignements de la bouche même des compagnons de Colomb (38).

Dès le 25 septembre 1493, l'amiral entreprit son second voyage aux « Indes occidentales » avec une flotte de dix-sept navires et 1500 hommes.

Dès le 2 février 1494, il renvoya en Europe douze navires chargés d'hommes, de femmes et d'enfants capturés dans les îles caraïbes, en particulier d'Haïti. En comparant les dates, il semble réaliste que ces Indiens débarquèrent en Espagne presque une année avant l'arrivée de Charles VIII roi de France en Italie. Il est donc vraisemblable, comme l'a écrit Oviedo, que le second voyage en Amérique a importé vers l'Europe de nouveaux cas du mal vénérien. Convaincu Oviedo en informe le roi d'Espagne en 1526, en ces termes : « Votre Majesté peut

tenir pour certain que cette maladie vient des Indes, où elle est très commune chez les Indiens mais pas si dangereuse dans ces contrées que dans les nôtres... La première fois que cette maladie a été vue en Espagne, ce fut après que L'amiral Don Cristobal Colon eut découvert les Indes et revint de ces contrées. (...) Quelques chrétiens de ceux qui vinrent avec lui et qui prirent part à cette découverte et ceux qui en plus grand nombre, firent le second voyage, apportèrent ce fléau, et de ceux-ci elle se communiqua à d'autres personnes. Et lorsqu'en 1495, pour seconder le Roi Don Fernando le Jeune de Naples (Ferdinand II) contre le Roi Charles de France, à la grosse tête, le capitaine Don Gonçalo Hernandes de Cordova passa en Italie avec une armée, par ordre des rois catholiques Don Fernando et Dona Isabel, d'Immortelle mémoire, vos grands parents, cette maladie y passa avec quelques uns de ces espagnols et c'est la première fois qu'on la vit en Italie » (19, 38).

Diaz de Isla n'en doute pas et d'ajouter : « sur tout cela, dit-il, j'ai une grande expérience parce que j'ai soigné des personnes ayant fait partie de la dite première escadre qui découvrit ce pays (Haïti) et sur laquelle revinrent beaucoup de malades atteints de ce mal et parce que je traitai à Barcelone des malades atteints de ce mal, avant que le roi Charles de France entrât dans Naples ; je pourrais donner de cela beaucoup de preuves, mais c'est inutile » (38).

La théorie de l'origine Américaine a été par la suite soutenue par de nombreux médecins et auteurs.

En 1498, Bartolomé Las Casas, écrivit un livre « Histoire générale des Indes ». Il y parle de son voyage aux Nouvelles Indes : « Il y avait deux choses dans cette île qui furent au début très pénibles pour les Espagnols : l'une est la maladie des bubas qu'en Italie, on note mal français : celle-ci, il est avéré qu'elle vint de cette île, soit quand lors du retour de Christophe Colomb, en même temps que la nouvelle découverte de ces Indes, vinrent les premiers indiens et qui ont importé les bubas en Espagne par l'infection de l'air ou par toute autre voie, soit quand revinrent quelques espagnols avec le mal des bubas lors du premier retour en Castille... Moi, j'ai pris soin à plusieurs reprises d'interroger les indiens de cette île si ce mal existait depuis très longtemps et ils répondirent affirmativement...

Il y a aussi un fait avéré c'est que tous les espagnols incontinents qui en cette île, n'observèrent point la vertu de la chasteté, furent atteints de bubas et que sur cent, pas un seul n'y échappa, sauf dans le cas où la partenaire n'avait jamais eu les bubas... » (10).

En 1564, Gabriel Fallope dénonce Christophe Colomb dans son traité sur le mal français « *De morbo gallico liber absolutissimus* ». Il y déclare : « les soldats qui revinrent en Europe étaient moins chargés d'or que de maladie et ils communiquèrent le mal à d'autres qui prirent du service dans les expéditions d'Italie, lors du siège de Naples » (70).

Au XVIII^{ème} siècle, Jean Astruc (1684-1766) défendit ardemment la thèse de l'origine américaine. Il fut médecin du roi de Pologne Auguste II, consultant auprès de Louis XV et de Frédéric de Prusse. Il écrivit en 1736 un « traité des maladies vénériennes » où il soutient que la syphilis a été ramené par Christophe Colomb et ses soldats et un des premiers à insister sur les manifestations héréditaires de la syphilis (20). Il déclara dans son livre : « Je donne l'histoire de la naissance, du progrès et du déclin de la maladie vénérienne et je prouve que cette maladie inconnue des Anciens, Juifs, Grecs, Latins et Arabes a paru pour le plus tôt dans notre continent à la fin du XV^{ème} siècle, et qu'elle tira sa première origine des îles Antilles, particulièrement de l'île Haïti ou Espagnole, qu'on appelle Saint Domingue, d'où elle a été malheureusement apportée en Europe, que les Espagnols qui abordèrent ces îles, en 1492 et 1493 sous la conduite de Christophe Colomb, contractèrent d'abord le mal par le commerce impur qu'ils eurent avec les femmes du pays et le communiquèrent ensuite aux Napolitaines à qui ils portèrent secours en 1494, que les français avec lesquels ils étaient d'abord en guerre en furent promptement infectés, que ces trois nations, une fois infectées, donnèrent bien vite le même mal au reste de l'Europe et à la plupart des peuples d'Asie et d'Afrique, qu'ainsi on peut dire avec vérité que l'Amérique, en communiquant cette peste aux Européens, a corrompu ses propres conquérants » (55).

Montesquieu fut aussi un ardent défenseur de l'origine colombienne. Il affirma que la syphilis attaqua la nature humaine et qu'elle serait originaire du nouveau monde.

Voltaire dans « L'homme aux quarante écus » (1768) écrivit par l'intermédiaire de ses personnages: Le héros : « en quel temps croyez vous que ce fléau commença dans l'Europe ? ». Le premier chirurgien répond : « Au retour du premier voyage de Christophe Colomb, chez des peuples innocents qui ne connaissaient ni l'avarice, ni la guerre, vers l'an 1494 ».

En 1911 a paru un livre remarquable d'Ivan Bloch « Der Ursprung der syphilis » dans lequel l'auteur soutient cette thèse (55).

J. Almkvist écrivit en 1928 qu'il n'y avait aucun traitement mercuriel contre la syphilis avant 1492 en Europe, ce qui prouvait que la syphilis n'existait pas en Europe avant 1492 (70).

De tous ces témoignages écrits, la tradition de l'origine américaine de la syphilis se trouve solidement établie par les trois auteurs : Oviédo, Diaz et Las Casas, qui affirment par écrit ce qu'ils ont vu et non ce qu'ils ont entendu.

Par la suite, des Anthropologues du XXème siècle, dont Joseph E. Molto, ont travaillé directement sur des squelettes pré-colombiens. Joseph E. Molto, étudia 83 squelettes pré-colombiens provenant de la péninsule de Californie du Sud : il trouva des atteintes osseuses évoquant une tréponématose sur cinq individus. Les caractéristiques des lésions semblent assurer qu'il s'agit d'une tréponématose endémique. La diffusion de la syphilis vénérienne après l'arrivée des Espagnols aurait été en partie causée par un changement de mode de vie imposé par les chrétiens : le port de vêtement entre autre diminuant l'infection infantile, donc l'immunisation de la population, et augmentant les risques de transmission par voie vénérienne chez l'adulte (69).

Cockburn (1963) et Wilcox (1972) pensent aussi que la syphilis vénérienne serait issue de la syphilis endémique appelée « Bubas » lorsque la disparition des habitudes non hygiéniques des indiens aurait entraîné celle de la contamination infantile. Le seul espoir de survie pour le tréponème aurait été la transmission sexuelle (72).

Pendant cinq siècles, la théorie de l'origine américaine de la syphilis a progressivement été admise comme « officielle » accusant Christophe Colomb et ses soldats. Mais des données plus récentes sur le Nouveau Monde, prouveraient probablement que les tréponématoses non vénériennes faisaient bien des ravages en Amérique pré-colombienne. Mais des signes indiscutables de la syphilis vénérienne, telles des lésions dentaires dues aux infections congénitales, ont été observées seulement sur des squelettes postérieurs à la conquête du Nouveau Monde (36).

3-La théorie Italienne : le mal de Naples

Une autre théorie sur l'origine de la syphilis est avancée par certains auteurs : celle de l'origine italienne ou « le mal de Naples ».

En 1494, Charles VIII Roi de France (voir figure n° 9), fils de Louis XI, et de Charlotte de Savoie, envahit l'Italie à la tête d'une armée composée essentiellement de mercenaires de différentes provenances : des Flamands, des Gascons, des Suisses, même des Italiens et des Espagnols, ainsi que des mendiants et des prostituées (26, 70). Sans rencontrer de grande résistance, il conquiert Rome, puis Naples le 28 janvier 1495 (voir figure n° 10). Mais Charles VIII veut quitter Naples car de nouvelles troupes espagnoles ennemies arrivent et surtout la conduite scandaleuse de ses mercenaires qui par leur comportement paillard et débauché se sont attirés l'hostilité populaire. Moins de deux mois plus tard, mais après avoir goutté aux délices de Naples, Charles VIII est battu à la bataille de Fornoue le 5 juillet 1495 où il est arrêté par les troupes coalisées de Milan, Venise,



Charles VIII.

Figure n° 9 : Charles VIII (65).



Entrée de Charles VIII à Naples.

Figure n° 10 : Entrée de Charles VIII à Naples (65).

de Ferdinand d'Aragon, du Pape Alexandre Borgia, et de l'Empereur Maximilien d'Autriche. Cependant Charles VIII réussit à rentrer en France en créant une brèche à travers les lignes ennemies (48).

La première description de la grande vérole date de cette bataille de Fornoue. Parmi tous les témoignages existants, certains ont une valeur indéniable car ils furent directement mêlés aux événements. Marcellus Cumanus, médecin militaire des troupes vénitiennes et qui assista à cette bataille, raconte qu'il a vu : « plusieurs hommes d'armes ou fantassins qui avaient par le bouillonnement des humeurs des pustules à la face et sur tout le corps. Semblables à un grain de mil, elles apparaissent habituellement sous la prépuce, à la face externe, ou sur le gland, avec un léger prurit. Parfois, se montrait tout d'abord une pustule unique ayant l'aspect d'une vésicule indolente, mais les frottements occasionnés par le prurit déterminaient par la suite une ulcération rongeante. Quelques jours après, les malades étaient réduits à la dernière extrémité par les douleurs qu'ils éprouvaient dans les bras, les jambes, les pieds et par une éruption de grandes pustules qui persistaient ... » (10).

A la même époque, un autre médecin, Alexander Benedictus, servait parmi les alliés ; en ses divers ouvrages, il fait allusion à plusieurs reprises à la vérole, à sa gravité, à ses rechutes, aux lésions viscérales, osseuses, et nerveuses qu'elle cause. Il déclare en 1497 : « le *morbis gallicus*, suite de contact vénérien, maladie nouvelle ou du moins ignorée jusqu'ici des médecins, nous a assaillis, venant de l'Occident, au moment où je composais cet ouvrage... » (33).

Dans toute l'Italie, les médecins observent des souffrances immenses comparables à celles de la lèpre. Après l'Italie, les mercenaires de Charles VIII vont répandre la syphilis partout en Europe. La grande vérole atteint la France, l'Allemagne, l'Europe occidentale en 1496, la Grande Bretagne en 1497, l'Europe du Nord et de l'Est en 1499-1502 ; en dix ans, l'épidémie sème la terreur dans toute l'Europe (48).

D'autres auteurs vont défendre la théorie Italienne, le chevalier allemand Ulrich von Hutten dans son ouvrage autobiographique « *De guaïci medicina et morbo gallico* » (1519) retrace l'origine de la syphilis et parle de Naples comme le point de départ. Il sera lui-même atteint par la syphilis quelques temps plus tard (48).

Au XVIIIème siècle, Voltaire, écrivit avec humour ces phrases célèbres sur l'origine de la syphilis :

« Quand les français à tête folle
S'emparèrent de l'Italie,
Ils conquirent à l'étourdie
Et Rome et Naples et la vérole.
Puis ils furent chassés partout.
Et Rome et Naples on leur ôta.
Mais ils ne perdirent pas tout,
Car la vérole leur resta » (« Poésies mêlées »).

Sanchez, auteur de « dissertation sur l'origine vénérienne » en 1750 affirme que l'épidémie vient d'Italie et non d'Amérique (10).

De nombreux débats vont naître au XVIIIème siècle sur l'origine Italienne. Certains pensent que la syphilis a pu être propagée par les espagnols qui combattaient dans les deux camps pendant la conquête de l'Italie par Charles VIII. D'autres affirment que dans la horde de mercenaires se trouvaient des Indiennes prostituées ramenées par Christophe Colomb, mais encore fallait-il qu'elles aient contractées la syphilis. L'épidémie a été d'une telle ampleur en Italie puis en Europe, moins d'un an après le retour du second voyage de Christophe Colomb que l'on ne peut imputer à celui-ci l'origine de l'épidémie.

4-Les autres théories

4-1-La théorie du lama

Gomara a écrit en 1552 « Contagio dos por la mentada buba de los llamas ». Il explique que la main humaine est indispensable pour l'accouplement des lamas, car ceux-ci ne deviendraient féconds que dans un tiers seulement des cas. La tentation physique est grande car la tradition Incas veut que la femme assiste tout au long de l'accouplement.

En Novembre 1924, Jauregui et Lancelotti prétendent avoir réussi à infecter des lamas par la syphilis avec l'apparition au bout de quelques mois d'une syphilis de type tertiaire avec des manifestations de paralysie progressive. Cette théorie du lama est encore un mystère et ressemble plutôt à une légende (55).

4-2-La théorie du pian

Dans les régions intertropicales, il existe une autre trépanomatose : le « pian » dûe à *Treponema pertenue*. L'endémie est importante à Haïti, en Jamaïque, aux Guyanes, au Brésil, et en Trinité. La transmission se fait par contact humain et probablement par un vecteur, la mouche. Le pian congénital n'existe presque pas. Les manifestations cliniques de la maladie ressemblent à celle du *Treponema pallidum* avec un chancre initial, des éruptions secondaires puis au bout de quelques années des atteintes osseuses et de la peau. Des scientifiques se posent la question d'une mutation possible qui serait intervenue et aurait transformé sur un terrain neuf, le *Treponema pertenue* en *pallidum*. Cela se serait peut être produit lors du retour de Colomb en Europe (19).

4-3-La théorie astrologique

A la fin du XV^{ème} siècle, des astrologues affirment que l'apparition de la syphilis serait due à la conjonction des planètes et notamment celle de Saturne et de Jupiter dans le signe du Scorpion et la maison de Mars (10).

En 1496, Joseph Grünpeck, originaire de Burghausen, publie à Vienne « *Prognosticum seu iudicium ex conjunctione saturni* », dans lequel il défend l'origine astrologique soutenue par Maximilien, un astrologue (55).

Almenar, astronome et médecin espagnol, dans un livre datant de 1502 défend aussi l'origine astrologique (10).

Tout au long de cette époque, l'imagerie populaire va défendre cette opinion, notamment Dürer qui illustre en 1496 un poème médical de Theodoricus Ulsen consacré aux épidémies. Une gravure sur bois représentera l'illustration d'Albrecht Dürer (voir figure n° 11). Ce bois gravé représente un homme atteint de la grande vérole sur la tête et les membres. Au dessus de lui est représenté un signe zodiacal daté de 1484. Le même Ulsen mettra en garde les hommes de l'arrivée de la syphilis en 1484, date de la conjonction des astres (70). Cette gravure est le plus ancien document iconographique de la syphilis.

4-4-La théorie anthropophage

Fioraventi (1518-1588), médecin et alchimiste italien, publie en 1564 « *Capricci medicinali* ». Il y décrit une histoire qu'il disait tenir d'un napolitain vivant à l'époque de la conquête de Naples par Charles VIII. Cet homme affirme que par manque de bétails, les vivandiers napolitains qui fournissaient la nourriture dans les deux camps, auraient donné de la chair humaine aux soldats. Ceux qui mangèrent cette chair humaine, empoisonnée par la corruption furent atteints de la syphilis. Mais cette théorie ne trouva guère de partisans (19).

4-5-La théorie uniciste

A partir du XVIIème siècle, de nombreux médecins et auteurs s'affrontent pour défendre leur point de vue sur l'origine de la syphilis. Les uns croient en l'origine américaine, les autres parlent d'une origine remontant à l'antiquité. « Nous pensons que la syphilis a existé de toute antiquité » (E. Follin et S. Duplay) (45). Pour eux, tous les symptômes de la syphilis peuvent se retrouver dans l'antiquité, mais sous des étiquettes différentes. Ils ont étudié avec soins les écrits d'Hyppocrate, de Celse, de Galien, d'Oribase, d'Aetius et de Paul d'Egine. Ceux-ci dévrirent les lésions syphilitiques avec précision : ulcères, chancres, verrues, poireaux... (45).

Celse dans l'antiquité est l'un des auteurs qui a le plus étudié cette maladie des parties honteuses. Il parle au chapitre XVIII de son livre VI, du phimosis inflammatoire qui accompagne quelquefois les maladies du gland et il décrit ensuite les ulcères présents sous le prépuce (45).

Dans la Bible, le livre de Moïse parle de la maladie de Job où la description d'ulcères accompagnés de douleurs osseuses nocturnes signe la présence de la syphilis. Gui Patin, doyen de la faculté de médecine de Paris sous Louis XIV affirme que Job, David et Salomon étaient atteints de la syphilis. En effet David aurait été malade car il décrit dans les psaumes :

- « - Guéris-moi, Eternel, car mes os sont frappés...
- la nuit, je n'ai point de repos.
- Il n'y a rien de sain dans ma chair. » (70).

Dans les chapitres XXVIII du Deutéronome, il est décrit le « mal vénérien » : « Si tu n'obéis point à la voix de Dieu.... le Seigneur te frappera de l'ulcère d'Egypte et la partie de ton corps par laquelle sortent les matières stercorales sera le siège de papules prurigineuses dont tu ne pourras point te débarrasser » (70).

En Inde, comme en Chine, la syphilis n'apparaît pas comme une maladie nouvelle. Le « Suçrutas A Yurvedas », ouvrage écrit vers l'an 400 avant J-C, est un traité universel de biologie ; il décrit la syphilis ou le premier être touché serait le Dieu SIVA (10).

Hudson, scientifique du XXème siècle, arrive à des conclusions spéculatives, selon lesquelles le berceau de la syphilis serait l'Afrique équatoriale où la maladie aurait débuté dès le paléolithique. La maladie aurait accompagné les chasseurs primitifs dans leurs migrations sur le continent de l'Europe et se serait étendue jusqu'à l'Indonésie. Au début, la maladie était sous forme endémique et se serait transformée en une affection sporadique des adultes attaquant les organes internes et le système nerveux central en relation avec le mode de vie citadin. L'hypothèse de Hudson est évolutionniste ; elle insiste sur l'évolution socio-culturelle de l'hôte et non pas sur l'évolution biologique du parasite (51).

Selon Hackett en 1967, le passage d'une tréponématose non vénérienne des enfants ruraux à une affection syphilitique vénérienne des adultes urbains, se serait réalisé à partir d'environ 3000 avant J-C. dans des pays maintenant arides de la méditerranée orientale et de l'Asie du Sud Ouest. Hackett croit en une nouvelle naissance de syphilis par sélection naturelle des mutants du *Treponema pertenue* (51).

Cockburn, épidémiologiste du XXème siècle, croit que l'infection originelle s'est produite, il y a quelques millions d'années, chez un ancêtre commun de l'homme et des singes supérieurs. Par la suite, l'homo-sapiens (débutant soit en Afrique, soit en Asie) aurait dissimulé une tréponomatose primitive qui se serait transformée en plusieurs formes à cause des différences de milieux (51).

Tous ces écrits affirment donc que la syphilis serait un mal sévissant depuis l'Antiquité et même en des temps antérieurs et que l'épidémie des années 1500 n'en serait que la recrudescence.

5-Conclusion

Christophe Colomb et son équipage ont longtemps été considérés comme les responsables de la survenue de l'épidémie de syphilis en Europe. Cependant cette affirmation semble devoir être révisée depuis la découverte d'un squelette de femme enceinte dans la nécropole romaine de Costebelle. Si le diagnostic est bien celui de syphilis vénérienne, cela prouve que la maladie de la honte sévissait dans l'ancien monde avant le XVème siècle (75).

Actuellement le grand point d'interrogation qui persiste depuis cinq siècles sur l'origine de la syphilis repose sur la biologie moléculaire, qui pourrait dans un avenir proche préciser le diagnostic rétrospectif à partir des ossements découverts.

DEUXIEME PARTIE :
ASPECTS BACTERIOLOGIQUES,
CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

I-Aspect bactériologique

1-Agent causal

La syphilis est une tréponématose dont la bactérie (voir figures n° 12 et n° 13) responsable est *Treponema pallidum* ou Tréponème pâle. Elle fut découverte par E. Hoffmann et F. Schaudinn en 1905.

Le genre *Treponema* appartient à la famille des *Spirochaetaceae*.

Il existe trois sous espèces de *Treponema pallidum*.

- *Treponema pallidum subspecies pallidum* est l'agent de la syphilis vénérienne.
- *Treponema pallidum subspecies endemicum* est l'agent de la syphilis endémique non vénérienne ou « bejel » limitée aux régions désertiques.
- *Treponema pallidum subspecies pertenue* est l'agent du « pian » de distribution tropicale et subtropicale.

Il existe une autre espèce : *Treponema carateum* qui est l'agent de la « pinta » ou « carate » observée seulement en Amérique centrale et en Amérique du sud (43).

Pour de nombreux médecins et scientifiques, une légère différence antigénique serait à l'origine de l'existence d'une syphilis endémique et d'une syphilis vénérienne. La syphilis endémique est contractée dès l'enfance et protège ultérieurement de la syphilis vénérienne (19).

Les Tréponèmes non cultivables, pathogènes pour l'homme sont responsables des tréponématoses humaines.

Les tréponèmes cultivables sur milieu artificiel, non pathogènes sont retrouvés au niveau de la flore normale des cavités buccales et génitales et de l'intestin de l'homme et des animaux. Nous nous limiterons à décrire la syphilis vénérienne, dont la biologie est commune avec les autres tréponématoses.



Figure n° 12 : Le tréponème, agrandi près de 90000 fois (1).

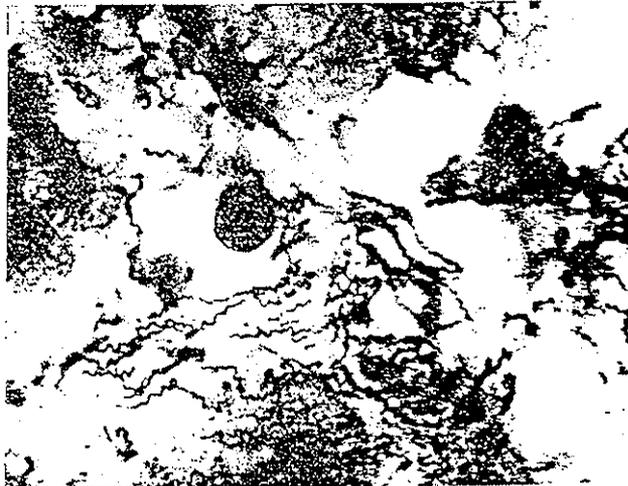


Figure n° 13 Tréponème pâle dans le foie humain : imprégnation à l'argent (32).

2-Morphologie et mobilité

Le tréponème est un microorganisme spiralé hélicoïdal qui a la forme d'un filament extrêmement fin, effilé à ses deux extrémités et contourné en spirale à la façon d'un tire bouchon ou d'un ressort (38).

Sa longueur est de 6 à 15 μm de long. Sa largeur est minime de 0,10 à 0,18 μm (78).

Ses tours de spires sont nombreux. On en compte 12 à 15 en moyenne ; quelquefois cependant, on n'en voit que 4 ou 5 ou, dans des formes extrêmes, 25 à 30 au maximum. Ces tours de spires représentent des caractères importants et caractéristiques : ils sont étroits, profonds et réguliers (38). La longueur de chaque spire est égale ou inférieure à sa profondeur, c'est seulement aux deux extrémités du micro-organisme que les tours de spire sont moins profonds et un peu détendus.

La forme spiralée de ce germe est permanente, c'est-à-dire qu'à l'encontre de ce que l'on observe chez beaucoup d'autres spirilles, elle ne s'efface à aucun moment (38).

L'observation des tréponèmes se fait à « l'état frais » au microscope à fond noir. Le fond de la préparation demeure obscur, tandis que les bactéries apparaissent comme des corps lumineux et brillants.

On constate, que la bactérie est animée de trois mouvements caractéristiques, facilement identifiables :

- tantôt il tourne autour de son axe longitudinal, en même temps qu'il avance et recule par saccades, en ligne droite et sans ramper. C'est le mouvement en pas de vis (19).
- tantôt, restant en place et souvent attaché par une de ses extrémités à un globule rouge, il effectue un mouvement pendulaire.
- tantôt, enfin, il effectue des mouvements d'ondulation avec flexion, torsion qui intéressent l'organisme tout entier (38).

Nous ne devons pas le confondre avec d'autres spirochètes, non pathogènes, notamment le *Treponema dentium*, plus fin, dont le spirille d'association fusio-spirillaire, plus gros, ne fait que 3 à 4 tours de spires et se déplace par saccades (78).

3-Structure antigénique

Depuis la découverte de *T. pallidum* par E. Hoffmann et F. Schaudinn, la structure antigénique est difficile à étudier en raison de l'impossibilité de cultiver la bactérie en milieu cellulaire ou acellulaire et de la dépendance d'entretien de souches isolées chez l'homme et adaptées au lapin. La majorité des travaux porte sur la souche Nichols de *T. pallidum* sous espèce *pallidum* qui est une souche de référence isolée en 1913 (on prélève cette souche du liquide céphalo rachidien et on la transmet aux testicules de lapin) permettant de réaliser les tests sérologiques et les recherches en immunologie (24).

La structure antigénique est très complexe contrairement à son génome et comporte une centaine d'antigènes dont :

- Le cardiolipide ou haptène lipidique de Wasserman (Ag de genre) commun à tous les tréponèmes et retrouvé dans les tissus animaux. C'est un phospholipide, les anticorps correspondants s'appellent les réagines et sont recherchés au moment du diagnostic. La préparation antigénique sera fabriquée avec un extrait de cœur de bœuf qui présente des analogies avec le cardiolipide.

- Un antigène protéique porté par les fibrilles, commun également à tous les tréponèmes.

- Un antigène polyosidique d'enveloppe spécifique de *T. pallidum* suscitant la formation d'anticorps détectés en immunofluorescence.

- Des antigènes du corps tréponémique, de nature mal connue suscitant la formation d'anticorps très spécifiques intervenant dans le test de Nelson (27).

Des chercheurs ont clonés plus de 25 gènes du *Treponema pallidum* chez *Escherichia coli*. Les antigènes recombinants, produits par *E. Coli*, sont expérimentés dans les tests sérologiques de type Elisa (24).

A l'heure actuelle, il est très difficile de différencier les quatre tréponèmes pathogènes pour l'homme, car ils ont une très forte ressemblance dans leur structure antigénique (24).

4-Métabolisme et culture

Le tréponème pâle est une bactérie anaérobie. Depuis les premiers essais de Levaditi et Mc Intosh (1907), de Scherechewsky (1909), et de Noguchi (1911), de nombreux scientifiques ont tentés de la cultiver. Hoffmann (1933), Bessemans, De Potter, Nichols, Kroo, Kast et Kolmer (1940), ont obtenu avec un milieu au sérum humain ou de lapin, des cultures d'un organisme morphologiquement identique au tréponème, mais dépourvu de virulence. Il s'agirait d'un tréponème saprophyte donnant des séro-réactions positives chez le lapin ; qui perdrait son pouvoir pathogène sur milieu synthétique.

Les scientifiques admettent que les tréponèmes en culture se différencient morphologiquement du tréponème pâle.

Si l'on injecte un tréponème de culture au lapin, il va entraîner la production de réagines et d'anticorps spécifiques de la souche inoculée, mais il ne produira pas d'anticorps anti *Treponema pallidum* (32).

Aujourd'hui, la culture *in vitro* n'est pas réalisable et le métabolisme est peu connu (40).

En dehors de l'organisme humain, le *Treponema pallidum* est tué rapidement par la chaleur, les désinfectants et les variations osmotiques (86).

II-Aspects cliniques

1-Mode de contamination

Il existe trois sortes de contamination de la syphilis :

- transmission sexuelle,
- transmission accidentelle,
- transmission congénitale.

Le germe est très virulent mais il faut vraiment une coïncidence chronologique très étroite pour que l'accident soit possible. La condition la plus favorable à l'absorption du microbe est une petite ulcération, une érosion, une plaie minime ou d'un contact prolongé qui finit par « ramollir » l'épiderme et par le rendre perméable (76).

La transmission par voie sexuelle se fait par une petite érosion épithéliale. Elle peut se faire par voie extragénitale : buccale, anale et cutanée.

La transmission accidentelle peut se produire sur des médecins, des infirmières lors d'un examen de lésions sans gants. Elle peut s'effectuer aussi lors d'une piqûre avec du matériel souillé de laboratoire ou lors d'une transfusion (dépistage systématique) : taux bas, car l'infectiosité du sang conservé à 4°C disparaît en 96 à 120 heures.

Les contaminations indirectes par le siège des toilettes ou les verres n'existent pas (1).

La transmission congénitale se fait selon deux conditions :

- la mère fait une syphilis évolutive,
- la grossesse a plus de neuf semaines.

Cependant, d'authentiques contaminations avant la dixième semaine ont été publiées (27).

En conclusion, dans neuf cas sur dix, la contamination est d'origine vénérienne (40).

2-Les différents stades de la syphilis

La syphilis est une maladie à évolution cyclique en cas d'absence de traitement. Ce caractère cyclique nous conduit à distinguer, en gros, trois étapes dans l'évolution de la maladie :

- la syphilis récente qui comprend la syphilis primaire et secondaire,
- la syphilis latente,
- la syphilis symptomatique tardive ou tertiaire (voir figure n° 14).

Ceci est la terminologie française. La terminologie américaine décrit une syphilis récente qui regroupe syphilis primaire, secondaire et latente de moins d'un an, et une syphilis tardive qui regroupe une syphilis latente de plus d'un an et une syphilis tertiaire. Mais nous adopterons la terminologie française.

2-1-La syphilis récente

a) La syphilis primaire

La période primaire est caractérisée cliniquement par le chancre et par une adénopathie satellite.

A cause de la multiplication lente du tréponème (24-30 heures), la période d'incubation varie entre 9 et 90 jours (21 jours en moyenne), les traitements locaux ou généraux d'antibiotiques sont actuellement le plus souvent à l'origine d'incubations retardées (68).

Le chancre (voir figures n° 15 et n° 16) est la première manifestation apparente ; il siège au point d'inoculation, c'est une exulcération ou une ulcération génitale. Il est indolore, aphlegmasique, circonscrit, d'étendue limitée : 0,5 à 2 centimètres de diamètre et généralement unique. Ses contours ronds et ovalaires au fond des plis sont toujours régulièrement tracés . C'est une érosion de niveau avec la muqueuse (3, 37).

Sa surface est lisse, luisante, vernissée, ne sécrétant ni sang, ni pus mais une sérosité limpide ou à peine louche.

Les différents stades de la syphilis

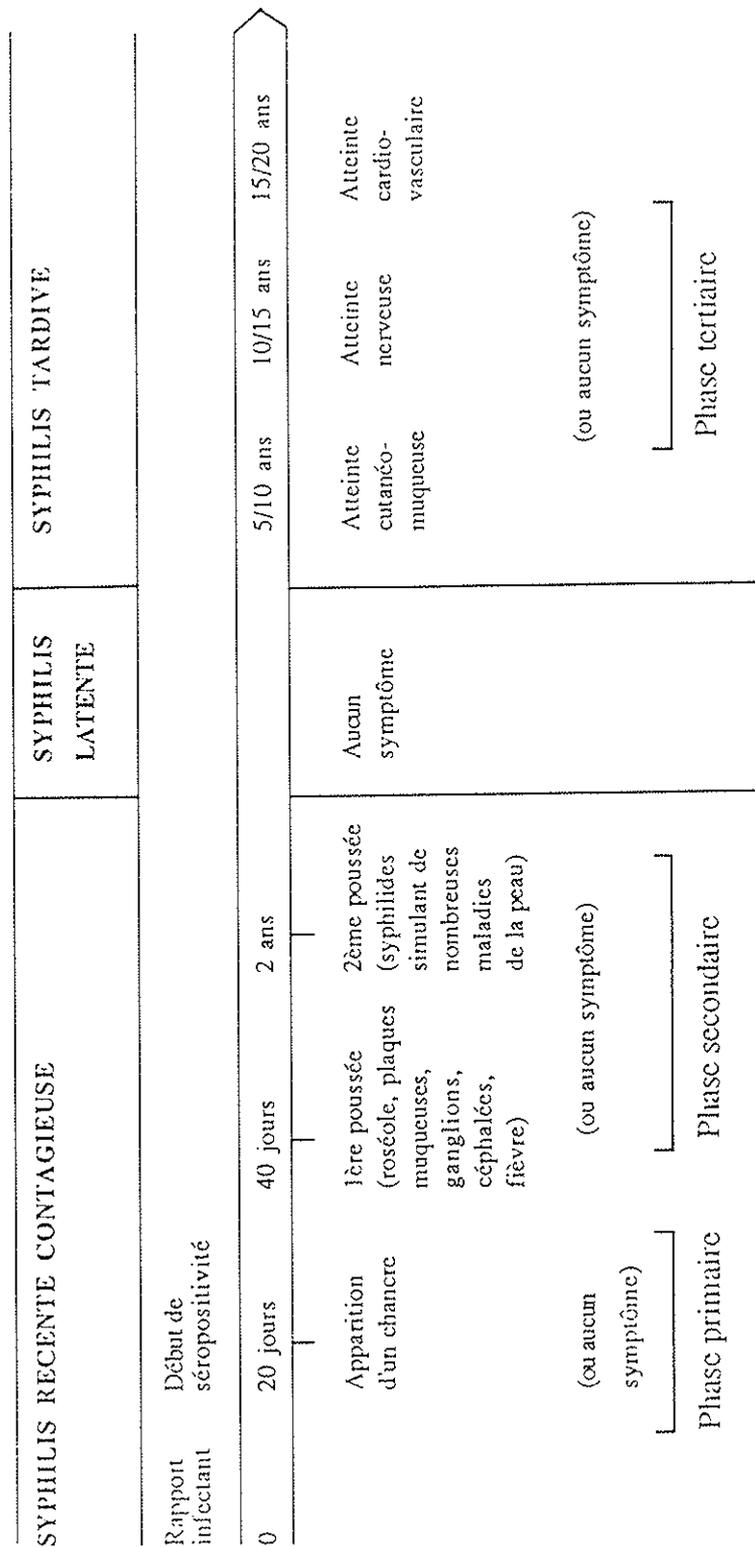


Figure n° 14 : Les différents stades de la syphilis (53).

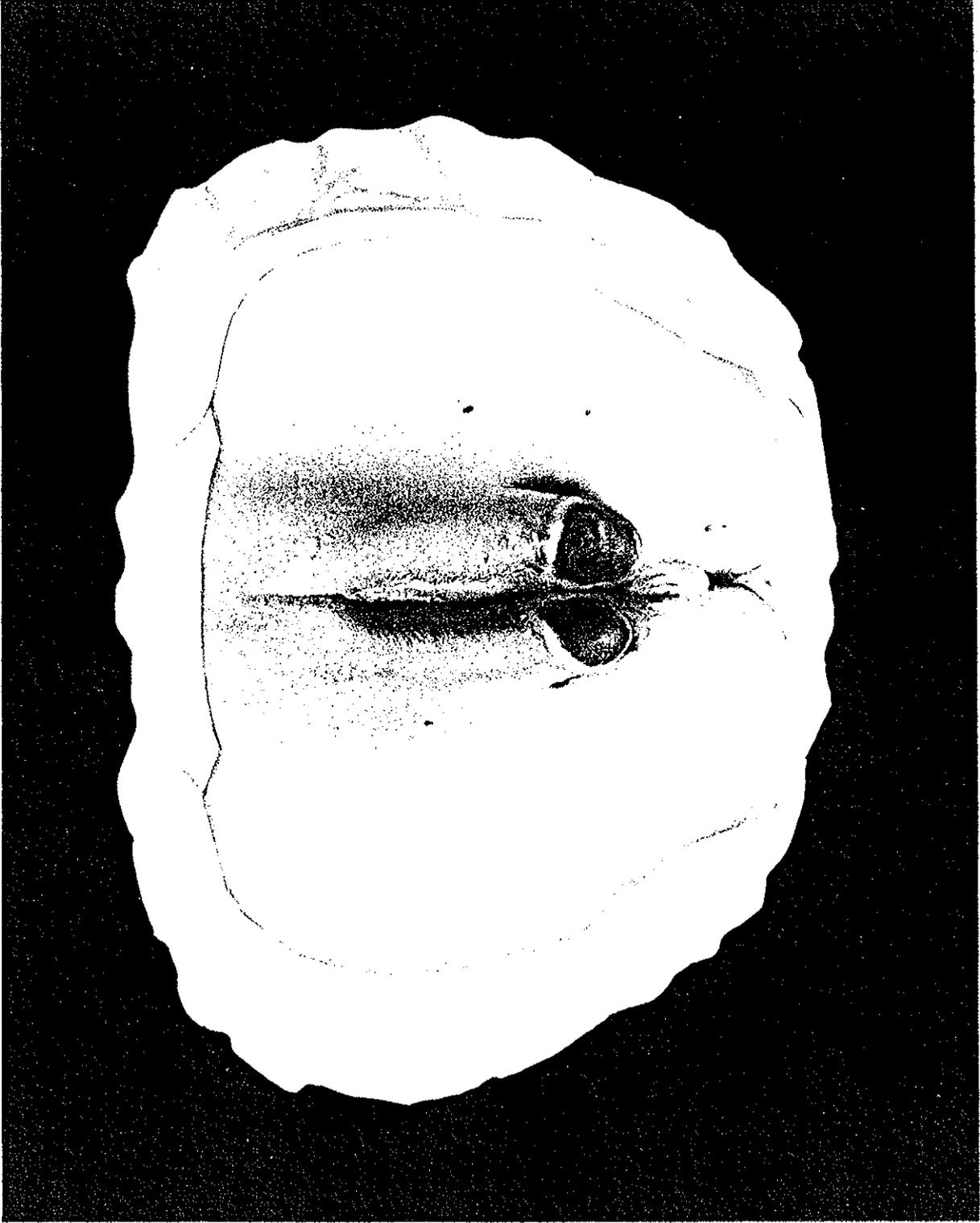
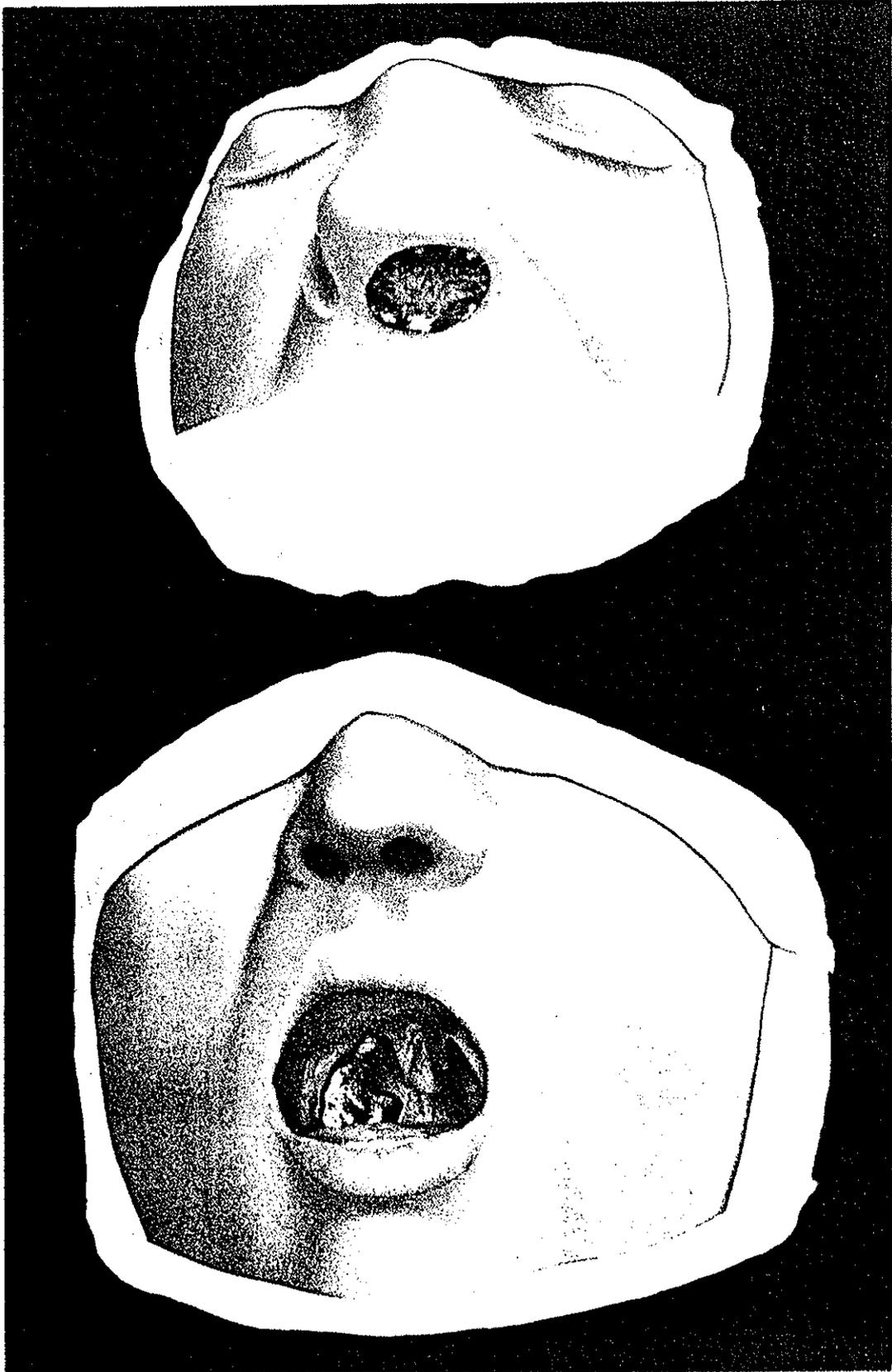


Figure n° 15 : Chancres syphilitiques (11).

Chancres syphilitiques



Chancre syphilitique de la narine (vue supérieure)
Chancre syphilitique de l'amygdale (vue inférieure)

Figure n° 16 : Chancre syphilitique de la narine (en haut)

Chancre syphilitique de l'amygdale (en bas) (11).

Sa couleur rouge, chair musculaire, est parfois masquée en son centre par une mince pellicule gris terne, diphtéroïde, impossible à détacher, ou bien par la saillie, d'un rouge plus vif, de papilles congestionnées, ou encore par un piqueté brun de petits points hémorragiques.

La base indurée est l'un de ses caractères primordiaux, qui l'avait fait cliniquement identifier et sert encore souvent à sa désignation de chancre dur (49).

Dans environ 10 % des cas, le chancre peut être extra-génital c'est-à-dire qu'il peut siéger au niveau labial, des doigts, de l'oropharynx, de l'anorectum ou d'autres localisations.

La littérature médicale a décrit des cas de chancres digitaux chez les dentistes qui avaient travaillé sur des malades atteints de lésions syphilitiques actives, qui fut nommé la syphilis « imméritée ». De même, il a été rapporté des cas de chancres palpébraux du nouveau-né, contractés lors de l'accouchement à travers la filière pelvi-génitale d'une mère infectée : elle fut nommée la syphilis des « innocents » (68).

Dans certains cas, le chancre peut être atypique c'est-à-dire qu'il peut être multiple, douloureux, ulcéreux, inflammatoire à fond sale.

Les chancres mixtes sont des chancres syphilitiques et herpétiques.

Le chancre est contagieux car il fourmille en tréponèmes.

Le chancre non traité régresse spontanément et perd ses caractères. Après une stabilité de trois à cinq semaines, il s'épidermise lentement par ses bords, s'assèche, pâlit peu à peu et se cicatrise. Il laisse parfois une légère pigmentation (49).

Mais un chancre peut se compliquer par une surinfection.

L'évolution du chancre traité est considérablement accélérée, le tréponème disparaît en 24 ou 48 heures selon le traitement ; la cicatrisation des lésions est variable dans sa durée selon leur importance (49).

L'adénopathie qui accompagne le chancre atteint les ganglions lymphatiques des territoires correspondants.

Pour les chancres génitaux c'est une adénopathie inguinale satellite, habituellement homolatérale ; elle peut être bilatérale si le chancre est médian, elle est exceptionnellement croisée.

Quasi constante, l'adénopathie frappe plusieurs ganglions, d'une hypertrophie modérée, inégale : un ganglion domine habituellement les autres par sa taille.

L'adénopathie est essentiellement aplegmasique. Les ganglions, durs, indolores sont indépendants les uns des autres, bien délimités, ils n'adhèrent pas aux tissus voisins et restent mobiles.

L'atteinte lymphatique se borne habituellement à l'adénopathie satellite et s'exprime rarement par une atteinte des vaisseaux lymphatiques (49).

L'adénopathie et l'induration contrairement au chancre persistent des mois et se mêlent aux signes de la période secondaire et confirment leur nature syphilitique.

b) La syphilis secondaire

La syphilis secondaire débute en moyenne 6 à 8 semaines après le chancre. Elle est caractérisée par des signes cutané-muqueux diffus, polymorphes et de haute contagiosité (84).

Ces signes s'échelonnent du deuxième mois à deux ans en moyenne pendant la syphilis.

Ces lésions sont ouvertes, fourmillant de tréponèmes, c'est par elles, essentiellement que se dissémine la syphilis (49).

La première floraison correspond à plusieurs éruptions cutané-muqueuses.

* La roséole : elle est constante à un degré quelconque, chez tout syphilitique non traité. Elle doit être systématiquement recherchée, dès la constatation d'un chancre dont on soupçonne la nature syphilitique.

A son début, elle siège habituellement aux flancs, aux faces latérales de l'abdomen. Elle est souvent discrète et peu nombreuse en éléments, huit à dix.

Elle respecte le visage et le cou sauf après un chancre céphalique.

Les éléments de la roséole sont de petites tâches de quelques millimètres, à peu près arrondies, aux bords flous et séparées par des espaces de peau.

Sa couleur va du rose pâle au rose tendre « fleur de pêcher » ou du rose fauve au rose vif.

Ce sont des macules érythémateuses congestives, qui s'effacent à la pression, ne s'accompagnant d'aucune desquamation.

La roséole n'est caractérisée par aucun prurit.

Elle régresse spontanément sans laisser de trace en un à deux mois (19).

La roséole syphilitique ne doit pas être confondue avec celle d'une toxidermie, d'une virose ou d'une « toxiinfection alimentaire ».

* Les plaques muqueuses : elles sont indolentes, circonscrites et n'ont pas d'infiltration.

La fragilité et l'humidité du revêtement épithélial des muqueuses entraînent des érosions constantes. Leur contagiosité est extrême.

Ces lésions peuvent atteindre toutes les muqueuses mais essentiellement la cavité buccale, les commissures labiales et la muqueuse génitale (19).

La recherche des plaques muqueuses doit être systématiquement conduite, d'autant qu'elles sont fréquemment ignorées de leur porteur (49).

* La polyadénopathie : accompagnant ou précédant la roséole, est faite de ganglions de taille moyenne, fermes, aplegmasiques, mobiles, sans irrégularités, sans réaction des tissus voisins, ne suppurant jamais.

Les adénopathies frappent essentiellement deux localisations : au dessus des épithrochlées et dans la région cervicale postérieure sous l'occipital et le long des trapèzes (49).

* Les manifestations générales : les douleurs syphilitiques sont dues essentiellement à une névrite ou à une ostéopériostite ; elles sont localisées à la tête ou aux jambes. En l'absence de traitement, elles se prolongent durant des mois (49).

Parfois une fièvre élevée et continue caractérise la typhose syphilitique de Fournier, mais elle est exceptionnelle.

L'alopecie survient entre le 3ème et le 6ème mois, quand s'éteint la roséole. Il s'agit d'une « alopecie en clairière » prédominant dans la région rétro-auriculaire. La recherche de l'alopecie doit être systématique, il suffit de tirer légèrement sur une touffe de cheveux pour en arracher un grand nombre (signe de Sabouraud). Elle peut atteindre aussi la queue du sourcil (67).

* Evolution et séquelles : (49, 67) En l'absence de traitement, la roséole après plusieurs semaines se ternit et s'efface. Dans certains cas, elle laisse des séquelles, des syphilides pigmentées et l'alopecie qui disparaîtront après des mois sans traitement.

Les plaques muqueuses présentent pendant plusieurs mois des poussées successives en l'absence de traitement.

L'adénopathie sans traitement durera des années.

Avec un traitement, il y aura disparition rapide et brutale de tous ces signes de la première poussée.

La deuxième floraison de la syphilis secondaire : ou papulose syphilitique peut être soit en continuité avec la roséole, soit survenir après une nouvelle période de latence clinique.

Elle est représentée par des lésions infiltrées papuleuses essentiellement congestives : polymorphisme. Elles siègent aussi bien sur le visage, le tronc ou les membres.

Elle survient entre le quatrième et le douzième mois de la maladie, elle se voit quand les accidents antérieurs ont été méconnus ou sont passés inaperçus, ou lorsque le traitement a été insuffisant.

* Les syphilides papulo-lenticulaires : les papules lenticulaires (voir figure n° 17) composées d'une centaine d'éléments en une dizaine de jours par poussées successives, constituent l'élément le plus typique de la deuxième floraison.

Elles sont disséminées sur tout le corps, mais prédominent au pourtour des orifices, au dos et aux flancs.

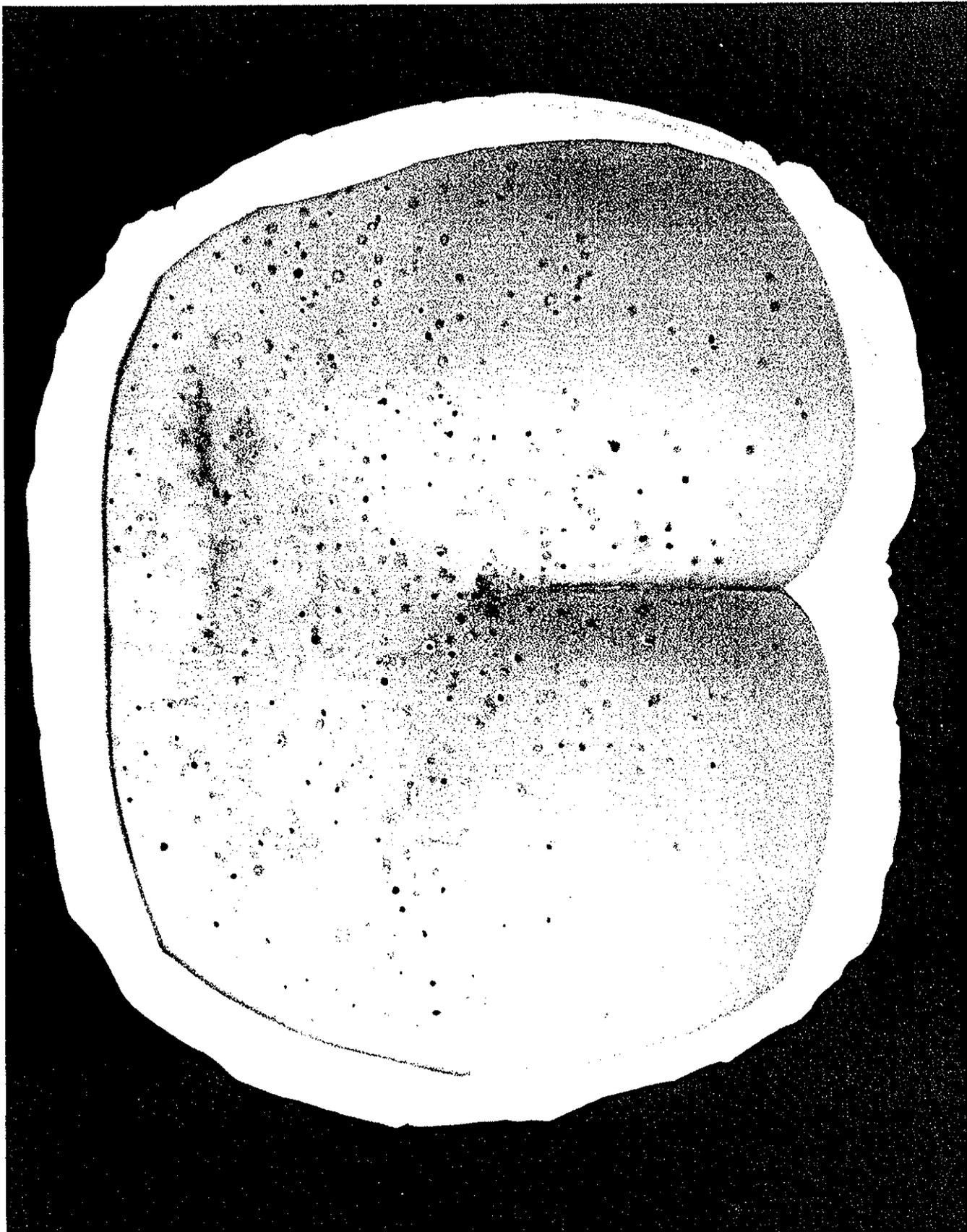


Figure n° 17 : Syphilide miliaire (11).

Syphilid mite

Leur taille et leur forme sont celle d'une lentille de 3 à 5 mm de diamètre, très régulièrement arrondie (49). Leur couleur est rouge sombre « maigre de jambon », tirant parfois sur le cuivré.

Elles sont indurées de leur base, et elles ne démangent pas.

L'épiderme qui recouvre la papule est dépouillé, la desquamation ne persiste qu'à la périphérie sous forme d'un étroit liseré qui se continue en dehors avec l'épiderme normal et entoure l'élément de la classique « collerette de Brett » qui est une fine desquamation circulaire périlésionnelle, ni constante, ni spécifique (49).

En vieillissant, les papules deviennent brunâtres ou violacées puis pâlisent. Elles peuvent laisser une pigmentation résiduelle persistante.

L'aspect des papules sur les paumes des mains et la plante des pieds est caractéristique, ce sont les syphilides palmo-plantaires (voir figure n° 18). Elles sont plus ou moins confluentes, rouge sombre ou bistre, plus ou moins cornées, et très indurées.

Des réactions de surface peuvent altérer l'aspect des papules. La surface de la papule se couvre de squames blanc grisâtre dans les syphilides psoriasiformes. De plus, il peut y avoir une croûte jaunâtre ressemblant à l'impétigo. Ces syphilides impétigineuses siègent de préférence à la face, au menton et aux plis nasogéniens.

Dans les syphilides acnéiformes, la croûte succède à une pustulette qui contenait un liquide d'aspect purulent. Des productions papulomateuses s'observent à la surface des syphilides papulo-végétantes (49).

Dans tous ces éléments, l'induration de la base est un signe caractéristique de la syphilis secondaire.

Citons quelques exemples :

* Les syphilides à grands éléments : certaines ont un diamètre qui dépasse un centimètre, mais n'excède pas trois centimètres. D'autres sont représentées par des placards infiltrés, saillants et étoilés, couvrant toute une région du corps. La surface de ces syphilides est souvent squameuse ou ulcéro-croûteuse (49).

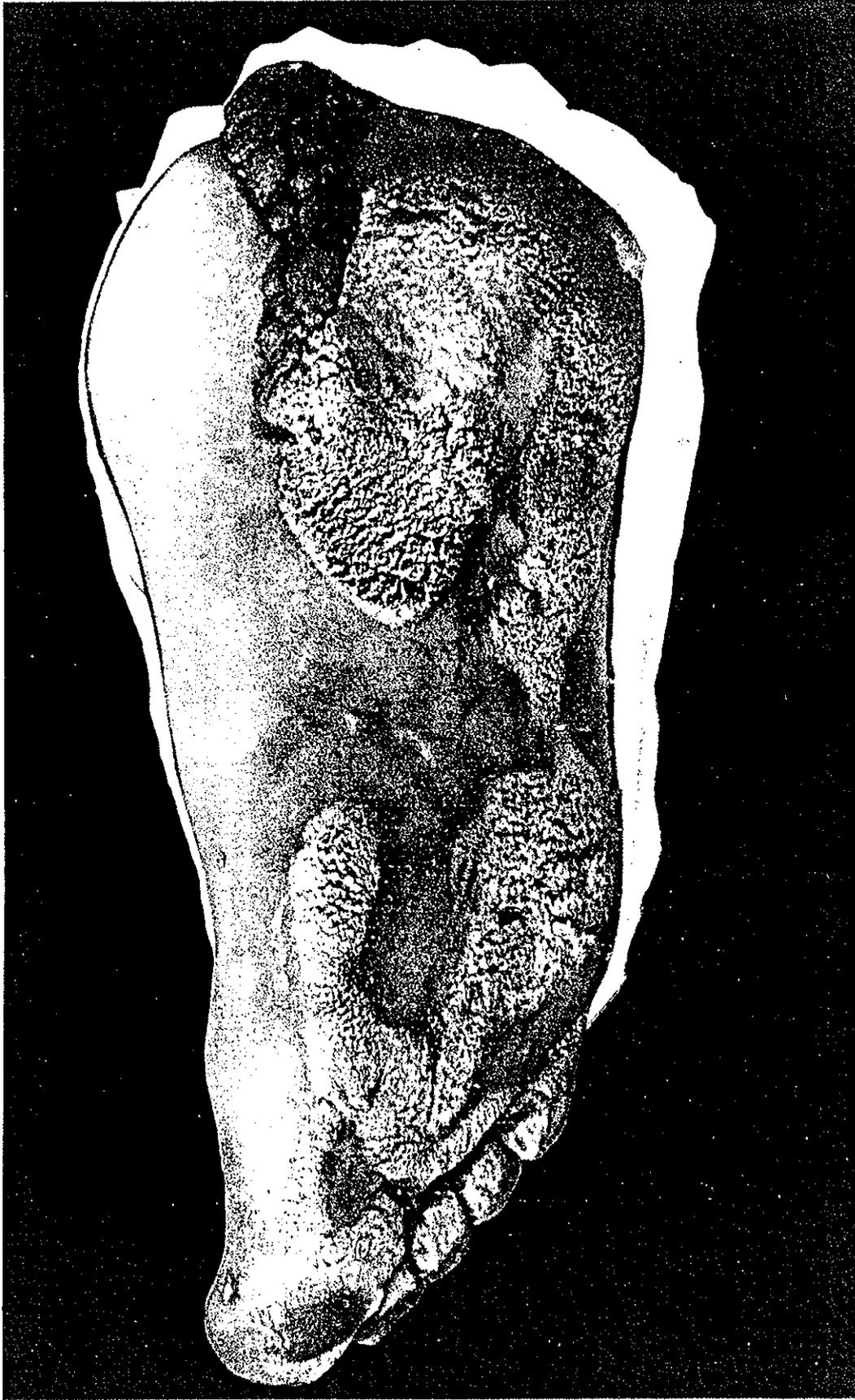


Figure n° 18: Syphilide hyperkératosante (11).

Syphilide hyperkératosante

* Les syphilides à petites papules ou folliculaires : les syphilides folliculaires ne sont pas régulièrement bombées, leur siège est péripilaire. Elles sont souvent groupées, recouvertes d'une squamule rappelant le lichen scrofulosorum, ou planes, polygonales évoquant le lichen plan (49).

Il peut se produire un ecthyma syphilitique. Celui-ci est représenté par des éléments ulcéro-croûteux, siégeant aux membres inférieurs et à la face. Ils laisseront par la suite des cicatrices persistantes (49).

Des éruptions se traduisant par une bulle « syphilis varicelliforme », par une pustule « syphilis varioliforme », par une plaque atrophique arrondie « vergeture ronde » ont été observés (49).

* Les accidents muqueux : les formes papulo-hypertrophiques sont des papules qui ont proliféré et bourgeonné (49). Elles sont recouvertes parfois de tumeurs muriformes ou en chou fleur ou en crête de coq ou en poireaux (89). Elles sont suintantes et se trouvent principalement dans la région anogénitale, peu dans la bouche (voir figure n° 19).

Ces papules muqueuses peuvent s'ulcérer et donner des plaques muqueuses diverses suivant leur localisation.

Aux commissures labiales, elle simulent une perlèche, dont le fond est occupé par une rhagade.

Sur la langue, elles réalisent une rhagade ou encore une macule rouge : ce sont les « plaques fauchées de Fournier ».

A la gorge, les plaques muqueuses s'éparpillent sur les piliers, la luette et les amygdales. Elles ont un aspect intense, sec, uniforme et diffus, c'est « l'Enanthème Vermillon » (49).

Aux organes génitaux, les plaques muqueuses chez la femme atteignent la vulve, mais pas le vagin. Chez l'homme, l'aspect est discret et s'accompagne d'une balanite.

A l'anus, il y a une rhagade au fond d'un plis radié qui donne une douleur au moment de la défécation.

* L'atteinte des phanères : (49) C'est à l'époque de la papulose secondaire que s'installent le plus souvent les lésions inguéales.

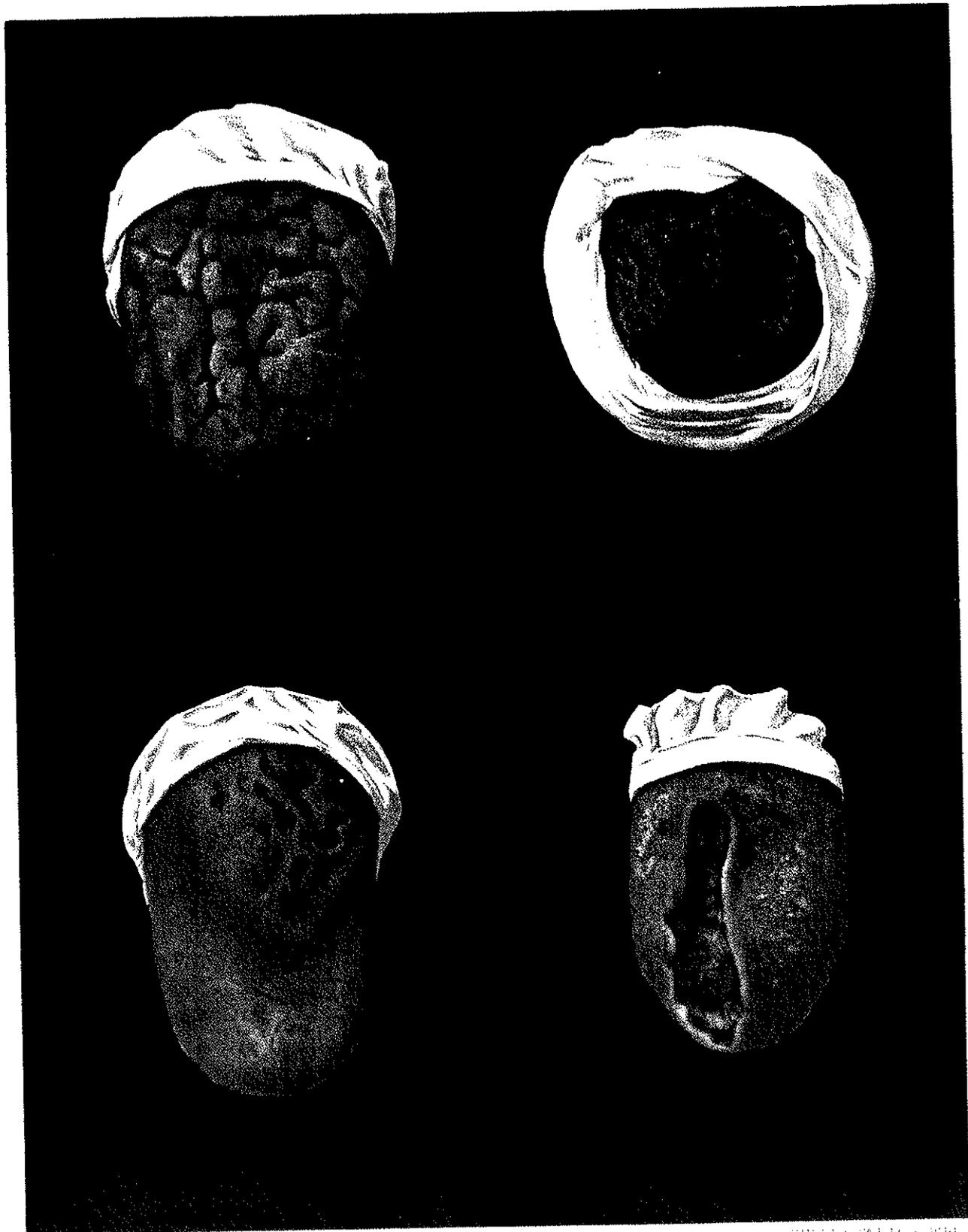


FIGURE 19. (11)

Syphilitis linguale

Figure n° 19: Syphilitis linguale (11).

L'ongle peut être craquelé, fendillé, décollé, épaissi et bombé (pachyonyxis), ulcéré en cratère au bord de la lunule (elconyxis), criblé d'érosions verticales.

Le pourtour des ongles peut être le siège de papules, parfois kératosiques parfois enflammées.

Ces lésions ne sont pas pathognomoniques.

* Manifestations générales : L'état s'aggrave au moment de la papulose. Les manifestations générales sont la fièvre, les lésions cardio-vasculaires (insuffisance aortique, coronarite, myocardite), les méningites inapparentes et latentes, les céphalées (névralgies du trijumeau ou du nerf d'Arnold), les ictères, la protéinurie massive, l'ostéite, les myalgies, les arthralgies, la néphrite œdémateuse, la splénomégalie (52, 49).

* Evolution des accidents de la période secondaire : Sous traitement, la régression des lésions est habituellement rapide.

Sans traitement, elles disparaissent en quelques mois, donnant l'impression d'une guérison spontanée. Mais le risque est l'évolution inconstante vers le stade tertiaire. Souvent c'est à la période secondaire que se constituent les lésions qui s'observeront plus tard (52).

En conclusion, d'après des statistiques, la syphilis secondaire survient dans 45 % des cas chez les hommes et dans 72 % des cas chez la femme (76).

2-2-La syphilis latente

Quand la syphilis n'est pas traitée, la syphilis passe du stade secondaire au stade latent qui est totalement asymptomatique et non contagieux puisqu'il faut des lésions cutanées ou muqueuses pour que la maladie puisse se transmettre.

Le diagnostic ne pourra être fait que par des examens sérologiques.

65 % des malades resteront à cette phase latente contre 35 % qui développeront une syphilis tardive (53).

2-3-La syphilis tertiaire

Elle apparaît classiquement cinq à dix ans minimum après la syphilis primaire, parfois plus.

Ce sont des lésions localisées, mais profondes métastatiques et destructrices, qui succèdent aux lésions diffuses mais superficielles de la période secondaire. Elles sont de localisations viscérales, faisant la gravité de la syphilis.

* Les manifestations cutané-muqueuses :

- Les gomes : lésions granulomateuses.

Ce sont des nodules hypodermiques de 2 à 10 centimètres d'évolution cyclique : nodule, ramollissement, ulcération, cicatrice indélébile.

Les gomes peuvent être cutanées : face, région temporo-frontale, jambe, bras, région sterno-claviculaire.

Elles peuvent être également muqueuses atteignant la langue, la voûte du palais (perforation du palais évocatrice où il y a un nasonnement et un reflux des liquides par le nez), les lèvres, le pharynx, la cloison nasale ou le gland (52).

Les gomes surviennent surtout à partir de la troisième année jusqu'à la septième année après le contact infectant (19). Elles représentent 17 % de l'ensemble des malades (53).

- Les syphilides tuberculeuses

Ce sont des nodules arrondis et saillants de 0,5 à 3 centimètres, rouges cuivrés, indurés, indolores et non prurigineux, de siège dermique.

Leur localisation est le visage, le front, le dos et la face externe des jambes ; leur disposition est circiforme.

L'évolution spontanée se fait soit vers l'affaissement des lésions, soit vers leur ulcération.

* La neurosyphilis :

Elle peut être asymptomatique ou symptomatique. La forme asymptomatique se caractérise par la présence d'anomalies dans le LCR (pleïocytose, présence de protéines) (86). La neurosyphilis reste une complication redoutable de la syphilis acquise, insuffisamment ou mal traitée.

Elle survient quatre à dix ans après l'accident primaire, elle est la conséquence d'une méningo-vascularite syphilitique passée inaperçue.

La difficulté du diagnostic et les nombreuses manifestations cliniques qu'elle peut entraîner soulignent l'importance de la réalisation de la sérologie syphilitique devant tout symptôme dont la cause n'est pas évidente (52).

Elle représente 10 % des sujets non traités.

- La méningite aiguë :

Elle est caractérisée par un syndrome méningé avec une céphalée tenace associée à une altération de l'état général, à une asthénie et à des troubles du caractère.

Elle peut être associée à des crises comitiales, des signes déficitaires transitoires, ou des atteintes des nerfs crâniens (surtout le nerf optique) (52).

- La paralysie générale :

Elle apparaît 5 à 6 ans après le chancre. Le malade perd la mémoire, devient mégalomane, dépense de l'argent sans compter, présente des idées incohérentes, devient égoïste, et peut même aller jusqu'à commettre des actes délictueux. Il existe un tremblement d'abord labiolingual puis diffus et une aréflexie pupillaire à la lumière : signe d'Argyll Robertson.

Il est totalement amoral et inconscient de son comportement. Seul un psychiatre averti pensera à la syphilis. Le traitement est uniquement neurologique (76).

- Le tabès :

Il est plus tardif (dix à quinze ans après le chancre). Il est provoqué par une destruction sélective des cordons.

Le tableau associe les principaux signes :

- douleurs fulgurantes des membres inférieurs,
- troubles sphinctériens,
- arthropathies nerveuses indolores du rachis ou des membres inférieurs,
- maux perforants plantaires (76, 52).

- La neurosyphilis méningo-vasculaire :

Elle réalise plusieurs tableaux :

- la syphilis médullaire (paraplégie brusque),
- la syphilis vasculaire cérébrale (hémiplégie, convulsions, aphasie).

* La syphilis cardio-vasculaire :

Elle est tardive, survenant 15 à 30 ans après l'épisode initial pas ou mal traitée et ses formes frustes rendent le diagnostic souvent difficile.

- la syphilis myocardique :

Elle est exceptionnelle, c'est une myocardite gommeuse de la cloison interventriculaire atteignant le faisceau de His (52).

- L'aortite syphilitique :

C'est une déformation de l'aorte et siège sur l'aorte thoracique ascendante.

Elle a trois formes :

- l'aortite syphilitique simple,
- l'insuffisance aortique,
- la coronarite ostiale (52).

- L'anévrisme de l'aorte :

Il est sacciforme et de siège thoracique ; son évolution est grave en raison de la possible rupture de survenue brutale (52).

En conclusion, le diagnostic de ces manifestations cardio-aortiques repose sur la coronarographie et la sérologie. Près de 20 % des malades sont victimes de ces signes et peuvent en mourir (71).

* Autres lésions :

- Les lésions osseuses :

On peut observer une périostite ostéoplastique et plus rarement ostéoclastique. La périostite touche les os longs formant des bosselures irrégulières comme « le tibia en lame de sabre ». Il y a aussi atteinte du crâne qui apparaît comme « mangé au vers », déformation des os plats, fistule supraclaviculaire, déformation sévère du palais (81).

- Les lésions viscérales :

On peut constater des iritis (avec photophobie, douleur et baisse de l'acuité visuelle) , des chorioretinites (perte progressive de la vision).

On peut trouver des lésions gommeuses dans l'estomac, des gomes viscérales dans le foie, dans le poumon (plutôt rare), dans l'appareil urinaire (rare).

Enfin, la syphilis est une cause rare de l'hémoglobinurie froide paroxystique (anémie hémolytique) (81).

2-4-La syphilis congénitale

La syphilis peut être transmise *in utero* par la mère infectée non traitée au fœtus par voie transplacentaire. Le fœtus est infecté ou en tout cas développe des lésions à partir du quatrième mois de grossesse. La syphilis peut également se transmettre au début de la phase de latence.

Le pourcentage avoisine 100 % si la mère est en syphilis récente, puis diminue en fonction de l'ancienneté de la maladie.

L'infection du fœtus provoque soit sa mort in utero, soit des manifestations cliniques précoces ou tardives.

Les manifestations précoces surviennent dès la naissance jusqu'à deux ans. L'enfant naît chétif, hypotrophique, pâle avec un abdomen distendu par l'hépatosplénomégalie.

Il existe une rhinite ulcéro-sanglante (corryza), une atteinte laryngée (raucité de la voix), des ostéo-chondrites (pseudo-paralysie), des ostéo-myélites, des périostites ossifiantes, des syphilides papuleuses, des périonyxis, un pemphigus palmo-plantaire (éruption maculo-papuleuse).

Le pronostic de cette forme est sévère, mais il existe des formes plus mineures (84, 52).

Les manifestations tardives sont consécutives à des lésions évolutives de syphilis tertiaire ou à des cicatrices fixées de lésions plus ou moins méconnues au cours de la syphilis précoce.

Ces lésions surviennent après l'âge de deux ans, et le plus souvent entre cinq à dix ans.

Il y a :

- . Des atteintes oculaires : la kératite interstitielle (signe majeur), qui apparaît après la puberté.,
- . Des atteintes de l'oreille interne : diminution rapide de l'acuité aboutissant à une surdité complète en dix mois.
- . Des lésions osseuses : touchant le crâne, le tibia, les fosses nasales.
- . Une hydartrose des genoux bilatérale (seule traduction articulaire de la maladie) et des tibias en lame de sabre (voir figure n° 20)
- . Des atteintes cutané-muqueuses : gommès.
- . Des atteintes viscérales : foie, rein, rate, aorte (elles sont exceptionnelles).
- . Des anomalies des incisives (dent d'Hutchinson), perforation du palais, nez en selle, séquelles osseuses, bosses frontales (81, 52) (voir figure n° 21).



Figure n° 20 : Hérédo syphilis : front dit olympien (38).



Figure n° 21 : Hérédo syphilis : tibias en lame de sabre et arthropathies des genoux (38).

En conclusion, dans 75 % des cas, la syphilis congénitale demeure asymptomatique pour se réveiller deux à trois ans après la naissance, voire dix à quinze ans plus tard (68).

III-Diagnostic

1-Diagnostic bactériologique direct

1-1-Examen direct au microscope à fond noir :

L'objectif est ici de trouver l'agent microbien responsable de la maladie, comme pour d'autres maladies sexuellement transmissibles. Le diagnostic direct est un des meilleurs moyens mais il est délicat car il n'est possible que durant les phases primaires et secondaires de la maladie (21).

Le prélèvement doit être effectué avant tout traitement antibiotique (pénicilline G, macrolides, tétracyclines), les tréponèmes disparaissant en quelques heures après le début du traitement (42).

Le diagnostic direct de la syphilis doit être envisagé en présence de toute lésion, ulcération, érosion génitale ou anale, quelque soit son aspect (43). Il se fera plus précisément sur les chancres, les lésions cutanées, les papules et les ganglions satellites. Chez le nouveau-né, on prélève les sécrétions nasales.

La mise en évidence se fait au moyen d'un microscope à fond noir car la coloration du tréponème pâle est difficile (16).

A partir d'un prélèvement réalisé sur un chancre, on nettoie avec une compresse imbibée de sérum physiologique stérile pour éliminer tout exsudat fibrineux superficiel. L'usage d'antiseptique est contre indiqué pour nettoyer la lésion. La sérosité qui sort du chancre est alors prélevée avec un vaccinostyle et déposée sur une lame recouverte d'une lamelle (27).

L'examen à l'état frais doit être immédiatement réalisé au microscope à fond noir pour observer et reconnaître la mobilité et la régularité des spires des

tréponèmes qui apparaissent brillamment éclairés sur le fond (42). La rapidité de l'observation est très importante car le tréponème pâle perd vite sa mobilité *in vitro*. La sensibilité de cette technique dépend de l'abondance des tréponèmes (au moins 10^4 /ml de transudat), des lésions, de la qualité du prélèvement et de l'expérience de l'observateur. Il faut répéter trois jours de suite l'examen (16).

Des confusions sont possibles à l'observation avec des bactéries du genre *Fusobacterium*. En effet, il existe des tréponèmes saprophytes dans la cavité buccale et des spirochètes commensaux au niveau anorectal (42).

1-2 Coloration des frottis :

T. pallidum ne se colore pas avec les colorants usuels, notamment il se colore très mal au Gram. Il peut être mis en évidence après imprégnation argentique de Fontana-Tribondeau, par coloration de Vago, de Giemsa, par le bleu Victoria (40).

La recherche du tréponème pâle peut être effectuée par une technique immunologique de coloration : l'immunofluorescence directe ou indirecte. Cette coloration ne déforme pas les tréponèmes qui apparaissent très réguliers et très fins. En revanche, elle ne permet pas d'observer les mouvements du tréponème (40).

Cette technique sensible et spécifique utilise des anticorps monoclonaux marqués à la fluorescéine qui réagissent avec l'antigène 47 KD immunodominant du tréponème pâle ; elle élimine toute confusion avec d'autres micro-organismes spiralés (24).

Les techniques de coloration peuvent entraîner des faux négatifs, il est donc impératif de rechercher parallèlement les anticorps spécifiques dans le sérum des patients.

2-Diagnostic indirect sérologique

Le diagnostic sérologique de la syphilis permet de mettre en évidence la présence d'anticorps, témoins des mécanismes de défense de l'organisme à l'infection.

Le sérodiagnostic de la syphilis a une histoire longue.

Dès 1901, à l'Institut Pasteur Jules Bordet (1870-1961) met au point avec Octave Gengou la réaction dite de la « fixation du complément » qui permet de rechercher de nombreux anti-corps dirigés contre des pathogènes, notamment celui de la syphilis (82, 87).

Puis Wassermann (1886-1925), microbiologiste allemand réalise avec A. Neisser en 1906, le test de dépistage sérologique qui grâce aux travaux de Bordet, deviendra la réaction de « Bordet-Wassermann » (20).

Le test de Wassermann fut pendant des années confirmé par des équipes de chercheurs scientifiques. Mais, ce test qui a été pratiqué à grande échelle, n'avait pas la fiabilité escomptée : une proportion notable de la population qui n'était pas infectée a subi inutilement un traitement toxique (63).

A cette époque, des scientifiques tels que Landsteimer ou Levaditi vont chercher de meilleurs antigènes pour le test sérologique. Ils prendront des foies de nouveau-nés syphilitiques ou des extraits alcooliques de cœur de bœuf. Ainsi, durant trente années, les bactériologistes admirent que toute réaction de fixation du complément n'a aucun support immunologique et ils développèrent une théorie d'instabilité colloïdale des sérums de syphilitiques. Ils vont préparer leurs propres antigènes tissulaires selon différentes formules plus ou moins valables, plus ou moins anticomplémentaires. Pendant toutes ces années, le diagnostic sérologique fut d'une grande confusion avec des réactions douteuses et des faux négatifs (87). On estimait qu'entre 1920 et 1930, la méthode de Wassermann donna 10 à 30 % de faux négatifs (63).

Depuis le 12 octobre 1980, le Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale a décidé, pour améliorer les modalités de dépistage et de traitement de la syphilis, de supprimer les séro-diagnostic les moins fiables c'est-à-dire principalement la

réaction d'hémolyse de Bordet-Wasserman et Kolmer en les remplaçant par des techniques plus spécifiques (40).

Le Journal Officiel du 12 Octobre 1980 spécifie les réactions à pratiquer :

Recherche de la syphilis en vue d'examen systématique par au moins une réaction qualitative de chacun des deux groupes suivants : les réactions du groupe 1 et les réactions du groupe 2.

Les réactions du groupe 1 : dits test à Ag non tréponémique

* Groupe 1 = réactions d'agglutinations avec l'antigène cardiolipide non spécifique mettant en évidence des anticorps antiphospholipides.

Ce sont :

la réaction de Kline qui n'est plus utilisée

la réaction du VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) = réaction de microagglutination de particules de cardiolipide.

et la réaction du VDRL charbon ou latex = l'addition de particules inertes permet une meilleure visualisation des agglutinations (52).

L'apparition des agglutinats est visualisée soit au microscope à faible grossissement (technique originale du VDRL), soit macroscopiquement (Rapid Plasma Reagin test = RPR) (52).

Les avantages du VDRL et du RPR sont d'être simples, peu onéreux, rapides et de se positiver précocement dès la quatrième semaine soit dans les cinq à dix jours qui suivent le chancre (16).

L'interprétation des résultats est soit qualitatif : en croix (de 0 à ++++), soit quantitatif : en unités exprimées par l'inverse de la dernière dilution c'est-à-dire de 1 à 1024 unités (52).

Le titre quantitatif reflète assez fidèlement l'évolution de la maladie : en atteignant un titre maximal en phase secondaire ou latente précoce, et l'ancienneté de la contamination : en diminuant progressivement même en l'absence de traitement jusqu'en phase latente tardive. La décroissance du titre

VDRL (ou du RPR) quantitatif est le principal critère de surveillance sérologique après traitement mais même en l'absence de traitement, il se négative chez un quart des patients.

La positivité du VDRL peut être si élevée qu'aux dilutions standards la sérologie apparaît négative ; seules les dilutions successives du sérum finisse par faire apparaître cette positivité : c'est le phénomène de zone qui concerne 2 % des syphilis secondaires et serait plus fréquent en cas de grossesse et au cours de l'infection du SIDA (16).

Si le clinicien suspecte une fausse négativité du VDRL ou du RPR, il doit en informer le laboratoire.

L'inconvénient de ces tests est leur manque de spécificité ; les causes de faux positifs sont nombreuses.

Du fait de leur sensibilité et de leur faible coût, les tests non tréponémiques sont utilisés pour le dépistage, leur positivité étant alors confirmée par des tests tréponémiques du groupe 2 (16).

Les réactions du groupe 2 : dits test à Ag tréponémique

* Groupe 2 = réactions utilisant des antigènes extraits de *Treponema pallidum* : elles ont l'avantage d'être spécifiques de l'infection tréponémique.

Ce sont :

- TPHA : (*Treponema pallidum* Hemagglutination Assay)
- FTA Abs : (Fluorescent Treponemal Antibody test-Absorbed).
- TPI : (*Treponema pallidum* Immobilisation Test (Nelson)).
- ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay).

Le TPHA est une réaction d'agglutination obtenue en mettant en présence le sérum du malade et un ultrasonat de tréponèmes pâles, préalablement fixés sur les hématies soit de mouton, d'oiseau ou d'homme.

La présence d'anticorps sériques antitréponémiques forme un complexe qui agglutine les hématies.

Les avantages de cette technique sont sa simplicité, sa sensibilité et sa très bonne spécificité.

Excepté dans les cinq premiers jours du chancre, un TPHA négatif élimine une syphilis (en dehors d'une erreur matérielle). Un TPHA positif affirme, en dehors de rares fausses positivités, une trépanématose récente ou ancienne mais il n'existe pas de corrélation entre le titre des anticorps et l'évolutivité de la maladie (16).

Il existe des variantes du TPHA :

- MHA- TP (Microhaemagglutination assay).
- IgM-SPHA (Immunoglobuline M solid phase hemabsorption) qui permet de détecter les IgM sériques, il est moins sensible que le 19 S - FTA - Abs IgM mais il est moins coûteux, automatisable, et utilisable pour le liquide céphalo rachidien et pour le diagnostic de syphilis congénitale (16).

Le FTA est un test d'immunofluorescence indirecte. Il met en présence le sérum dilué du malade et une suspension de tréponèmes pâles tués, souche Nichols, la réaction est révélée par l'adjonction d'une anti-immunoglobuline humaine marquée à la fluorescéine.

La lecture se fait au microscope à ultraviolet et nécessite un lecteur expérimenté. La fluorescence des tréponèmes signe la présence dans le sérum du malade d'anticorps spécifiques, mais le FTA simple est considéré comme peu spécifique.

Le FTA-Abs élimine les faux positifs en neutralisant les anticorps non tréponémiques. Le sérum du malade est absorbé sur un ultrasonat de tréponèmes saprophytes de Reiter (16).

Les avantages du FTA-Abs sont sa précocité (dès la 3ème semaine après le comptage), sa grande sensibilité, sa spécificité et la possibilité de dépister des anticorps de classe IgM (intérêt chez le nouveau-né).

L'inconvénient est son manque d'intérêt pour suivre l'évolution après un traitement et diagnostiquer une neurosyphilis. La spécificité et la sensibilité du FTA-Abs-LCR sont moins bonnes que le FTA-LCR (16).

Le FTA-IgM est un marqueur de syphilis évolutive mais pas de syphilis récente ; il est peu sensible et peu spécifique et peut être positif en cas de syphilis tertiaire et négatif en cas de syphilis récente.

Le FTA-Abs-IgM utilise un sérum fluorescent anti-IgM qui manque de sensibilité et de spécificité. La spécificité est améliorée en isolant l'IgM sérique par séparation de la fraction 19S par filtration sur gel ; c'est le 19 S-FTA-Abs-IgM, coûteux mais utile dans le diagnostic de syphilis congénitale.

Le TPI ou test de Nelson reste le test de référence dont la spécificité et la sensibilité sont les plus élevées.

C'est un test d'immobilisation des tréponèmes réalisé sur des tréponèmes vivants souche Nichols, mis en présence du sérum décomplémenté du malade, additionné ou non de complément de cobaye. Il est très coûteux, peu utilisé actuellement car tardif et abandonné au profit de l'immunoblot.

L'indice d'immobilisation spécifique (IS) est calculé après dénombrement du pourcentage des bactéries mobiles dans le tube réaction comparativement au tube témoin dépourvu de complément (52).

$$IS = \frac{100 \times \% \text{ formes mobiles (témoin)} - \% \text{ formes mobiles (réaction)}}{\% \text{ formes mobiles (témoin)}}$$

Les réactions positives et négatives du test de Nelson sont interprétées par l'indice d'immobilisation spécifique (IS).

IS inférieur ou égal à 20 % : test de Nelson négatif.

IS entre 20 et 50 % : test de Nelson douteux.

IS supérieur à 50 % : test de Nelson positif.

Les tests ELISA sont des tests immuno-enzymatiques faisant appel à des antigènes de *T. pallidum* traités par détergents ou des ultrasons ; ils ont été expérimentés depuis 1975, en vue d'exploiter les possibilités d'automatisation favorables au dépistage.

ELISA est une méthode de type sandwich mettant en évidence les IgM et les IgG. Plusieurs procédés ont vu le jour.

Le Syphis Bio-Enza Bead Assay®.

Le Captia Syphilis G Test®.

Le Caption Syphilis M Test®.

Le Tmp A-Elisa® (24).

Ces tests appliqués à la syphilis, potentiellement automatisables, ont encore besoin d'évaluation plus approfondies avant que leur place dans la sérologie de la syphilis soit définitivement établie (24).

3-Nouvelles approches diagnostiques

3-1 Application de la PCR (polymerase chain reaction) au diagnostic direct de la syphilis (24)

La PCR est très utile pour détecter l'ADN des tréponèmes mais elle est encore du domaine de la recherche. Elle améliore le diagnostic de syphilis congénitale, de neuro-syphilis, et de syphilis primaire encore séro-négative. La PCR appliquée au liquide amniotique a montré une sensibilité et une spécificité à 100 % par comparaison avec le test d'infectivité du lapin, seul test existant pour démontrer la présence de tréponèmes virulents. Cette méthode sera très utile pour établir les meilleurs schémas de traitement de la syphilis congénitale.

La PCR, appliquée au LCR, en cas de soupçon de neuro-syphilis, ne serait pas très sensible.

La PCR est très spécifique des tréponèmes pathogènes, mais elle ne permet pas de différencier les espèces *Treponema pallidum* et *Treponema pertenue*.

3-2-Sérologie de la syphilis avec antigènes recombinants (24)

Des scientifiques ont produit des quantités de protéines du tréponème pâle chez *Escherichia coli* susceptibles de servir d'antigènes dans des tests sérologiques. Plus de 25 antigènes recombinants ont été expérimentés en sérologie.

Particulièrement, la lipoprotéine TmpA utilisée en technique ELISA, a montré une sensibilité élevée chez des patients non traités, mais variable chez des sujets traités. Cette technique doit être encore améliorée avant leur utilisation pour des tests de dépistage à grande échelle.

3-3-Western Blot (70 bis)

C'est une nouvelle réaction très spécifique. Il s'agit d'un immunoblot à l'égal de ce qui se fait pour d'autres réactions : VIH, maladie de Lyme, coqueluche, etc...

Des immunoblots sont préparés à partir d'une suspension lavée de *Treponema pallidum* (souche Nichols). Les antigènes protéiques tréponémiques sont séparés par électrophorèse en gel de polyacrylamide, puis transférés sur des membranes de nitrocellulose qui sont séchées et découpées en bandes.

Les sérums dilués des patients sont incubés avec les bandes. Si le sérum contient des anticorps spécifiques de *Treponema pallidum*, ceux-ci se fixent sur les antigènes correspondants.

Les anticorps fixés sont relevés par un deuxième anticorps dirigé contre les immunoglobulines humaines anti-IgG ou anti-IgM et marqué à la phosphatase alcaline.

L'interprétation des résultats se fait comparativement aux sérums témoins, le sérum témoin positif devant présenter de nombreuses bandes colorées, dont les plus importantes sont à 47, 17 et 15,5 Kda et le sérum témoin négatif ne devant montrer aucune bande colorée. La présence des trois bandes (à 47, 17 et 15,5 Kda) pour un échantillon donné signe une positivité certaine, cela aussi bien pour les IgG que pour les IgM. La présence d'une ou deux de ces bandes doit faire soupçonner une infection tréponémique.

Ce nouveau sérodiagnostic de la syphilis par immunoblot est un candidat pour remplacer le test de Nelson puisqu'il présente les mêmes caractéristiques que ce dernier. Il possède en plus l'avantage d'être très précocement positif, tant en IgG qu'en IgM alors que le test de Nelson reste toujours négatif en phase primaire, et ne permet pas la différenciation IgG/IgM.

Le western blot pourrait devenir un bon test de diagnostic lors de la syphilis congénitale, plus sensible et plus spécifique que le test 19 S FTA-Abs, en utilisant trois ou quatre antigènes majeurs.

4-Cinétique des anticorps

4-1- Evolution des anticorps au cours de la syphilis non traitée (24)

(voir figure n° 22)

FTA-Abs et FTA-IgM sont les premières réactions à se positiver quelques jours après l'apparition du chancre.

VDRL et TPHA se positivent 30 à 40 jours après la contamination.

Le test de Nelson se positive 50 à 60 jours après la contamination c'est-à-dire à la fin du chancre ou au début de la période secondaire.

Tous les anticorps, en l'absence de traitement atteignent leurs titres les plus élevés, en phase secondaire, après 6 à 18 mois d'évolution naturelle.

Un déclin général s'amorce après une à deux années d'infection, le VDRL peut se négativer complètement dans un quart des cas.

Lors de la syphilis tertiaire, les anticorps sont présents à des taux variables, le VDRL peut se négativer dans plus de 50 % des cas.

4-2- Evolution des anticorps après traitement de la syphilis (24, 52)

Si le traitement est commencé très tôt, la sérologie sera négative et le demeurera.

Pendant la syphilis primaire séro-positif (voir figure n° 23), le traitement entraîne une baisse rapide des anticorps (2 à 4 dilutions pour le VDRL). Trois à six mois après, les anticorps disparaîtront.

Au stade de la syphilis secondaire récente (voir figure n° 24), une négativation de toutes les réactions est encore possible en un an. Le VDRL sera le premier à se négativer.

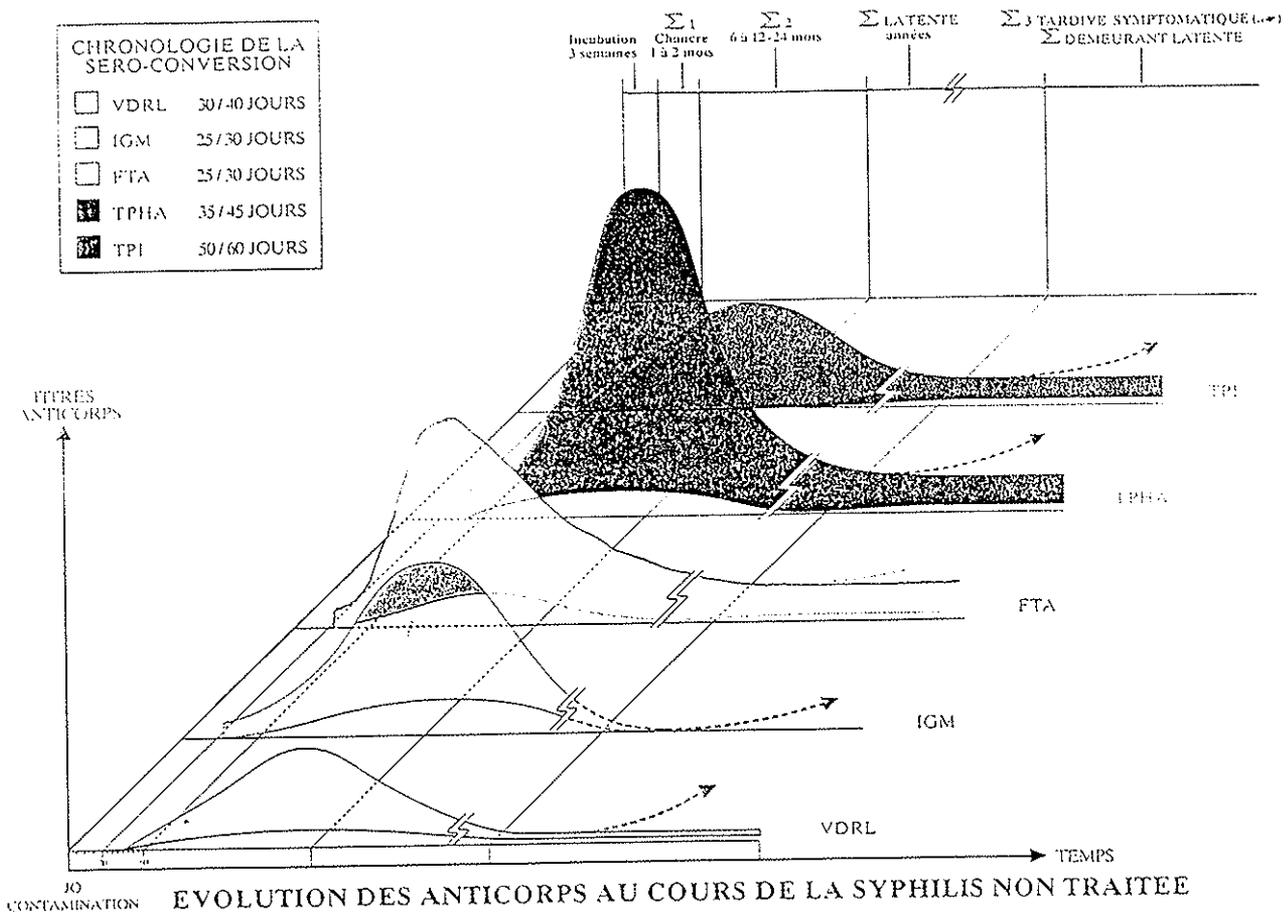


Figure n° 22'. Evolution des anticorps au cours de la syphilis non traitée (24).

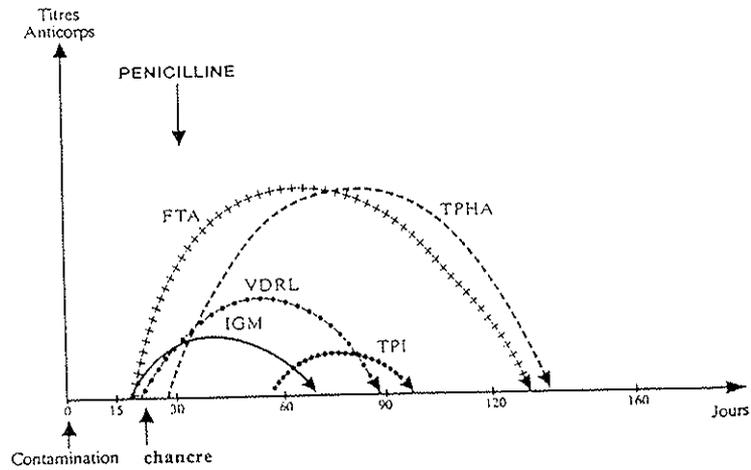


Figure n° 23 : Evolution des anticorps après traitement pendant la période primaire (24).

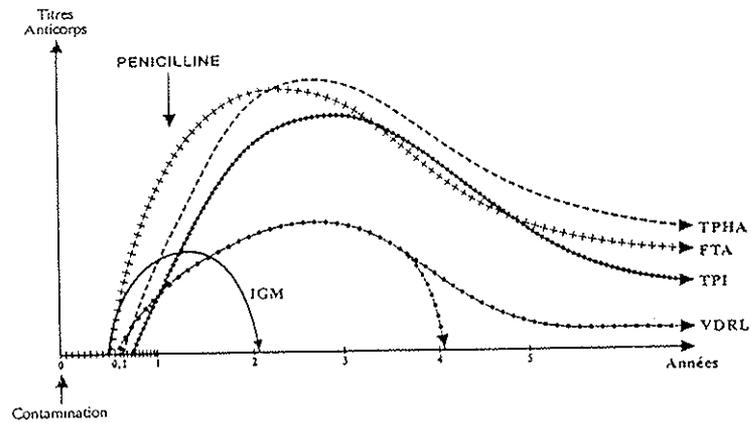


Figure n° 24 : Evolution des anticorps après traitement à la fin de la période secondaire (24).

Au cours de la syphilis secondaire tardive, le VDRL se négativera dans 50 % des cas après traitement, le TPHA et le FTA demeureront positifs.

Au stade de la syphilis tardive symptomatique, les réactions sont peu ou pas influencées par le traitement.

4-3- Cas particuliers (24, 52)

Au cours d'une **syphilis congénitale**, il convient de rappeler l'obligation de réaliser une sérologie syphilitique au cours du premier trimestre de la grossesse et la nécessité de renouveler cette dernière au moment de l'accouchement dans les populations à risque. La présence d'IgM spécifiques affirme le diagnostic, leur absence ne permet cependant pas de l'écarter.

Les arguments sérologiques en faveur de la syphilis congénitale sont :

- l'augmentation du taux ou taux stable des anticorps entre deux dosages à quatre semaines d'intervalle.
- des taux quantitatifs infantiles supérieurs à ceux de la mère et surtout la présence d'IgM anti-tréponémiques chez l'enfant.

On recherche les IgM après la naissance ; elles témoignent le développement d'une syphilis.

Si il n'y a pas d'IgM, mais la présence d'IgG, on attend neuf mois à quinze mois car ce sont des IgG maternelles et donc on ne traite pas l'enfant. Il y a une baisse des Ig maternelles entre neuf à quinze mois après la naissance.

Au cours de la **syphilis nerveuse** traitée, les réactions se positivent dans le LCR et le sérum. Dans le LCR, les taux d'anticorps sont souvent très élevés.

5-Interprétation des résultats des réactions de dépistage (52)

Il convient d'insister sur le fait que les réactions de dépistage doivent impérativement être confrontées aux antécédents et à la clinique du patient et s'il y a ou non traitement. En fonction des résultats des réactions de dépistage VDRL et TPHA, il est possible d'obtenir quatre types de réponses : - = négatif ; + = positif.

1ère éventualité : VDRL -, TPHA - :

Trois hypothèses diagnostiques :

- Absence de tréponématose.
- Exceptionnellement syphilis dont la contamination est récente (cinq à dix premiers jours du chancre). En cas de doute, il convient de réaliser un FTA-Abs IgM et d'effectuer un contrôle huit jours, un mois et trois mois plus tard.
- Syphilis guérie traitée précocement.

2ème éventualité : VDRL -, TPHA + :

Quatre hypothèses diagnostiques :

- Syphilis guérie traitée tardivement (cicatrices sérologiques).
- Syphilis ancienne ou latente non traitée.
- Séquelles de tréponématose non vénérienne (Béjel, Pian, Pinta).
- Faux TPHA positif : lèpre, maladies auto-immunes, toxicomanie, grossesse.

La réalisation d'un FTA-Abs et IgM et d'un test de Nelson permettront de préciser le diagnostic.

3ème éventualité : VDRL +, TPHA -

Nous faisons un FTA-Abs et un test de Nelson : le VDRL est plus ou moins fausement positif car les Ag sont non tréponémiques.

- Si FTA et test de Nelson positif, TPHA - : syphilis ancienne ou récente.
- Si FTA et test de Nelson - : faux VDRL positif.

**4ème éventualité : VDRL +, TPHA + : tréponématose active
récente ou ancienne.**

Rechercher par FTA-Abs ou SPHA IgM et faire le test de Nelson pour confirmer le diagnostic et établir le stade évolutif de l'infection.

Trois hypothèses diagnostiques :

- FTA-Abs IgM +, test de Nelson - : syphilis primaire.
- FTA-Abs IgM +, test de Nelson + : syphilis secondaire probable.
- FTA-Abs IgM -, test de Nelson + : syphilis latente.

Il existe de fausses sérologies syphilitiques positives : dans certains cas pathologiques ou non comme :

- Grossesse.
- Toxicomanie intraveineuse.
- Cirrhose.
- Affections auto-immunes (lupus, sclérodermie).
- Infections virales (mononucléose infectieuse, hépatite virale) ou parasitaires (paludisme).
- Dysprotéïnémie.
- Vaccination.
- Infarctus du myocarde.

6-Les réactions de dépistage de la syphilis réalisées chez les patients séropositifs au virus du SIDA

Des anomalies sérologiques sont possibles au cours d'une co-infection sida-syphilis. Certains patients sidéens en effet présentant une syphilis secondaire confirmée peuvent négativer les tests tréponémiques et non tréponémiques. D'autres patients co-infectés présentent des titres d'anticorps anti tréponémiques anormalement élevés. Si les tests sérologiques demeurent négatifs, et qu'il y a suspicion de co-infection, les médecins ont recours à d'autres méthodes : la recherche à l'ultramicroscope, la méthode par immunofluorescence, et l'examen des biopsies.

Citons deux exemples d'études réalisées.

* La première étude de H. Young porte sur vingt-six patients séropositifs au V.I.H. atteints de syphilis: 3 sont atteints de syphilis primaire, 11 de syphilis secondaire, 5 de syphilis tertiaire précoce, 1 de syphilis tertiaire tardive, 6 indéterminées (91).

Il a été montré sur ces patients que les tests sérologiques peuvent être pris en défaut au cours d'une syphilis ancienne traitée chez des sidéens, non seulement pour le TPHA et l'EIA (12 à 20 %) mais aussi pour le FTA-Abs (15 à 19 %), test considéré comme le test de référence (91).

* Lors d'une autre étude faite par le CDC (Centers for Diseases Control), il a été démontré que le taux des anticorps anticardiolipidiques dépendait du degré d'immuno-dépression des patients étudiés. Le taux des anticorps réagines est plus élevé chez les séropositifs au V.I.H. que chez les non infectés par ce virus. Ceci serait dû à l'activation polyclonale des lymphocytes B au cours du SIDA. Cette activation polyclonale pourrait aussi expliquer la relative fréquence des réactions cardiolipidiques faussement positives observées chez 40 % des patients séropositifs asymptomatiques selon cette étude.

L'infection du SIDA doit être considérée comme une des causes infectieuses d'une sérologie syphilitique faussement positive (60).

7-Sérologie syphilitique positive chez une femme enceinte

Les examens médicaux obligatoires chez les femmes enceintes sont au nombre de sept pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme : détermination du groupe sanguin, recherche d'Ac irréguliers, recherche de la syphilis, de la rubéole, et de la toxoplasmose, numération globulaire, recherche de l'AgHBS. Parmi ceux-ci, le dépistage de la syphilis devra être effectué lors du premier examen prénatal soit avant la fin du troisième mois de grossesse (80).

* Un cas de sérologie syphilitique positive chez une femme enceinte a été observé au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Dupuytren de Limoges.

- Une mère de 29 ans, deuxième grossesse, consulte à cinq mois de grossesse pour une séroconversion syphilitique. La sérologie, lors de la déclaration de grossesse à dix semaines d'aménorrhée gravidique, était négative.

- Cette patiente avait remarqué à la 14ème semaine une petite lésion végétante, indolore au niveau vulvaire, qui a disparu en trois semaines.

- Au 4ème mois de grossesse, son médecin n'observe pas de lésion mais prescrit une sérologie à effectuer dans le service de gynécologie-obstétrique. Les résultats donnent : VDRL positif, TPHA positif.

Devant une sérologie syphilitique positive, il convient d'éliminer les « fausses sérologies positives ». C'est pourquoi un test de Nelson a été prescrit.

- Le traitement est entrepris immédiatement sans attendre la confirmation sérologique.

- Avant la seizième semaine d'aménorrhée, le tréponème pâle ne passe pas la barrière placentaire. Si la syphilis est diagnostiquée et traitée avant la seizième semaine, l'enfant ne risque rien d'où l'intérêt du dépistage obligatoire. Dans l'exemple cité, la femme est à 20 semaines de grossesse, l'atteinte fœtale est possible. Les médecins vont donc proposer à la mère un traitement curatif, en sachant que l'atteinte chez l'enfant ne pourra être diagnostiquée qu'à la naissance (4).

C'est grâce à la sérologie obligatoire en début de grossesse et à la prise en charge rapide des séroconversions en cours de grossesse que la syphilis congénitale doit complètement régresser.

En Conclusion, certaines habitudes d'examens systématiques concernant la sérologie syphilitique ont été prises depuis longtemps et se perpétuent sans que leur intérêt n'ait évolué. Il a été souvent demandé lors de l'admission de patients à l'hôpital un contrôle sérologique de syphilis, sans aucun élément d'orientation en faveur du risque particulier (17).

Le dépistage sérologie devra être effectué :

- chez tout sujet présentant des signes (cutanés, neurologiques, psychiatriques ou radiologiques) ;
- chez toute femme enceinte (avant le troisième mois) et chez les femmes enceintes à risque élevé tous les trimestres ;
- chez tout sujet à risque élevé de Maladie Sexuellement Transmissible (1).

TROISIÈME PARTIE :

ASPECTS SOCIAUX ET THERAPEUTIQUES
AU COURS DES SIECLES

I-Moyen-Age : fin du XVème siècle

1-L'épidémie Européenne

Tombant sur un sol vierge, le « mal inconnu » diffère de la syphilis actuelle par son pouvoir d'expansion, ses modes de transmission, sa physionomie et ses allures. Il se répand d'abord avec une rapidité déconcertante à la manière des autres épidémies du Moyen-âge. La syphilis de l'époque se transmet par les voies les plus diverses, et les contaminations accidentelles sont si fréquentes qu'elle ne peut pas être considérée comme une infection strictement vénérienne (54).

Elle se traduit par des localisations bruyantes, par une évolution rapide marquée d'incidents graves et comporte un pronostic souvent fatal à brève échéance (38).

Après l'Italie, la France est la seconde touchée. La syphilis se répand dans la région méridionale et la région lyonnaise, là où passent principalement la troupe des mercenaires du Roi Charles VIII.

A Lyon, un accord est créé le 27 mars 1496 entre les consuls et les officiers du Roi pour faire sortir de la ville « les malades de la grosse veyrolle, ladres et autres pauvres malades contagieux venus et arrivez en cette vile depuis quelques jours en ça, lesquels le Roy nostre Sire veut estre mis hors la ville pour éviter la contagiosité et tenir ladite ville, à l'aide de Dieu, en bonne santé » (74).

Dès janvier 1496, la Suisse est atteinte et déjà les habitants de Genève craignent les vérolés. Un édit de la confédération du 17 mai 1496 indique les mesures pour lutter contre la contagion.

Paris, est atteint au plus tard à l'automne 1496, où les vérolés affluent de plus en plus nombreux à l'Hôtel-Dieu. Là, les gens essaient de refouler tous ces malades car ils pensent qu'il s'agit d'une « maladie on ne peut plus dangereuse ».

Les vérolés refoulés se concentrent près du cloître de la cathédrale où ils édifient des petites cabanes. Mais la peur de la contagion est telle que les

chanoines de Notre Dame organisent des quêtes pour expulser les vérolés vers un établissement hors de Paris (74).

L'épidémie progresse vers l'Allemagne, mais c'est surtout à Strasbourg, que le « mal de Naples » fait le plus de dégâts. Un imprimé anonyme déclare que la maladie a été emportée de France par les lansquenets et qu'elle est une punition de Dieu pour l'Alsace (55).

Les villes allemandes sont atteintes les unes après les autres et l'on parle là bas de « petite vérole maligne » importée de France et d'Italie. Une image allemande très célèbre, accompagne le poème de Sébastien Brandt. « *De pestilenticli scorra sive mala de Franzos* » publié en septembre 1496. Elle y montre un groupe de vérolés couverts de pustules qui reçoit de la main gauche de l'Enfant un faisceau de rayons (on ne sait s'ils guérissent ou punissent).

L'Autriche n'échappe pas à l'épidémie. Une célèbre gravure sur bois de 1498 montre un couple de vérolés couverts de pustules. Un premier médecin mire les urines de la femme tandis que, de l'autre côté du lit, un second applique avec une spatule un onguent sur les jambes du mari. Cette gravure fait partie du traité médical sur la syphilis paru à Vienne en 1498 (74).

Moins de dix ans après l'apparition du mal de Naples à la bataille de Fornoue, l'Europe tout entière est contaminée. Une haine va naître entre les pays et les multiples appellations de la syphilis vont apparaître.

2-Joseph Grunpeck, un témoin « privilégié » (74)

Joseph Grunpeck, un jeune clerc d'Augsburg, secrétaire de Maximilien, publie à la fin de 1496 un mince opuscule en latin qu'il intitule « traité de l'épidémie de pustules « Scorre » » (voir figure n° 25). Il y reprend le poème de Sébastien Brandt avec des légères modifications. C'est dans le dixième chapitre que Grunpeck parle de la syphilis. Il dit que la vérole est contagieuse, qu'il faut s'abstenir d'aller aux bains publics en cas d'épidémie, l'air corrompu doit être purifié en brûlant de la myrrhe, de l'encens ou des baies de genévrier, le malade doit suivre un régime à base d'onctions de pommade de mercure.

Grunpeck est un témoin privilégié car il a été lui-même contaminé par la syphilis à Rome. Le récit de sa maladie est un des textes les plus beaux et les plus terribles qui ont été écrits sur la vérole. Il est écrit « on n'avait jamais vu ni connu rien de si atroce sur la terre, rien de plus terrible et de plus dégoûtant... ».

Il a du avouer sa maladie à ses amis et sa famille car il ne pouvait plus cacher sa blancheur. De là il se retrouva seul car la vérole est considérée comme honteuse « mes très chers amis me tournent le dos comme si l'ennemi les poursuivait, le fer à la gorge, sans tenir compte des droits de la solidarité humaine et de l'amitié ».

Les médecins les plus illustres n'ayant pu le guérir à base de potions, pastilles et pilules, pas plus qu'avec ses propres conseils, Grunpeck s'adresse aux chirurgiens, puis aux charlatans qui lui prescrivent des frictions mercurielles deux fois par jour auprès d'un four chaud.

Il souffre par poussées syphilitiques. Il vivra longtemps avec, puisque « l'ancienneté du mal, sa nature et la vertu des médicaments ont fait disparaître tout état croûteux à l'extérieur ». Mais le mal intérieur demeure, car la syphilis fait jaillir des nouveaux ruisseaux de douleurs dans les veines, les artères, les membres et les jointures. Grunpeck vivra au delà de 80 ans malgré sa syphilis.



Figure n° 25 : Frontispice de l'ouvrage de Grünpeck (1496) reprenant le poème de Sébastien Brandt (55).

Grunpeck fut l'un des premiers à montrer la nature latente et évolutive de la maladie, et surtout, en laissant percevoir sa solitude et son abandon, à en faire ressortir le caractère « honteux ». Son ouvrage traitant de la syphilis connut un succès immédiat : c'est le plus ancien ouvrage imprimé sur la syphilis.

3-Les premiers conseils

Les médecins sont unanimes, ils soulignent l'importance de l'acte sexuel dans la contamination. Gilino de Ferrare en 1497 déclare « je dis que ce mal est contagieux, c'est pourquoi je recommande encore une fois qu'on ne s'unisse en aucune façon avec des femmes infectées de cette dangereuse maladie ».

Le célèbre professeur Widman de Tubingen conseille en 1497 d'éviter tout acte sexuel avec une femme atteinte de pustules et même avec une femme saine qui aurait eu des rapports peu de temps auparavant avec un homme infecté. Celui qui succède à un homme récemment atteint des pustules est lui-même atteint. Il conclut qu'il faut se méfier des prostituées.

Scanaroli de Modène nie la contamination par l'acte sexuel, puisqu'il observa des chancres sur des vierges et des vieillards.

Almenar conseille à l'homme et à la femme de procéder à une toilette minutieuse des organes sexuels après l'acte sexuel, avec de l'eau chaude ou du vin blanc, en se servant de leur chemise ou d'un linge propre, et surtout en évitant d'utiliser les serviettes des prostituées car elles sont contaminées. Si toutefois, il apparaît un chancre sur l'organe sexuel, il faut faire des lotions avec une décoction de plantes dans du vin et se saupoudrer avec une poudre composée de litharge, de céruse et d'or.

Torella, quant à lui, conseille d'appliquer sur la verge du savon mou de haut en bas, soit un coq ou un pigeon déplumé et écorché vivant, ou bien encore une grenouille vive ouverte en deux. Cette médication de Torella sera recopiée et variée par les médecins du XVI et XVIIème siècle. Il pensait que la chair sanglante de l'animal contribuerait, par sa chaleur vitale, à disperser et même consumer le poison entré dans le membre viril. Il ne parle pas de la possible apparition de chancre chez la femme puisque pour lui, c'est la contaminatrice (74).

Fracastor, en poète invite à l'abstinence : « il faut haïr la belle de vénus et redouter la contamination pour les tendres jeunes filles » (10).

Nicolas da Longino dit Leoniceno écrit en 1497 son fameux « *Libellus* » où il explique les symptômes et les transmissions de la syphilis (20).

Certains médecins, cachèrent leur ignorance sous le prétexte que ce mal honteux était indigne de leur science.

D'autres, plus humains et, comme l'écrit Astruc « plus par honte d'eux même que par espérance » tentèrent de soulager leurs malades à défaut de les guérir. C'est aussi par analogie, avec le traitement des maladies de la peau par le mercure sous forme d'onguents ou d'emplâtres qu'on utilisa dès 1497 ce même remède contre la syphilis. Ces médecins ignoraient à l'époque l'importance que va prendre le traitement au mercure de la syphilis au XVIème siècle (64).

4-Les premières mesures

A Paris, les vérolés doivent se déclarer dans un délai de 24 heures et sous peine de pendaison, se retirer dans leurs maisons ou se réunir dans un local apprêté à Saint-Germain-des-Près.

Les vérolés étrangers à la ville de Paris doivent aussi dans les 24 heures déclarer leur nom, quitter la ville et n'y revenir qu'une fois guéris, sous peine de pendaison.

C'est le début d'une politique systématique de refus des vénériens à l'Hôtel-Dieu de Paris, tant par crainte de la contagion physique que par celle de la contagion morale (74).

En Ecosse, le Roi proclame le 22 septembre 1497 dans son édit que les hommes atteints du « grandor » doivent quitter Edimbourg et être conduits dans une île du Forth afin d'y être soignés. Ceux qui désobéiraient seraient marqués au fer rouge à la joue et mis en exil en cas de récidive.

En fait, les menaces ne sont pas suivies à Paris et les vérolés continuent d'encombrer l'Hôtel-Dieu et ils sont de plus en plus nombreux. Une ordonnance du 25 juin 1498 prévoit de jeter à la rivière les vérolés contrevenants. La syphilis répand la terreur.

La maladie va devenir de plus en plus importante et commune. Les arrêts du parlement à Paris ne seront pas respectés. Les vérolés sont des gens fouettés et des pêcheurs avant d'être des malades. Ils vont même aller mendier devant le palais des Tournelles devant les yeux du Roi (74).

Les malades, pour cacher leur débauche, ne vont pas avouer comment ils ont contracté le mal. Cette méthode du mensonge contribuera à accréditer l'opinion que la maladie était de nature épidémique (14).

II-XVIème siècle: la grosse vérole

1-Les nouveaux traités médicaux (1502-1514)

Après la terreur que suscita la grande épidémie vénérienne à la fin du XVème siècle, le mal se fit moins aigu, plus endémique comme pour la plupart des nouvelles maladies épidémiques ; la mortalité diminua mais la morbidité augmenta (voir figure n° 26).

Cataneus (1504) dans « *De Morbo Gallico Traetatus* » s'accorde à dégager la notion d'un poison introduit dans l'organisme. « C'est un état morbide, qui a pour origine une infection totale de la masse sanguine liée à un poison contenu dans les menstrues ».

Benedictus (1508) dans son ouvrage « *De Morbo Gallico Libellus* » ne plaisante pas avec la maladie. Il prévient que le malade peut perdre verge et testicules, comme c'est déjà arrivé à un imprimeur de Venise.

Jean de Vigo, médecin et chirurgien italien attaché à la personne du Pape Jules II à Rome fut éminent syphiligraphe et écrivit en 1514 « *Le Mal Français* ». Il y indique avec soin l'ordre dans lequel surviennent les accidents : d'abord les pustules sur les organes génitaux de la femme et de l'homme, de couleur livide, noire ou blanchâtre, entourées d'une induration. Puis après la guérison des premiers accidents, apparaissent sur presque toute le corps des pustules crustacées, parfois saillantes, parfois en forme de verrues. Le patient éprouve de violentes douleurs dans les membres et les articulations. Après un an ou plus, naissent des tumeurs purulentes ainsi que des attaques osseuses si douloureuses la nuit qu'elles font pousser des cris aux malades. Suit presque toujours la destruction de l'os et les membres atteints restent définitivement tordus ou raccourcis (20, 74).

LE BAGAGE.



DAME VEROLLE



VENVS.



SOUVENIR A MOVREVA



Figure n° 26 : 4 bois illustrant « le triomphe de la puissante dame vérole » de Jean Le Maire (16ème siècle) (35).

En dépit de leur divergences, tous les traités qui paraissent jusqu'à 1514 s'accordent sur les caractères principaux de la vérole :

- la contagiosité et le pouvoir d'expansion,
- la transmission vénérienne,
- la contamination accidentelle,
- les manifestations cutanées exabérantes,
- la violence de la douleur,
- le pronostic souvent mortel,
- la dépression physique et morale du malade (20, 74).

2-Les aventures du chevalier Ulrich von Hutten

Ulrich Hutten (voir figure n° 27) est né en 1488, il fut un personnage « haut en couleurs », chevalier de grand chemin, aventurier, poète, défenseur de la veuve et de l'orphelin, mais surtout grand séducteur, ce qui lui valut d'être contaminé.

Dans son livre « *De guaïci medicina et morba gallico* » (voir figure n° 28) (1519), il retrace l'épidémie de la syphilis en Europe où il remarque le moindre impact de celle-ci dans des pays faisant preuve de plus de retenue. Il y associe de même l'absence d'atteinte des vieillards et des enfants « les premiers cas congénitaux ne semblent pas lui être connus » (48).

Luthérien convaincu, il critique l'autorité du clergé qui, en faisant de la maladie un fléau divin, tente d'accroître leur pouvoir sur les populations et opte pour une origine naturelle de l'infection. Il critique de même, les astrologues et surtout les médecins qui fuient devant le caractère malodorant et repoussant des lésions (48).



Figure n° 27 : Portrait du chevalier Ulrich de Hutten, Bois gravé (1519) (35).

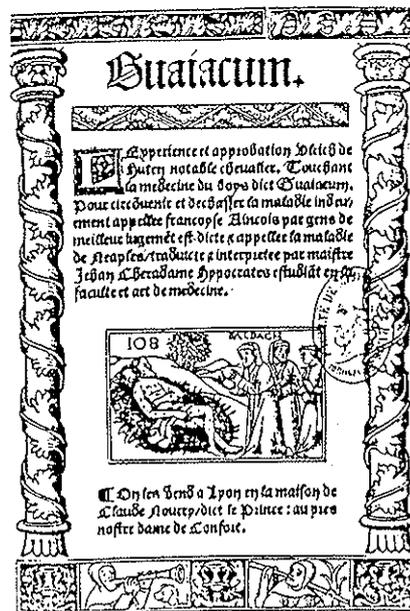


Figure n° 28 : Frontispice de l'ouvrage d'Ulrich de Hutten (35).

Quelques observations de Hutten sont neuves. « Il persiste, dit-il, à l'intérieur des parties honteuses, chez les femmes, des érosions, qui sont longtemps un aliment de virulence surprenante ; elles sont d'autant plus dangereuses qu'elles sont moins apparentes aux yeux de ceux qui veulent cohabiter avec les femmes en toute sécurité ».

Le chevalier décrit les traitements médicaux de l'époque. Il parle de certains médecins qui utilisaient des caustiques pour brûler les ulcères. D'autres employaient des onguents où, parmi d'autres composants, devait obligatoirement figurer le mercure. Les patients étaient frictionnés une ou plusieurs fois par jour et enfermés dans une étuve où la chaleur était maintenue constamment à une température très élevée. Le traitement durait de vingt à trente jours. Malheureusement, les malades préféraient la mort à ce procédé barbare qui ne guérissait à peine qu'un sur cent d'entre-eux (74).

Hutten a subi onze fois ce traitement. Il a vu l'horreur dans ces étuves où des médecins poussaient la température jusqu'à l'extrême, des gens mourraient étouffés sans prendre conscience de leur mort, d'autres perdaient toutes leurs dents et avaient la gorge remplie de salive. Hutten raconte toute la détresse qu'il supporta dans sa maladie et celles des autres.

Hutten, poussé presque au suicide, se tourna vers le gaïac (plante tropicale) ou il décrit ses nombreuses cures. Le malade est mis dans une chambre chaude, à l'atmosphère confinée. Sa nourriture est progressivement réduite jusqu'à une diète sévère et des purgatifs doux lui sont administrés. Chaque jour il faut boire une grande dose de décoction de gaïac après avoir commencé à suer en s'enveloppant de couvertures. Au bout de trente jours de ce régime, à coup sûr débilisant, on « a tiré les racines du mal » (74).

Il a eu la chance de rencontrer le gaïac puisqu'il dit qu'il fut guéri de cette manière. Il devint le champion du gaïac, mais il mourut à 35 ans, en 1524, dans des circonstances restées inconnues, et rien ne permet d'affirmer que ce soit des suites de sa vérole.

3-La thérapeutique mercurielle

Le mercure est un métal liquide, blanc argent, très dense. Il bout à 357°, il émet des vapeurs, dont la toxicité peut s'exercer sur la langue, insoluble dans les solvants neutres, pouvant être divisé en particules très fines par l'intermédiaire de corps gras solides ou liquides (62).

Depuis l'antiquité, le mercure est réputé contre les maladies de la peau car il se laissait facilement utiliser dans les mortiers pour former un onguent. On supposait que le métal était formé de particules sphériques incapables de s'accrocher les unes aux autres. L'analogie conduisit naturellement à s'en servir pour combattre les éruptions syphilitiques.

Les frictions mercurielles furent d'abord utilisées (voir figure n° 29).

Jacques Bérenger (1487-1550), anatomiste, fut celui qui tenta le premier l'application extérieure du métal sur un grand nombre de malades.

Il préparait tout d'abord le malade de la façon suivante : on le saignait une à deux fois, on le purgeait plusieurs fois, on pratiquait un grand nombre de lavements, on le baignait dix à vingt fois. Un régime strict lui était imposé où le vin et la viande lui étaient interdits ainsi que tout aliment nourrissant.

Le malade buvait principalement des tisanes de cresson, de cerfeuil, de chicorée, de pimprenelle et de scolopendre.



Figure n° 29 : Un graisseur de vérole - Gravure du livre de Bartholoméo steber (16ème siècle) (70).



Figure n° 30 : La terrible thérapeutique au mercure (19).

Très fatigué par la préparation, le malade allait commencer enfin le traitement. On l'enfermait dans une pièce close surchauffée et ensuite après la transpiration on le plaçait devant un feu où l'on procédait aux frictions avec l'onguent mercuriel, une à deux fois par jour.

L'onguent mercuriel était composé de mercure, d'huile de camomille, de sureau noir, de graisse de porc, d'aneth, de baies de laurier, de racines d'aunée, de jonc colorant, de vin aromatisé, de cire blanche d'abeille...

Après la friction, le malade recouvert de laines se reposait dans un lit bien chaud recouvert d'un grand nombre de couvertures. La cure pouvait durer jusqu'à 45 jours. Evidemment, les malades mourraient car ils étaient surchauffés, non nourris et trop purgés. De plus ils salivaient jour et nuit dans des casseroles d'où le terme populaire de « passer à la casserole » (46).

Pintor, qui a d'abord recours à la saignée, dit merveille des onguents à base de mercure utilisés en friction, bien qu'il signale de graves accidents.

Almenar, en 1502, préconise une bonne hygiène, des laxatifs, des sudorifiques et surtout le mercure en frictions qui est, selon lui, le meilleur remède contre le mal français. Il considère toutefois la salivation mercurielle comme néfaste (74).

Aquilino Sebastiano, médecin italien, publie en 1506 à Lyon « *De Morbo Gallico* » dans lequel il préconise le mercure dans le traitement de la syphilis.

Puis est apparu l'**emplâtre mercuriel** : Jean de Vigo (1514) conseille en premier lieu le régime, la saignée, les évacuants, mais ceux-ci se montrent inefficaces. Il en vient aux onctions et aux frictions faites devant le feu et surtout aux emplâtres mercuriels dont il donne la formule. L'emplâtre de grenouille ou de Vigo avec le mercure est fabriqué de cette façon :

- On fait bouillir dans du vin et du vinaigre, des grenouilles et des vers de terre avec des racines d'ieble, d'aunée, des fleurs de camomille, de lavande.
- Ensuite on fait liquéfier séparément de la cire, des graisses d'animaux, du styrax, de la térébenthine avec des huiles de grenouilles, de vers de terre, de lys.

- Ces matières étant en liquéfaction, on y ajoute de l'encens, de la myrrhe, de l'euphorbe, du safran avec de l'huile essentielle de lavande.
- Les deux liqueurs étant mêlées, se soumettent une seconde fois à l'ébullition, après quoi, on y ajoute du mercure éteint dans de la térébenthine et du styrax.
- Il résulte de ce mélange, après des manipulations très connues, un emplâtre que l'on met avec raison au nombre des plus puissants médicaments résolutifs.
- On l'applique pour exciter la salivation et combattre le mal vénérien mais pour que son effet soit plus sûr et plus considérable, on y met le double ou même le quadruple de mercure (61).

Formulation :	Emplâtre simple	2000 g
	Cire jaune	100 g
	Colophane	100 g
	Gomme ammoniacque purifiée	35 g
	Encens	70 g
	Myrrhe pulvérisée	35 g
	Safran pulvérisée	20 g
	Mercure purifié	700 g
	Térébenthine du mélèze	130 g
	Styrax liquide purifié	300 g
	Essence de lavandin	10 g.

Il faut surveiller avec soin la salivation et les ulcérations provoquées par le mercure mais ne pas les faire cesser trop vite pour que la matière en mouvement continue à être évacuée.

Aux emplâtres et aux frictions, s'ajoutent les **fumigations mercurielles** (voir figure n° 30).

- Le patient est d'abord soumis à un traitement préparatoire fait d'altérants et de purgatifs pour « tempérer les humeurs ».

- Il est alors placé, nu ou en chemise, sous une tente elle-même dressée dans une pièce bien close et surchauffée.

- A ses pieds se trouve un réchaud plein de braises sur lesquelles on jette de temps à autre des pincées de sulfate de mercure (cinabre à l'époque).

- Le corps du patient reste exposé à la fumigation un long moment.

- S'il commence à défaillir, on lui fait respirer de l'air frais amené de l'extérieur par un tuyau.

- A peine sorti du pavillon, le malade est placé dans un lit bien chaud où on l'ensevelit sous les couvertures pour le faire suer pendant une heure.

- Au bout de cinq à six séances survient une violente salivation mercurielle qui est l'effet recherché, ainsi que la diarrhée, lesquelles, s'ajoutant à la sueur, sont autant de voies d'élimination du « virus vérolique » (74).

Par ces méthodes externes, l'excrétion de salive ira jusqu'à quatre litres.

En 1535, Matthiole à Venise est le premier à oser prescrire l'administration du mercure par voie buccale **en pilules** de poudre de précipité rouge. Bientôt du mercure cru (vif-argent) va entrer dans la composition des fameuses pilules de Barberousse. Pour les uns, c'est de Turquie où régnait le sultan Barberousse qu'elles furent introduites en France. Pour d'autres, ce serait un corsaire du nom de Barberousse qui les fit connaître en France (19).

Formule des pilules de Barberousse :

- mercure crud	25 gros	
- rhubarbe	10 gros	
- musc	0 à	
- ambre gris	1 gros	
- farine de froment	2 gros	(1 gros correspond à 3,824 g).

Melez le tout avec du suc de limons.

Formez-en des pilules de la grosseur d'un pois et donnez en une chaque jour avant l'heure du souper (19).

La thérapeutique du mercure n'eût pas le succès attendu, au contraire elle initia une grande terreur au XVIème siècle autant par les frictions, les fumigations que par les pilules mercurielles de Barberousse car les gens mourraient d'hépatite toxique. Citons parmi tant d'autres les pilules mercurielles du Docteur Plenck, de Sédileot, de Lagneau et de Belloste. Bien que présentes dans les dernières éditions du Dorvault, ces formules ne sont plus utilisées.

4-Le Gaïac : « le saint bois »

Introduction du gaïac en Europe : Bien que le mercure fut considéré comme le remède souverain des affections cutanées, il causait la mort de nombreux hommes. Les vérolés après tant de terreurs allaient pouvoir enfin vivre des jours meilleurs. En effet, une nouvelle se répandit : des cures quasi miraculeuses étaient accomplies à l'aide du « Saint bois » qui n'était autre que le gaïac (19).

Le gaïac (*guaiacum sanctum L., guaiacum officinale L. ; zygothymaceae*) est un petit arbre, à rameaux renflés aux articulations, à feuilles persistantes composées pennées, à fleurs bleues, aux fruits capsulaires aplatis, dont le bois fournit environ 25 % de résine. C'est principalement un bois sudorifique. A l'époque de la découverte de l'Amérique, le gaïac était très commun à Saint-Domingue et à la Jamaïque. C'est Oviedo qui le signala pour la première fois, à Saint-Domingue, en 1514, sous le nom de Guayacan. D'après Charles de L'écluse, un indigène de Saint Domingue révéla à un chef espagnol, atteint de syphilis les propriétés du Gaïac (9).

Importé dès sa découverte il fut utilisé en Europe, comme antisiphilitique à partir de 1517. Charles de L'écluse l'a représenté (voir figure n° 31) et a traduit une description due à Monardès, mais c'est au père Plumier que l'on doit la connaissance exacte de ses fleurs. Ulrich Von Hutten en avait fait aussi une description en 1519 qui fut ensuite traduite en anglais et publiée à Londres en 1536. Le titre de cette édition anglaise signifie : « Du bois nommé Guaiacum qui guérit la vérole française et combat la goutte des pieds, la paralysie, la lèpre, l'épilepsie et autres maladies » (47).

La préparation la plus ancienne connue à base de gaïac date du 22 juin 1516 : « *Recepta del moro da pigliare el legno de India chiamoto guiacano, che e bono per el mal francese* ». Cette préparation appartient au traité de Nikolaus Polls (1570-1532) publié à Venise en 1535 (70).

Un autre auteur Delicado parle de préparations faites en 1508 en Espagne et en 1517 pour l'Italie. Toutes ces dates restent contestées et contestables.

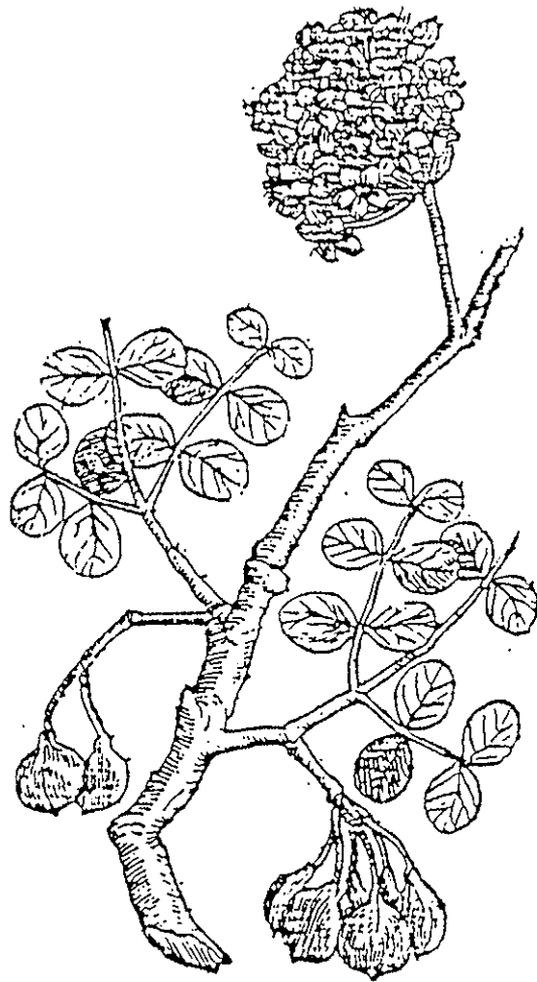


Figure n° 31 : La première représentation correcte d'une branche de gaïac, tirée de l'herbier de Charles de Lecluse (1605) (70).

Les formes galéniques : au XVIème siècle, les préparations galéniques contenant du gaïac sont les suivantes : décoctions, sirops, distillats, esprit de vin, sel, eaux distillées, eaux aromatiques, poudres, electuaires.

Les décoctions représentent la majorité des préparations à base de gaïac.

Les troncs sont rabotés en copeaux puis pulvérisés en poudre homogène dans un mortier. La durée de conservation étant rapide, la préparation se fait extemporanément pour assurer une bonne activité thérapeutique (70). Deux types de décoctions se distinguent :

- les simples uniquement faites avec du gaïac,
- les composées faites à partir de plusieurs liquides (eaux ou vins), de plusieurs plantes (salsepareille, chicorée, buglosse) (70).

Le sucre, le vin, le miel peuvent être rajoutés.

Le sirop est obtenu par ébullition ou par macération des drogues avec de l'eau ou du vin ou des mélanges d'eau et d'alcool. La solution obtenue après addition du sucre est clarifiée par une ébullition.

L'électuaire plus rare, est un mélange de drogues pulvérisées avec des sirops et du miel.

Pour obtenir **les eaux distillées**, on procède d'abord à une macération avec de l'eau, du vinaigre ou du vin ; les liquides obtenus subissent ensuite une distillation.

Le distillat le plus employé est « l'oleum », une huile grasseuse et éthérique.

Le déroulement de la cure de gaïac : La cure se divise en trois périodes :
(voir figure n° 32)

- la préparation brève du malade,
- la phase thérapeutique,
- la phase servant à la convalescence et à la réadaptation à un rythme normal.



HYACVM, ET LVES VENEREA.
Graua morbo ab hocce membra mollia Leuabit ista sorpta coctio arboris . .

Figure n° 32 : Fabrication et déroulement de la cure de gaïac (70).

--> La préparation était constituée d'un remède chaud et sec car la syphilis était considérée comme une maladie froide, de purgations, de saignées et d'un régime sévère (le premier jour : 3/4 de la ration normale, le deuxième jour : 2/3, le troisième jour : 1/2). La viande de bœuf, de porc, les légumes, les œufs et les épices étaient interdits.

--> La phase thérapeutique débute le quatrième jour. Le malade ne mange plus qu'un quart de la ration et on lui administre deux décoctions par jour en quantités égales.

La journée était très bien organisée. Le malade prenait le médicament à 4 heures du matin à jeun puis il restait 3 à 5 heures au lit pour transpirer les poisons... (70). En fin de matinée, il se lavait et recevait du linge propre et mangeait à 11 heures. Le deuxième repas était prévu dans l'après midi 4 heures avant la décoction du soir, c'est-à-dire à 20 heures. Puis il allait se coucher, entouré de couvertures de laines, il ne devait pas bouger et la pièce devait rester « vierge » de courants d'air.

La phase thérapeutique durait 30 à 40 jours et commençait au printemps ou au début de l'été.

Après 15 jours de traitement, une nouvelle purgation était prescrite et le malade était dispensé de la prise de décoction jusqu'au soir. Peu avant la fin de la cure, une nouvelle purgation était envisagée avec quelquefois une saignée.

--> La phase de convalescence et de réadaptation se situait encore dans la chambre jusqu'à guérison complète des pustules. Le patient buvait encore la décoction pendant plusieurs jours. Les lésions de la peau, les gommages étaient traitées par des huiles, des eaux distillées, des décoctions à base de gâiac (70).

Mais le gâiac fut progressivement relayé par plusieurs autres bois et racines ayant comme lui des propriétés sudorifiques. Nicolas Massa (1532), le premier, mentionne la racine de chine et la salsepareille d'Amérique. Toujours à la même époque, s'y ajoute le bois de sassafras en provenance de Floride. Soucieux de ne négliger aucune thérapeutique, les médecins éclectiques (qui sont les plus nombreux) prescrivent parfois sous le nom de tisane des quatre bois sudorifiques, une décoction de tous ces bois et racines mis à bouillir ensemble (70).

5-Le mercure contre le Gaïac

Lequel de ces deux traitements doit l'emporter sur l'autre ?

Jacques de Béthencourt qui en 1527 donna une symptomatologie étonnamment moderne de la syphilis (il décrit les différentes phases de la maladie), présente la discussion sous la forme d'un dialogue : « Le traitement par le gaïac, juge-t-il, est véritablement barbare en raison de l'excessive rigueur du régime imposé aux malades ». Mais ce qui est pire, pour lui c'est que l'action du gaïac est faible et lente. Il dit que le mercure est moins dangereux que la cure de gaïac (74).

Fracastor, de même, est un champion du mercure. Il dit « ne crois pas qu'il soit hideux et repoussant d'enduire et de couvrir son corps tout entier de l'onguent mercuriel car il dissipe le mal, or rien n'est plus hideux que lui » ; « tu verras les déchets liquéfiés du mal couler dans ta bouche et être rejetés, courage ! ».

Diaz de Isla, pour qui le mercure est « l'unique moyen de salut des bubas » se moque de ses adversaires concernant la thérapeutique du gaïac, il considère le gaïac comme un simple adjuvant.

Paracelse, médecin et alchimiste suisse (1493-1541) (voir figures n° 33 et n° 34), pense qu'il ne faut pas abuser du mercure, « c'est la dose qui fait le poison ». Il propose, avec une remarquable lucidité des dosages précis, permettant de pallier les inconvénients du remède. Quant au bois de gaïac, Paracelse en affirme la totale inefficacité dans son ouvrage « discussion sur le bois de gaïac ». Il publie un pamphlet sur la question de l'utilisation du gaïac, où il démontre que ce médicament n'a cours que par l'imposture des médecins, et que par les Fugger d'Augsbourg qui en font le commerce. Le doyen de la faculté de Leipzig, Heinrich Stromer, refusera la publication du traité sur la syphilis par Paracelse. Celui-ci avait tout compris mais le voici condamné au silence (6).

Le seul médecin, mais non le moindre à se montrer un partisan convaincu du gaïac est Jean Fernel (1497-1558), médecin d'Henri II. Fernel est inspiré de Von Hutten ; il est devenu un des plus grands médecins du XVIème siècle, on l'a appelé « le galien moderne ». Il est celui qui au 16ème siècle, a le mieux saisi la



Figure n° 33 : Paracelse par Van Scorel (6).

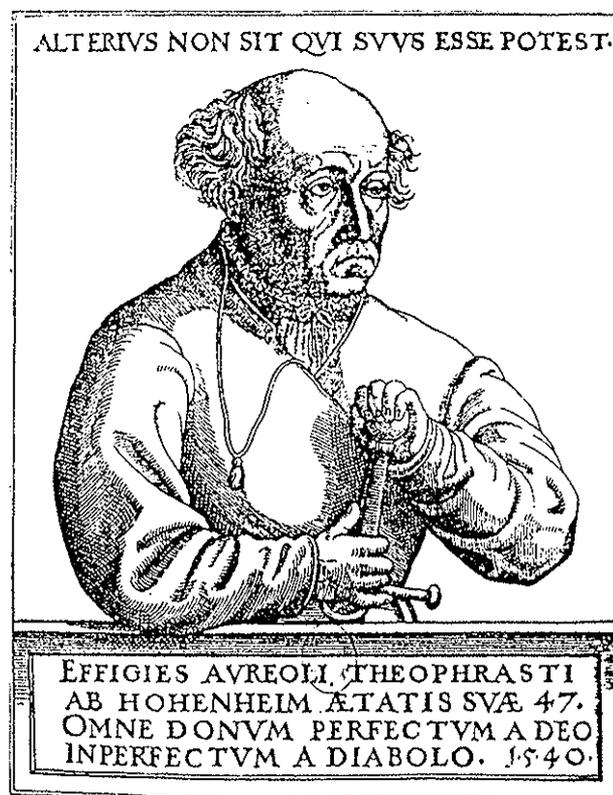


Figure n° 34 : Paracelse par Hirschvogel (1540) (6).

nature virulente de la vérole. Opposé au mercure, il énumère les méfaits du traitement mercuriel « la gorge s'ulcère, les dents s'ébranlent, la salive coule sans interruption, les malades deviennent sourds, inintelligibles ».

En fait, cette guerre du mercure contre le gaïac s'achèvera rapidement car ils furent souvent associés en pratique. L'éclectisme est de mise ; Thierry de Hery, par exemple, prescrit pour la curation de la vérole indifféremment mercure et gaïac. Guillaume Rondelet prescrit pour les « vieilles véroles », onguents d'argent vif, pilules mercurielles et décoctions de gaïac (74).

Luis Lobera de Avila, médecin de Charles Quint, donne dans sa thérapeutique d'utiliser frictions ou fumigations de mercure et d'activer la sudation avec du gaïac.

6-L'organisation de la lutte

Au XVIème siècle, la vérole s'étend non plus tellement géographiquement puisqu'elle a gagné pratiquement l'Europe en une décennie, ni en intensité puisque les formes particulièrement aiguës de ses premières manifestations se sont quelque peu atténuées, mais en nombre de cas (74).

En 1525, on continue toujours à déplorer la multitude des malades à l'Hôtel-Dieu de Paris ce qui oblige à coucher ensemble « le frappé de la peste avec d'autres qui ne le sont point, les vérolés avec les non vérolés ». D'où l'idée réitérée d'affecter, à l'exemple de l'Italie, un hôpital distinct à chaque catégorie de malades (vérolés, blessés, fous, enfants). Faute d'argent, ces hôpitaux ne seront jamais édifiés. A partir de 1557, des « Petites Maisons » sur l'emplacement de la maladrerie Saint Germain, sont construites pour les vérolés ; elles furent surnommées « la Bastille des vérolés ».

Le Grand Bureau de Paris organise des soins gratuits aux personnes touchées par la syphilis. Les barbiers chirurgiens organisés en une corporation depuis 1505 sont chargés de médicamenter les vérolés.

A Strasbourg, contrairement à d'autres villes, on prend en charge les vérolés. Un établissement spécial fut créé où est institué aux frais de la ville un traitement à base de gaiac (74).

La lutte contre la vérole passe aussi par une prophylaxie publique dont chacun s'accorde à déplorer l'absence. Torella propose que les prostituées infectées soient reléguées dans un lieu désigné par la commune afin d'y être guéries.

Ruiz Diaz de Isla propose des certificats de santé, attestant la guérison des prostituées et sans lesquels elles n'avaient pas le droit de reprendre leur activité.

En Espagne, des mesures sont prises pour la surveillance sanitaire des prostituées mais pas en France. Ferrare, médecin des rois et des papes dit « une belle et honnête femme, contamine d'abord un homme, puis deux, puis trois, puis cent car c'était une prostituée et aussi une fort belle femme ».

Divers conseils pour lutter contre la vérole virent le jour. En effet, Fallope conseille : « après la toilette suivant l'acte, on se couvre le gland d'un morceau de toile qui a macéré dans une préparation de vin, de copeaux de gaiac, de paillettes de cuivre, de mercure précipité, de racine de gentiane, de corail rouge, de cendre d'ivoire, de corne de cerf brûlée... Le préservatif doit rester en place 4 à 5 heures.

Massa en 1532, conseille de se laver les organes génitaux avec du vin blanc chaud, ou mieux avec du vinaigre, pour que le membre viril ainsi fortifié puisse s'opposer à cette mauvaise aptitude à se corrompre (70).

Fracastor vante les mérites des purgations et des saignées. Vigo propose, après les saignées, de prendre des préparations digestives qui sont à base de fumetere, chicorée, capillaire, sauge, buglasse, polytric, raisons secs, drupes de sébestier, prunes de Damas, pommes acides écrasées, vin de grenades, houblon, séné, casse, agaric, réglisse, anis, pulpe de tamarin, manne, absinthe, thym, fenouil, aloès. Il fabriquera aussi une poudre qui attaque et détruit les lésions initiales du mal français ; elle sera composée de minium (O4pb3), de ceruse (carbonate de plomb), de terre sigillée, de litharge (protoxyde de plomb fondu), de térébenthine.

Fracastor conseille également des médications à base de résineux et d'aromatiques à propriétés dessicatives : myrrhe, encens, noix de cyprès, racine de souchet odorant, aspalat... (70).

7-François 1er et la vérole

Jean Ferron avocat au parlement, dont le nom passa à la postérité grâce à la liaison de sa femme avec François 1er, aurait selon une légende tenace cherché à transmettre au roi la syphilis. Jean Ferron aurait fréquenté des prostituées à plusieurs reprises jusqu'à l'apparition de signes évidents de la maladie, puis il l'aurait transmise à sa femme, laquelle l'aurait donné au Roi François 1er.

Telle est la légende. En fait, il semble que François 1er ait contracté la syphilis (voir figure n° 35) bien avant la tentative de Ferron ; il aurait contaminé, dès son mariage, la Reine Claude de France, qui en serait morte en 1524 ; Anne de Pisseleu, duchesse d'Etampes, qui se fit soigner par le célèbre médecin Fernel rétrocéda le royal cadeau à son époux. Ainsi finit cette histoire qui associant, comme l'a écrit Charles Nicolle « dans une contagion voulue et successive, une prostituée, le mari de la maîtresse du Roi, cette maîtresse puis le Roi lui-même sur lequel le criminel exploit eut été ainsi perpétré par vengeance. Il est des hypothèses moins saugrenues pour expliquer les contaminations royales » (66).

En 1535, Matthiole est le premier à oser prescrire des pilules par voie interne. Bientôt du mercure cru (vif-argent) va entrer dans la composition des fameuses pilules de Barberousse dont on a dit que François 1er faisait usage (74).

De nombreux auteurs pensent que François 1er est mort de la vérole ; d'autres comme André Castlot pense qu'il a guéri de la syphilis et ce n'est certes pas celle-ci qui le suit dans sa tombe. Le roi serait mort de complications, de séquelles d'urétrite et de prostatite insuffisamment soignées étant donné les moyens dont disposaient les praticiens de l'époque. Ce manque de soins aurait abouti à un rétrécissement de l'urètre entraînant des abcès répétés, puis une septicémie et des foyers multiples (15).

La mort de François 1er reste un mystère et nous concluerons par ce fameux tercet :

« L'an mil cinq cent quarante sept
François mourut à Rambouillet
De la vérole qu'il avait ? » (15)



Figure n° 35 : François 1er, malade vieilli avant l'âge (15).

III-Le XVIIème siècle

1-La maladie de la honte

Tolérés au XVIème siècle, le libertinage, la paillardise, la débauche et leurs conséquences, font l'objet d'une désapprobation voire d'une répression croissante.

Les affections vénériennes deviennent honteuses et ceux qui en sont porteurs, des pêcheurs. La vérole, maladie du corps se transforme en maladie de l'âme. Les libertins et les jouisseurs sont jugés blasphémateurs et la vérole est leur juste châtement. Lalli en 1629 dit dans « Franceide » « les gouttes brûlantes de ce mal cruel tombent sur les gens chauds d'amour et souillés de lusaire, châtement de leurs fautes et de leurs honteux désirs » (48).

La prostituée devient un véritable suppôt de Satan, qu'il convient d'éviter et même d'ignorer totalement. L'éviction des prostituées aura pour conséquence la croissance des « dames galantes » dans le commerce sexuel et la propagation des maladies vénériennes au XVIIème siècle. Madame Broughton, en Angleterre fut une de ces dames galantes, était d'une beauté exquise. Elle fut vite remarquée dans tout Londres et ses prix étaient à la mesure de ses charmes. Elle sombra dans l'infamie et mourut de la vérole.

Les femmes mariées sont également des victimes. Aubrey l'évoque dans une anecdote. Une femme mariée de Drury Lane avait contaminé l'époux d'une de ses voisines. Cette dernière s'en était plainte à ses amies et celles-ci conçurent une vengeance particulière. La contaminante fut capturée, fouettée, puis intégralement rasée. La rumeur populaire en fit une ballade « Les cinq femmes-barbiers qui vivaient à Drury Lane ». Les sentiments de jalousie et de vengeance résultent des nouvelles caractéristiques de honte et de culpabilité associées à la maladie (48).

Plusieurs personnes connues à l'époque, furent condamnées par la maladie de la honte. Le futur Roi Jacques II, duc d'York, contracta la syphilis par une femme infidèle, son époux se serait lui-même contaminé pour se venger de sa femme.

La cour de Versailles n'y échappe pas. Le duc de Vendôme revient à la cour avec la moitié du nez et les dents tombées après une cure de sudation. Monsieur de Vaudemont perdit toutes ses phalanges, son état n'était que désastre. Louis XIV en voyant ces personnes, ordonna aux courtisans de faire comme si de rien n'était (74).

Les libertins ne peuvent s'empêcher de pratiquer le péché de fornication, ils essaient de trouver un remède préservatif contre la vérole mais le seul préservatif qui puisse être accepté de Dieu est la continence.

2-Le traitement de la vérole

Au 17ème siècle, on note peu de changements dans les traitements employés et dans les mesures prophylactiques.

Tous ceux qui ont étudié l'histoire de la syphilis considèrent que le XVIIème siècle n'a rien apporté de nouveau contre la pathologie vénérienne courante.

François Ranchin, professeur à la faculté de médecine de Montpellier écrit un traité typique en 1640 : « traité de l'origine, nature, causes, signes, curation et préservation de la vérole ». Il distingue la « vérole récente » qui se manifeste par la lassitude, des douleurs vagues, une chaleur des pieds et des mains, des chancres, une gonorrhée, et la vérole confirmée où s'observent des pustules dures du corps et de la tête, des ulcères durs et calleux autour des « parties honteuses », des douleurs et la carie des os.

Rien de neuf sur la curation, longuement développée comme la plupart des traités, qui se résume à : régime, purgatifs, saignées, gaïac et mercure (voir figure n° 36), avec toujours cette idée d' « attirer le virus » (c'est-à-dire le poison) en l'évacuant (74).

Au XVIIème siècle, les partisans des sudorifiques (voir figure n° 37) ou des régimes débilissants sont de moins en moins nombreux et se recrutent principalement dans les adversaires du mercure.

La préparation des décoctions de gaïac se fait de la même manière qu'au XVIème siècle.



Figure n° 36 : Le traitement de la syphilis par frictions, onguents et inhalations mercurielles (1696) (48).

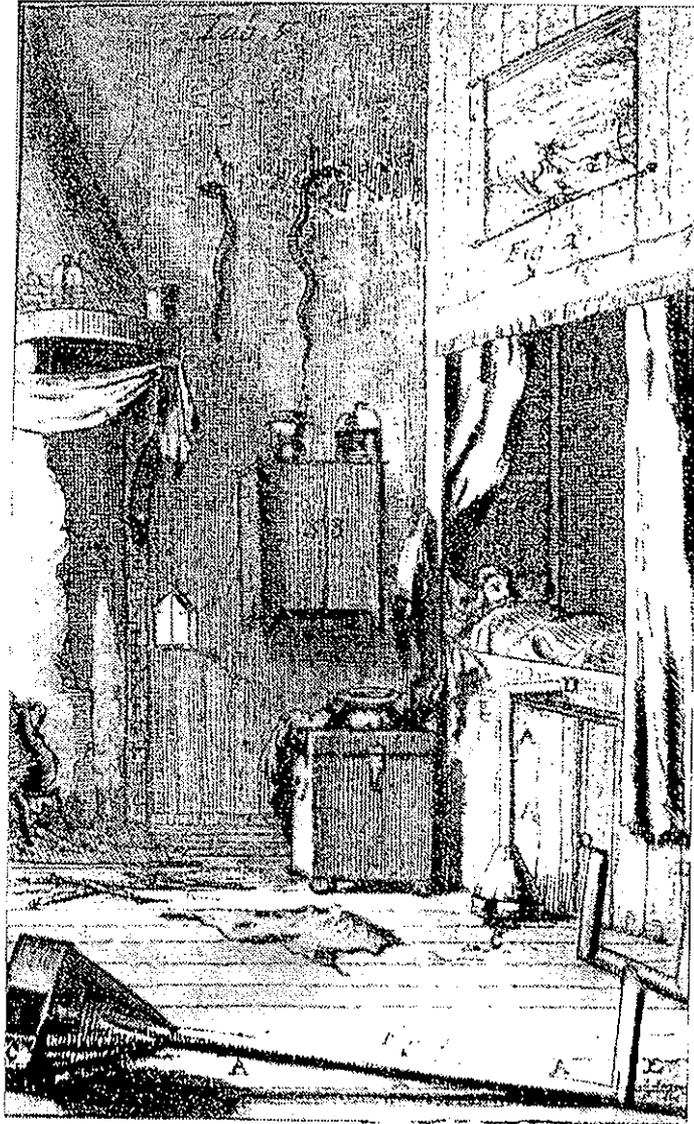


Figure n° 37 : Traitement par les bois sudorifiques (1696) (35).

Le traitement ne consiste plus en une cure, la décoction administrée par voie orale est dosée individuellement.

Une eau distillée est créée, elle s'appelle « Aqua parolytica ». Elle est prescrite au stade terminal de la maladie. Dans cette eau, sont réunis le gaïac, la salsepareille et le sassafras (70).

Les savons curatifs étaient obtenus par mélange de potasse, d'eau, de résine de gaïac, le tout chauffé. Après filtration, le liquide était remis sur un feu doux jusqu'à obtention d'une masse consistante marron verdâtre (70).

Les pilules étaient composées de gaïac, d'oléum comme excipient, de mercure et d'antimoine pour une action plus spécifique.

Les pommades du gaïac étaient rarement employées. La résine du gaïac était appliquée sur les plaies de la première période ou sur les gommes sous forme de compresses imprégnées.

D'autres formes furent utilisées : les élixirs, essences, teintures, poudres, vins médicinaux et les bières (70).

Quant au mercure, les avis diffèrent sur les modes d'administration : les onctions avec en Italie, de curieux caleçons antivénériens enduits intérieurement d'un onguent mercuriel et les fumigations qui perdent la faveur du XVI^{ème} siècle et laissent la place de plus en plus aux frictions, tantôt des seules parties ulcérées, tantôt de tout le corps : « les frictions universelles » (74).

Enfin, quelques rares médications tournent délibérément le dos au mercure. C'est le cas de l'arsenic préconisé en usage interne et externe par Planis-Campy et déjà proposé par Villalobos quatre siècles avant l'apothéose des arsenicaux. Martinière dans son traité de 1664 « traité des accidents provenant du mercure » accuse vivement le mercure comme moyen thérapeutique (77).

3-Les mesures prophylactiques

Les conseils de prophylaxie individuelle sont très imprégnés de la théorie humorale « que l'on séjourne pas longtemps avec une femme atteinte, et que l'on soit diligent à laver et sécher le membre. Car si l'on s'endort longtemps, et que la qualité infectée s'introduise, il n'y a plus de remède. Il y a des femmes tellement poivrées que leur venin se communique chaudement ». La deuxième condition est que le membre soit raide, et non pas mou et lâche parce qu'autrement il boit l'infection comme une éponge, et les préservatifs sont comme inutiles : comme au XVIème siècle le mot « préservatif » ne doit être compris dans son sens actuel mais comme une médication à s'administrer après un coït suspect, à titre préventif (74).

Coté pouvoir, la politique d'enfermement des mendiants amorcée au XVIème siècle se poursuit et s'affirme au XVIIème siècle par la création par Louis XIV en 1656, de l'hôpital général de Paris avec principalement deux établissements qui vont bientôt devenir célèbres : Bicêtre pour les hommes et la Salpêtrière pour les femmes. D'abord, les vénériens sont exclus explicitement de l'hôpital général, puis ils seront reçus, à partir de 1690, à Bicêtre où les deux sexes seront acceptés (74).

En province, la politique pour créer des hôpitaux est acceptée, mais les finances ne suivront pas.

IV-Le XVIIIème siècle

1-La réflexion théorique

Dans la première moitié du XVIIIème siècle, la syphilis que l'on appelle toujours « grosse vérole », attire de nouveau l'attention des théoriciens de la médecine. Diverses théories vont s'affronter par l'intermédiaire des scientifiques.

En effet, la théorie chimique est définie par le dictionnaire de médecine de James, que Diderot traduit de l'anglais en 1747. Il dit que l'agent de contagion de la vérole est comme « un poison actif et pénétrant consiste dans un fluide sulfureux extrêmement subtil ou dans un principe phlogistique éthéré et fermentatif qui infecte par sa communication les autres liqueurs du corps humain ». Voilà bientôt toutes les parties solides et fluides de l'organisme atteintes d'une corruption universelle (74).

Boerhaave, célèbre professeur de médecine de l'université de Leyde, pense que les agents de la contagion sont des corpuscules tellement petits qu'ils peuvent s'introduire dans le corps par les pores de la peau et gagner les veines où ils troublent l'équilibre des humeurs (74).

Jean Astruc (1684-1766), écrit en 1736 un « traité des maladies vénériennes » où il affirme que la vérole est un venin, ou un acide corrosif (car il provoque des ulcérations rongeantes), coagulant à cause des indurations et fixe car il ne peut se transmettre que par un contact direct et non par vapeur (20, 74).

La théorie parasitaire prend valeur de théorie subversive avec Nicolas Andry qui désigne des vers d'une espèce spéciale comme agents de la vérole dans son ouvrage « de la génération des vers dans le corps de l'homme ».

Antoine Deider, professeur de chimie à Montpellier, partisan de cette théorie, voit dans le virus vénérien « de petits vers vivants » qui produisent des œufs en s'accouplant et qui peuvent aisément se multiplier comme font les insectes » (74).

Pierre Desault dans « la dissertation sur les maladies vénériennes » soutient la même théorie et affirme que les chirurgiens dignes de foi ont vu fourmiller des vers sur des chancres vénériens (74).

Dans la seconde moitié du XVIIIème siècle, une troisième doctrine, celle de la sympathie, essaie de s'affirmer avec le docteur Barthez, puis avec John Hunter. Pour le premier, le virus vénérien suscite une « action morbifique », d'abord dans la partie du corps où il est entré originairement puis par sympathie dans d'autres organes. Pour le second, l'inflammation produite par le poison vénérien

présent dans le corps agit en même temps sur toutes les parties du corps qui sont sensibles à cette irritabilité. D'une certaine façon, c'est un premier pas vers la théorie inflammatoire.

Une autre théorie voit le jour, selon laquelle le mode de communication du virus vénérien serait fondé sur les lois de l'électricité. Ainsi les frictions ô combien magnétiques, d'une copulation, d'un baiser, d'une caresse ou même d'un simple battement de paupières seraient autant de voies de contagion. Mais cette théorie qui aurait pu semer la terreur dans la société, ne fut pas répandue (74).

La maladie vénérienne est-elle une ou plusieurs ? Les unicistes s'affrontent aux duellistes. Balfour en 1767 est le premier à ébranler l'édifice uniciste. Il dit que « chancre et gonorrhée » sont deux maladies produites par deux poisons spécifiques. L'école d'Edimbourg affirme que la gonorrhée donne la gonorrhée et que le chancre donne le chancre. Mais dans le camp adverse on se réclame d'expériences identiques. Hunter lui même, se serait inoculé du pus de gonorrhée, lequel aurait produit un chancre (74, 50).

2-Les traitements

2-1-Le mercure

Bien que Boerhaave et ses élèves prescrivent encore des médications mixtes au début du XVIIIème siècle, la quasi unanimité se fait en faveur du mercure, considéré comme le seul remède spécifique contre la vérole. « Le mercure, écrit Hunter, est dans la vérole comme dans le chancre, le grand remède spécifique et il n'y en a aucun sur qui on puisse autant compter ».

Pour les médecins iatromécanistes, prescrit en raison de sa pesanteur, il franchit les capillaires obstrués, dissocie les corpuscules sanguins, broie et atomise les parcelles du virus qu'il rencontre dans la course et rejette au dehors par la salive (74).

Pour les médecins iatrochimistes, le mercure dans l'état d'oxyde ou de sel, agit sur le virus syphilitique plutôt par une espèce d'attraction ou d'affinité chimique, en vertu de laquelle, toutes les fois qu'il rencontre ce virus, il s'y unit promptement, le neutralise et forme avec lui un composé qui n'a plus aucune des qualités que chacune des deux substances avait avant leur union.

Chicoyneau, premier médecin du roi au début du règne de Louis XV, préconise une autre méthode de frictions mercurielles dite « par extinction » où les séances sont espacées dès que la salivation apparaît (74).

A la fin du XVIIIème siècle, l'administration du mercure par voie interne, qui avait paru trop longtemps dangereuse, prend progressivement le relais des méthodes externes avec des lavements antivénériens et surtout une administration orale, avec le mercure gommeux et le calomel (protochlorure de mercure). Un nouvel arrivé, le sublimé corrosif (bichlorure de mercure), provoque d'abord de vives discussions avant de l'emporter avec Van Swieten, élève de Boorhaave et premier médecin de Marie Thérèse d'Autriche (74).

Ainsi naît la liqueur de Van Swieten appelée à devenir célèbre et qui se prépare sous forme de grains de sublimé à dissoudre dans une solution d'eau et d'alcool. Le succès de ce nouveau mode d'administration du mercure repose sur un atout évidemment décisif : les malades peuvent se traiter eux mêmes (74).

Les bains sont parfois associés aux traitements mercuriels. On pense qu'ils facilitent la distribution du mercure en dirigeant notamment son action vers la peau. Les fumigations mercurielles sont remises à l'honneur par Lalouette (voir figure n° 38) en 1776. Elles sont un progrès car le malade garde la tête à l'air libre, ce qui épargne un peu sa respiration (57).

Les accidents provoqués par l'intoxication mercurielle sont mis le plus souvent au compte de la syphilis. La thérapeutique mercurielle a des limites et nombreux sont les médecins qui reconnaissent que le mercure n'agit pas sur les manifestations tardives de la vérole. Quant à son efficacité supposée sur les stades primaires et secondaires, c'est compter sans le fait, ignoré à l'époque, que le

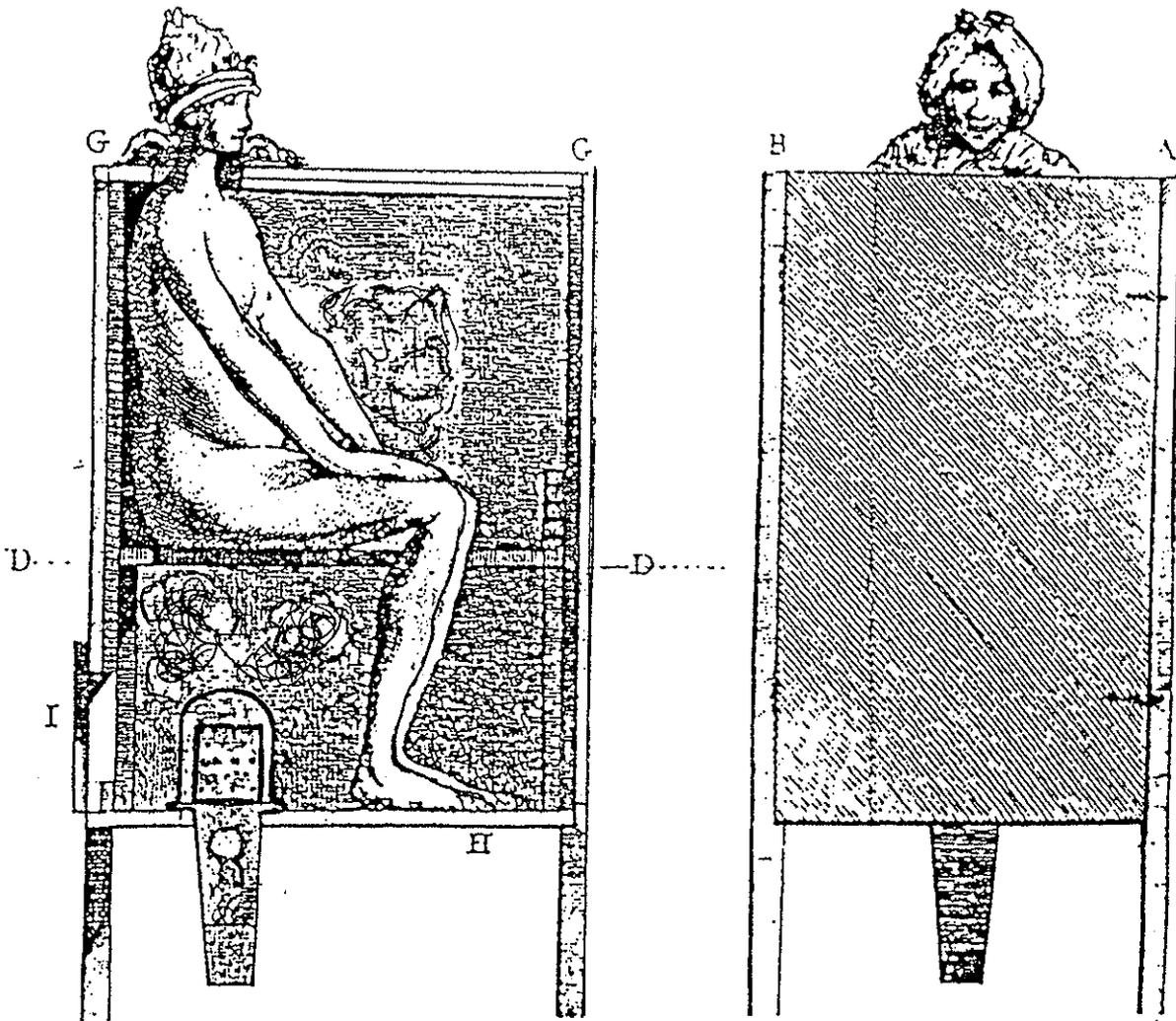


Figure n° 38 : Boite à fumigation de Lalouette (1776) (57).

chancre cicatrise spontanément au bout de quelques semaines et que les symptômes cutanéomuqueux finissent eux aussi par disparaître, même en l'absence de toute thérapeutique, pour laisser place à la phase sérologique (74).

2-2-Empiriques et charlatans

Peu de maladies ont autant favorisé l'empirisme et le charlatanisme que la vérole au XVIIIème siècle. Non seulement les empiriques remplissent à la fois les fonctions de médecin et de chirurgien, mais ils apportent l'espoir par l'invention de thérapeutiques ainsi qu'une discrétion fort recherchée dans une maladie aussi honteuse que la vérole. Les charlatans ne se distinguent des empiriques que par un plus grand degré d'escroquerie. Le marché du charlatanisme va très bien fonctionner car ils savent écouter, manipuler et parler aux vérolés avec chaleur et gentillesse.

Les médecins eux-mêmes ont favorisé à leur corps défendant le charlatanisme en faisant une publicité souvent tapageuse pour des remèdes de leur invention.

Voici par exemple, signalé par De Horne, grand pourfendeur de charlatans, le sirop mercuriel du Docteur Bellet qui fit son apparition sur le marché à partir de 1768 : « De tous les remèdes inventés et annoncés pour la guérison de la vérole aucun n'a paru avec un appareil aussi fastueux et aussi imposant que le sirop de M. Bellet, le seul nom de sirop séduisit les esprits : on n'y entrevit rien que de doux et d'agréable, on crut qu'on était enfin parvenu au point si difficile et tant désiré de guérir sûrement et agréablement » (74).

Se multiplient les remèdes nouveaux : baume solaire, eau astrale de Jourdan de Pellerin, biscuits, gâteaux, dragées, confitures, chocolat au mercure, remèdes à l'antimoine et au plomb, tisane au gaïac, à la squine et à la salsepareille, injections de vin rouge, décoctions de roses de Provins et d'eau blanche.

Une affaire eut un grand coup d'éclat en 1722 à propos de la thérapeutique antivénérienne. En effet, elle opposa Guilbert de Préval professeur en Médecine

et la faculté. Il avait mis sur le marché à grands renforts de publicité, une « eau fondante antivénérienne » au prix d'un louis d'or le flacon, spécifique infaillible pour prévenir de la syphilis ceux qui en feraient usage. De Préval fut condamné et rayé de la liste des régents de la faculté en dépit des efforts de ses dix-sept avocats et de l'appui de Restif de la Bretonne qui le défendit avec passion dans ses écrits (64).

Le mauvais exemple étant ainsi donné par le corps médical, empiriques et charlatans ne sont pas en reste. Parmi eux, Le Fébure, baron de Saint-Ildephont qui après ces fameux caleçons, inventa un chocolat aphrodisiaque dans lequel il a incorporé du sublimé. Grâce à ce remède infaillible, il ne propose rien moins que de guérir tous les vénériens du royaume si on lui accorde le droit exclusif et si on lui paie un forfait de 24 livres par tête. Ainsi, un mari peut prendre son chocolat en présence de son épouse, sans que celle-ci y soupçonne de mystère et par cet innocent moyen, la paix subsiste dans le ménage. En 1775, Le Fébure fait afficher dans toute la ville de Versailles, l'annonce d'un dispensaire gratuit pour traiter les vérolés, à condition que chacun achète au préalable une « liqueur antivénérienne » dont il y a lieu de penser que le prix n'était pas modique (74).

Mais à côté de la prodigieuse réussite de Keyser, tous ces charlatans font figure d'amateurs. Jean Keyser est l'inventeur des dragées antivénériennes dont la composition à base de mercure dissous dans du vinaigre, est tenue secrète. Particulièrement entreprenant, Keyser obtient le droit d'expérimenter ses dragées en 1759 dans un hôpital militaire, sur 20 lits de syphilitiques où cette fois le succès est dûment constaté. Il se voit alors attribuer le monopole des fournitures de ses dragées pour toutes les armées du royaume, avec privilège et très confortable pension du roi. Jusqu'à la révolution, les « dragées de Keyser » vont devenir le remède antisiphilitique de tous les vérolés (74).

D'autres charlatans, jaloux de la réussite de Keyser vont sortir d'autres remèdes mais sans contenir de mercure. Parmi eux, « l'eau de sécurité du comte de Milly », « l'eau admirable qui guérit sans mercure de Mr Marie-Duclos »,

« l'antivénérien végétal à base de gaïac » de Vergery de Velnos, « L'eau d'Hippocrène » et « le nectar de Cypris » de Laugier (74).

Après Keyser, un autre remède eut un grand succès, le « rob antisyphilitique de Laffeteur » composé de miel, d'une décoction de roseaux de marais, de semence d'anis ou de cumin, et de salsepareille. Ce remède fut reconnu à l'époque par une commission médicale. Mais Swediaur, accusa Laffeteur d'avoir mis dans son remède du mercure car ses patients n'arrêtaient pas de saliver. Malgré les accusations, le « rob de Laffeteur » va continuer sa carrière au siècle suivant (74).

Tout au long de ce siècle, le commerce du charlatan engendra un énorme volume social. Les carabins, herboristes, garçons apothicaires, frères religieux, maréchaux ferrants, matrones, couturières, etc... se mêlèrent de traiter ces maladies au plus grand détriment de l'espèce et de la société. Il ne reste à la médecine qu'à écraser de son mépris, empiriques et charlatans (74).

3-Libertinage et vérole

3-1-Les libertins, les prostituées : facteurs de propagation

Le libertinage reprend vigueur en Europe continentale, suscitant une nouvelle race d'aventuriers séducteurs dont le prototype est Casanova. Ils n'ont aucune peur d'un mal dont les ravages leurs semblent surtout moraux et s'en moquent allègrement, d'autant que les premiers préservatifs leur assurent une certaine protection.

Par ailleurs, aux yeux de la société bourgeoise commerçante dont l'importance devient primordiale, surtout en Angleterre, la syphilis constitue un danger pour l'ordre établi et les valeurs fondamentales : la religion, les bonnes mœurs, le patrimoine, le mariage, la famille et même la descendance et la race, surtout depuis qu'Antonio Sanchez a relancé la notion d'Hereditaria syphilis (48).

Les prostituées, les libertins, les courtisans et autres jouisseurs font l'objet d'un ostracisme moral en raison de la dissolution de leurs mœurs et de leur rôle dans la propagation de la maladie. Quand celle-ci les frappe, elle est considérée comme un juste châtement à leur dépravation.

Le maintien des valeurs passe également par une éducation de la jeunesse à qui on inculque la peur des maladies vénériennes, la méfiance à l'égard de celles qui les propagent et le mépris des excès qui écartent l'individu de ces valeurs fondamentales et du code moral qui les régit (48).

La prostitution est toujours au XVIIIème siècle, un facteur de propagation et de contamination important. Daniel Defoe, l'auteur de « Robinson Crusoé », a mis en scène dans un de ses romans les plus célèbres, les heurts et malheurs d'une prostituée « Moll Flanders » (1722). Celle-ci, belle, intelligente et épargnée par la vérole, est consciente de son rôle potentiel dans sa propagation, mais stigmatise l'attitude irresponsable de certains hommes mariés, ces lunatiques qui sont atteints par la maladie comme des bœufs qui vont à l'abattoir, boivent, et une fois pris de boisson, prennent n'importe quelle femme. Elle rencontre un baronnet ivre « quand il rentrera, il aura honte d'avoir été associé à une putain, aura peur de la vérole, peur de la donner à sa femme modeste et vertueuse » (48).

Les prostituées dans le « Faust » de Goethe sont considérées comme des hideuses créatures propageant la pourriture vénérienne.

Certaines tenancières de bordel sont représentées avec des demi-nez, cela représente le châtement habituel des vérolés.

Diderot raconte dans une lettre à Sophie Volland, que lorsqu'il était jeune et naïf, il échappa de justesse à la vérole car un ami l'avait prévenu de l'état de la personne aimable et facile avec laquelle il allait succomber. Une deuxième fois, c'est la courtisane elle-même qui prévient Diderot qu'elle n'est pas sûre d'elle, et lui propose, en gage de sa complaisance, de s'en assurer en laissant venir un « grand benêt » qui la presse. L'expérience fut concluante, le « grand benêt » en fut

malade à mourir et Diderot, à nouveau, échappait « à un accident dont les libertins se rient, mais qui me fait frissonner » (48).

Certains hommes pour se venger, utilisent les prostituées pour propager la vérole à leurs ennemis. Dans la « Cauchoise, ou Mémoires d'une courtisane célèbre », une prostituée vérolée est utilisée par un cavalier déjà atteint qui est venu pour arranger un rendez-vous avec quelques jeunes gens : « je te charge de leur en flanquer autant qu'à moi : ce sont des bougres dont je veux me venger... ».

A la fin du XVIIIème siècle, les poèmes abondent. Ainsi cette ode à la vérole :

Ô vérole ! Ô peste cruelle !
 Que ses ravages sont affreux !
 Que de cons désolés par elle !
 Et que de fouteurs malheureux !
 C'est là le mal de l'opulence,
 Le mal français par excellence,
 Le mal commun dans tout pays,
 Le mal des prudes, des coquettes,
 Des duchesses et des soubrettes,
 Des portefaix et des marquis.

« Les petites bougres au manège » (48).

Les seules mesures à part l'abstinence pour lutter contre cette propagation est le préservatif. Côté hommes, c'est le condom probablement inventé en Angleterre au début du XVIIIème siècle. John Turner mentionne en effet les débauchés qui depuis quelques temps se servent de sacs faits d'une membrane très fine et sans couture en forme de fourreau (le cæcum de mouton). Les bordels se font fournir d'impressionnantes quantités de ces accessoires, mais tout comme l'éponge que les prostituées s'introduisent dans le vagin, ce moyen est à juste titre jugé surtout comme un contraceptif (48).

3-2-Jacques Casanova : la contagion du plaisir

Casanova (1725-1798) est né à Venise d'un milieu modeste, il fut tour à tour ecclésiastique, militaire, courtisan, financier, diplomate, publiciste, magicien, charlatan, indicateur de l'Inquisition puis bibliothécaire et écrivain, mais toujours aventurier, grand voyageur (Italie, France, Allemagne, etc...), libertin, escroc et surtout séducteur légendaire. Son amour pour le jeu, la débauche, la tromperie et les conquêtes amoureuses en font un descendant des galants élisabéthains. Sa personnalité qui ne s'embarrasse d'aucun scrupule, se caractérise par un cynisme pratique, une recherche du profit immédiat et de la plus grande jouissance. Il est néanmoins un partisan de la sincérité la plus libre, de la bonté instructive et un admirateur de la beauté, plus proche des philosophes français que du marquis de Sade. Du théâtre au bordel, du bordel à la cour, il a cueilli les femmes, les aimant toutes à la folie mais jamais assez pour leur sacrifier la liberté (48).

Sur le plan vénérien, Casanova semble avoir souffert de quatre épisodes de blennorragie, cinq de chancre mou, un d'herpès génital, et de onze véroles répertoriées. Son dernier épisode de gonorrhée donna lieu à une épidémie : plus de cinquante personnes furent infectées et elle fit la fortune du praticien local. Ces problèmes vénériens successifs ne semblent guère l'affecter, bien au contraire : « le mal que nous appelons français n'abrège pas la vie, quand on sait s'en guérir, il laisse seulement des cicatrices ; mais on s'en console quand on pense qu'on les a gagnées avec plaisir, comme les militaires qui se plaisaient à voir les marques de leurs blessures, indices de leur vertu et source de leur gloire » (48).

Casanova, n'est semble-t-il, passé que deux fois par le grand remède ou traitement par le mercure. Il n'en garde pas un bon souvenir : « Ce métal impur et toujours très dangereux, affaiblit tellement mon esprit ». Pendant son séjour à Londres, Casanova apprend qu'une mère a gardé de son ancien amant « de si vilaines choses qu'elle faillit mourir dernièrement d'une trop forte dose de mercure qu'elle avait avalée ». Casanova peut encore déplorer les méfaits du

mercure qui ont tué son ami le comte Lamberg dont la mort fut causée par « la faute de ses médecins qui le traitèrent par le mercure d'une maladie où Vénus n'avait aucune part et qui ne servit qu'à le faire calomnier après sa mort ».

Au cours de sa deuxième cure à Londres, on prescrivit à Casanova pendant six semaines, une diète, un repos rigoureux, une tisane sudorifique et des pilules mercurielles, mais Casanova sent que l'ennui risque de le tuer.

Le médecin propose alors à Casanova d'accepter la présence dans sa chambre de sa soeur et de ses deux filles occupées à des travaux de couture. La compagnie des jeunes femmes reconforte Casanova autant que le mercure le déprime, si bien qu'il est difficile de dire quelle thérapeutique, celle qui s'adresse à l'esprit, ou celle qui pénètre et agresse le corps, est la plus efficace pour aider Casanova à retrouver la santé (88).

Casanova, tout comme Boswell écrivain écossais, utilisa les premiers contraceptifs en matière animale, mais essentiellement à des fins contraceptives et non prophylactiques. Il fut un fervent défenseur du médicament qui doit être le moins étranger possible au duo de l'homme et de la nature et se fondre dans leur intimité, il pratiqua alors beaucoup le régime. Casanova mourut à Dux le 4 juin 1798, des séquelles de ses gonorrhées : triste fin d'un organe qui a connu d'autres gloires (88, 48).

4-De la maison force à l'hôpital

Dans la seconde moitié du XVIIIème siècle, une centaine de malades est traitée à Bicêtre pendant cinq semaines. Ce nombre ne variera guère jusqu'à la révolution et cette capacité d'accueil restreinte provoque d'effrayantes listes d'attente. Les conditions de vie, ou plutôt de survie, sont pourtant terribles pour ces malades envoyés là le plus souvent sur ordre du lieutenant général de police et peu dignes de compassion (74).

Au quartier Saint Eustache, les hommes sont littéralement entassés dans de minuscules dortoirs tellement saturés de vapeur de mercure que les accidents spécifiques se déclarent avant même que le traitement ait commencé (74).

Chez les femmes, au quartier de la Miséricorde, les installations sont un peu moins déplorables. Toutes les audaces sont permises et si les cas mortels de vérole sont devenus rares au XVIIIème siècle, il est fréquent à Bicêtre qu'on soit tué par son traitement (74).

En 1786-1789, 600 syphilitiques sont hospitalisés à Paris, où il en meurt près d'une centaine tous les ans.

Les hôpitaux généraux tendent à s'aligner sur l'Hôtel Dieu en refusant l'admission des vénériens. Il en va de même pour les maisons de force religieuses qui estiment qu'il n'y a plus de correction possible du libertinage, parvenu à un tel stade. Mais on retrouve nombre de vénériens et prostituées vénériennes dans les dépôts de mendicités créés à partir de la déclaration royale du 3 août 1764.

C'est l'époque où l'administration des intendants commence à veiller à tout, instaurant les premiers fichiers sanitaires de vénériens avec les jours de traitement de chacun et même la quantité de dragées de Keyser administrées à chacun. Une sélection rigoureuse s'opère entre ceux qui sont là à cause de leur libertinage et pour qui la séquestration et la punition importent autant que les soins, et les victimes auxquelles on ne doit que la guérison.

Dans les années 1780, une action prophylactique voit le jour : chasse aux prostituées qui hantent les garnisons, et punition des soldats vénériens récidivistes... (74).

Des petits établissements sont créés par les civils, souvent sur des initiatives charitables, mais fautes d'argent, ces maisons doivent fermer.

Après une visite édifiante, en 1784, du ministre Breteuil au quartier des vénériens de Bicêtre, il est enfin décidé de créer un véritable hôpital, réservé aux seules maladies vénériennes, au couvent des Capucins du faubourg Saint Jacques. Cette création complète, celle entreprise en 1780, de l'hospice de Vaugirard « pour les enfants nouveau-nés atteints du mal vénérien » (74).

V-Le XIXème siècle

1-L'évolution médicale

1-1-Les médecins

Tout au long du XIXème siècle, des médecins vont émettre des solutions, quelles soient administratives, thérapeutiques ou bactériologiques.

Cullerier, chirurgien en chef pendant la révolution, et plus spécialement chargé des services d'hommes et de femmes où il supprime les « grands remèdes » sans pour autant abandonner le mercure, institue un service de consultations externes et gratuites à l'hôpital des vénériens (74).

René Joseph Bertin (1757-1828), médecin français publie à Paris le « traité de la maladie vénérienne chez les enfants nouveau-nés, les femmes enceintes et les nourrices » qui est le premier ouvrage complet sur la syphilis congénitale. Il affirme ses propres statistiques, où il dit que la mortalité infantile reste très importante avec, de l'an IX à 1809 (dix ans), 617 morts sur 1024 entrées à l'hôpital des vénériens (74).

Broussais et Jourdan créent l'école physiologiste qui fait de l'inflammation des tissus la cause exclusive de toutes les maladies, y compris la folie.

L'existence du virus vénérien est réduite à un simple irritant, ils affirment même que la contagion syphilitique n'existe pas et que la maladie s'est déclarée spontanément.

Cullerier, que les « physiologistes » essaient en vain de rallier à leur cause, avance de son côté la théorie d'une syphilis primitive caractérisée par le chancre et d'une syphilis constitutionnelle caractérisée par les syphilides puis les accidents plus tardifs avec cette idée que la première peut évoluer jusqu'à guérison sans que la seconde apparaisse. Ce même médecin est parmi les premiers à préciser la

durée d'incubation qu'il situe de 3 à 5 jours jusqu'à l'apparition du chancre initial. Il signale par ailleurs une fréquence moins grande de la syphilis chez la femme, indépendamment du fait que les chancres placés profondément dans le vagin ou sur le col de l'utérus passent inaperçus (74).

Puis, « Ricord vint », disent traditionnellement les historiens de la médecine. Nous sommes tentés d'ajouter pour notre part qu'il vint surtout au bon moment. Elève de Dupuytren, qui ne supporta pas longtemps son humour légendaire et son caractère bon vivant, il entre en 1831 à l'hôpital des vénériens (qui prendra en 1836 le nom d'hôpital du midi) comme chirurgien des nourrices. Il va y rester près de 30 ans, où il donnera des cours brillants devant des élèves, médecins français et étrangers ainsi que pour la clientèle huppée et privée. Il devint médecin de Napoléon III, qui le nomma responsable des hôpitaux militaires et du contrôle sanitaire de l'armée. Disposant d'un magnifique terrain d'études, il se consacra aux maladies vénériennes.

Au travail, Ricord fait preuve d'une observation clinique rigoureuse « traité pratique des maladies vénériennes », étant par exemple l'un des premiers à utiliser systématiquement le spéculum. Il affirme que blennorragie et syphilis sont d'une nature différente, n'appartenant pas à la même maladie. Hernandez l'avait affirmé quelques années auparavant dans « l'essai analytique sur la non identité des virus gonorrhéique et syphilitique ». Ricord établit en outre des propositions révolutionnaires pour l'époque : la syphilis est suivie d'accidents constitutionnels, la syphilis par bubon d'emblée n'existe pas ; la syphilis rend le sujet qui en est atteint réfractaire à une nouvelle inoculation, ses manifestations sont régies par une loi chronologique (74).

Toutefois, les failles ne manquent pas dans l'oeuvre clinique de Ricord : il ne mentionne pas le stade d'incubation, il nie tout pouvoir contagieux au stade secondaire et notamment aux plaques muqueuses, sous prétexte qu'il ne peut les inoculer, et sa thérapeutique se résume au mercure.

En 1837, A. Colles développe l'emploi du mercure et les observations pratiques sur la maladie vénérienne.

Auzias-Turenne, médecin français, très opposé à Ricord émet en 1844, la « théorie de la syphilisation » qui va défrayer la chronique médicale pendant plus de dix ans. Il croit encore à la blennorrhagie syphilitique et pense que le chancre mou est le résultat d'une syphilis de faible virulence d'où l'idée d'inoculer celui-ci à des sujets sains pour leur conférer une immunité face à la syphilis virulente. Il définit la syphilisation : « c'est un état de l'organisme dans lequel celui-ci n'est plus apte à subir l'évolution de la syphilis, par suite d'une sorte de saturation syphilitique ». Il pense que le syphilitique traité par la syphilisation sera guéri et ne pourra ensuite ni contracter, ni transmettre aucune sorte d'accident syphilitique. Les filles publiques seront particulièrement désignées pour la syphilisation, car ceux qui fréquentent les prostituées pourront désormais échapper à la contamination en s'adressant à celles munies de certificats de syphilisation. Auzias-Turenne ira même jusqu'à prôner la syphilisation des sujets sains exposés à la contagion (74).

En réalité, la syphilisation ne va connaître que des mécomptes, plus personne n'y croit sauf Auzias-Turenne qui ira jusqu'à se « syphiliser » lui-même. « On fera peut être bien de me disséquer, car je suis le plus ancien syphilisé du monde... ».

En 1852, l'Académie impériale de médecine condamne la syphilisation comme dangereuse (74). Soulignons tout de même que le Docteur Ricord avant de la condamner a été un adepte de la « syphilisation ».

La même année, Léon Bassereau distingue le chancre mou du chancre syphilitique et William Wallace démontre la contagiosité des lésions secondaires à laquelle Ricord ne croyait guère. Bien que suggérée en 1857 par Ermarch et Jessen, l'origine syphilitique de la paralysie générale ne sera largement acceptée que bien plus tard.

Sir Jonathan Hutchinson (1828-1913), chirurgien originaire du Yorkshire qui travailla à Londres, établit en 1863 la classique triade pathognomonique de la syphilis congénitale : kératite - surdité - et anomalies dentaires connues sous le nom de « Dents de Hutchinson » dont Madame de Sévigné avait déjà parlé dans une de ses lettres à propos de sa petite fille Pauline de Grignan (20).

En 1872, B. Abadie établit dans ses recherches l'usage du cyanure de mercure intraveineux contre la syphilis (77).

Albert Fournier (1832-1914), médecin français, dermatologue et syphiligraphe, professeur, à l'Hôtel Dieu puis à l'hôpital Saint Louis est pendant cinquante ans le chef incontesté de la syphiligraphie. Il est l'élève puis le collaborateur de Ricord. Sa carrière est brillante et son œuvre scientifique immense, en 1876 il démontre définitivement que le chancre mou est de nature différente, que les accidents secondaires sont contagieux, et surtout que le tabès et la paralysie générale sont bien d'origine syphilitique. Il consacre sa vie à la syphilis et à la lutte contre ce fléau.

En 1880 paraîtra son livre « syphilis et mariage » où il s'attache aux aspects sociaux de la maladie. On lui doit également « l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique » (1882) ; « la syphilis héréditaire tardive » (1895) ; « les chancres extragénitaux » (1897) et un traité de la syphilis en 1899. Un célèbre institut de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles porte son nom (20, 18).

En 1877, G.A. Zaharin décrit la pneumonie syphilitique, et en 1884 Felix Balzer dermatologue et syphiligraphe français introduit la thérapeutique au bismuth dans la syphilis. A strasbourg, Alfred Wolff (1850-1916), titulaire de la chaire de dermatologie insiste sur la notion que la syphilis est une infection et déclare que la syphilis congénitale n'est pas une affection héréditaire (77, 55).

1-2-Les thérapeutiques

Sur le plan thérapeutique, le mercure domine la situation. Dupuytren vente le bichlorure de mercure qu'il administre sous forme de pilules à 1 cg contenant :

- 1 cg de sublimé,
- 2 cg d'extrait d'opium,
- 4 cg d'extrait de gaiac (70).

Sur un chancre induré, on pourra donner de la poudre de calomel (chlorure mercurieux).

Les sels mercuriques sont administrés par voie orale : biiodure de mercure le plus souvent associé à l'iodure de potassium (sirop de Gibert), le protochlorure de mercure, le bichlorure de mercure ou sublimé corrosif ; le cyanure et le tannate de mercure, le bichlorure de mercure serait mieux toléré que le protoiodure de mercure (70).

La liqueur de Van Swieten est très utilisée mais elle laisse un arrière-goût de « cuivre » désagréable. On pourra recourir à la potion suivante :

- sublimé corrosif : 0,12 g,
- alcool à 90° : 25 g,
- sirop de codéine : 50 g,
- sirop de fleur d'oranger : 175 g.

Une cuillère avant chaque repas dans un demi-verre d'eau (70).

Si le patient éprouve toujours un dégoût, on lui administre les pilules de Dupuytren très modifiées :

- | | |
|---------------------------|----------------|
| - deutoclure d'hydrargyre | 0,60g |
| - chlorure de sodium | 0,60 g |
| - extrait thébaïque | 1 g |
| - gluten frais | qs 60 pilules. |

1 pilules avant chaque repas.

L'hydrargyre est l'ancien nom du mercure.

Solution, potion, pilules, tout est dosé de façon à ce que le malade prenne par jour 2 cg de bichlorure de mercure (70). On essaie même à l'époque de donner du mercure aux vaches pour avoir un lait thérapeutique (13).

Les frictions « d'onguent mercuriel Napolitain », pommade dans laquelle mercure et axonge entrent à parties égales, sont encore utilisées dans certains cas, mais rarement au début de la syphilis.

A partir de 1860, ce sont les injections qui vont permettre au mercure de connaître une nouvelle carrière. Le professeur Scarenzio de Pavie injectait sous la peau 20-30 cg de calomel à la vapeur, tenus en suspension dans 1 cg de glycérine.

Une ou deux injections suffisaient et les effets salutaires se montraient en huit à quinze jours après l'injection. Mais des abcès se formaient, alors les médecins essayèrent avec le sublimé additionné de morphine, le biiodure, le cyanure, le perchlorure, l'albuminate, le thymol-acétate de mercure... Tous les syphilitiques furent dès lors traités par les injections sous-cutanées de mercure ammonique (70).

L'iodure de potassium lancé par Wallace en 1836 n'est guère révolutionnaire, « l'opium, c'est comme la syphilis, cela se garde des années et des années dans le sang, ça s'élimine à la longue, mais il faut en absorber de l'iodure » dira Jean Lorrain dans « Monsieur de phocos ».

L'iodure de potassium se prend en solution :

- aqua fontis 250 g
- iodure de potassium 10 g
- alcoolat de mélisse composé 10 g

ou en sirop :

- iodure de potassium 10 g
- sirop d'écorce d'oranges amères 225 g
- eau distillée 25 g (70).

Une cuillère à potage contient 0,50 g d'iodure, à prendre avec de l'eau et en association avec « l'onguent Napolitain ».

La syphilis tertiaire est surtout justifiable des iodures administrés à la dose de 1, 2, 3 ou même 6 g selon la gravité des accidents. En général, il suffit d'en prendre 1 g par jour pendant deux mois, au printemps et à l'automne (70).

Les pommades iodées sont utilisées aussi :

- iodure de potassium 2g
- eau distillée qs
- axonge 30 g.

Le gargarisme de Ricord est donné s'il y a perforation de la voûte palatine ou des ulcères de la gorge :

- teinture d'iode 6 g
- iodure de potassium 1 g
- aqua still 200 g (70).

Des magnétopathes prescrivent une thérapeutique antisypilitique à la fin du XIX^{ème} siècle.

Ils disent qu'il faut traiter tout le corps entier, le côté droit avec la main gauche, le côté gauche avec la main droite, surtout les parties sexuelles qui peuvent être encore malades. Le traitement se fait tous les jours (12).

Divers témoignages furent rapportés :

A Neurkachen le 26/06/1895, Fredrich Schmidt atteint de syphilis tertiaire écrit : « J'atteste, par la présente à monsieur le magnétopathe R. Berlin qu'il m'a guéri en deux mois et demi sans cure allopathique effectuée avant ».

G.L. à Dresde écrit : « J'étais atteint d'une syphilis qui me donna une constipation une insomnie, une toux incessante, une vue très faible, une surdité, j'avais six médecins, j'essayai le magnétisme animal, les symptômes disparurent, le magnétisme animal et le végétarisme m'ont sauvé ». (12).

Entre 1812 et 1835 éclate un deuxième renouveau du **gaïac** provoqué par l'inspecteur des hôpitaux militaires anglais au Portugal. Comme nouveau mode de traitement, prit naissance le « simple treatment » pour lequel des mesures diététiques et hygiéniques étaient accompagnées par l'administration de boissons à base de sudorifiques sans mercure dont faisait partie le gaïac (70).

La salsepareille garde le vent en poupe au 19^{ème} siècle : « vos baisers se mêlaient aux cris du large fleuve où traînent les racines de salsepareille, qui rendent l'eau salubre à tous ceux qu'atteint la syphilis dans ces contrées du soleil » (Francis Jammes, 1897).

Racontons une anecdote en ce qui concerne la thérapeutique à base de plantes :

« Il y a deux ans que vint chez moi le baron E. âgé de 47 ans, il souffre depuis dix ans de syphilis. Il a eu quatre traitements au mercure par quatre célèbres médecins, il est atteint de plaies aux pieds, à la bouche, il perd confiance ». « Son état général s'est dégradé avec les traitements au mercure puis il a atteint un stade latent. je lui ordonnais un bain de tronc à friction, plus de deux bains de siège par jour, plus un régime approprié à sa nature ».

Cet homme malade fut guéri en six mois, avec une digestion améliorée, et plus de trace. Dix-huit mois après, rien n'est réapparu. Cette anecdote est tirée de la « nouvelle science de guérir » de Louis Khune en 1893 (58).

A cette période les bains seront un adjuvant utile aux autres thérapeutiques : des bains **sulfureux** ainsi que des bains de **vapeurs** seront prescrits.

Le **sirop de chloral** au 1/50ème ou au 1/30ème, l'**emplâtre de Vigo** (pour les gommages non ulcérées), les pommades à base de **cocaïne** peuvent être prescrites.

Vers les années 1830, un certain nombre de médecins tels que Lecoq, Gervais, Ucay, Pitcairn, Legrand proposèrent l'emploi d'**or** contre la syphilis. C'est en fait le docteur Chrestien de Montpellier, qui fit connaître et popularisera ce remède. Les préparations auritiques s'administraient sous forme de tablettes et de pilules ou bien en frictions sur la langue. Les plus usitées furent les oxydes ou le perchlorure d'or à 1 mg. Le prix élevé du métal et l'inefficacité firent tomber rapidement ce remède à l'oubliette (19).

L'argent, l'antimoine, le fer et surtout le bismuth furent utilisés. L'effet antisiphilitique du bismuth fut mis en évidence par Dalché, Villejean et Balzer en 1888 (74).

Il faut encore citer l'**homéopathie** du Docteur Hoffman en 1848 qui fut accusé de plaisanterie pour guérir une maladie si grave.

En conclusion, diverses thérapeutiques furent employées au 19ème siècle mais le désarroi des médecins est unanime, chacun s'accorde à reconnaître désormais que « la destruction de cette cruelle maladie ne peut jamais être complète » (74).

1-3-Mémoires de l'hôpital Saint Louis (11)

L'hôpital Saint Louis fut au 19ème siècle l'établissement de recherche et d'enseignement sur la syphilis. Une chaire de syphiligraphie a été ouverte en 1879 ainsi qu'un musée où est représenté l'iconographie des maladies cutanées et syphilitiques. Les médecins créèrent un atlas qui fut une œuvre pratique destinée à la reproduction des moulages du musée de l'hôpital et qui constitua au 19ème siècle une collection dermato-syphilitique unique au monde. Le but de cet atlas était de mettre à la portée de tous les médecins le fruit de l'expérience accumulée. Muni de ce répertoire, les médecins en présence d'un cas donné, pouvaient préciser leur diagnostic.

Les plus grands noms de la médecine de la fin du 19ème siècle sont associés à cet atlas tels que le Docteur Ernest Besnier, le Docteur Albert Fournier, le Docteur Tennesson, le Docteur Hallopeau et le Docteur Du Castel.

Dans cet atlas, prenons un exemple de **syphilides papulo-tuberculeuses** étudiées par le Docteur Hallopeau. Cette pièce (voir figure n° 39) date de l'année 1894, le moulage a été conçu par Mr Baretta. Il s'agit d'une patiente qui à la fin de l'année 1892, eut une première éruption généralisée. Celle-ci au bout de quelques semaines, a disparu en laissant des macules et quelques cicatrices superficielles d'apparence gaufrée.

La dermatose (voir figure n°40) a paru au commencement du mois de mai 1894 ; elle s'est manifestée concurremment dans toutes les parties du corps, les éléments ne sont pas régulièrement disséminés, comme il est de règle dans les syphilides initiales de la période secondaire, mais isolés ou groupés en lignes courbes. Actuellement, parmi les saillies, les unes sont volumineuses et paraissent profondément infiltrées dans le derme ; elles méritent le nom de



IMP^{RO} LEMBOCIER

RUJEFF & C^{OS}, Editeurs, PARIS.

Syphilide papulo-tuberculeuse

Figure n° 39 : Syphilide papulo-tuberculeuse (11).

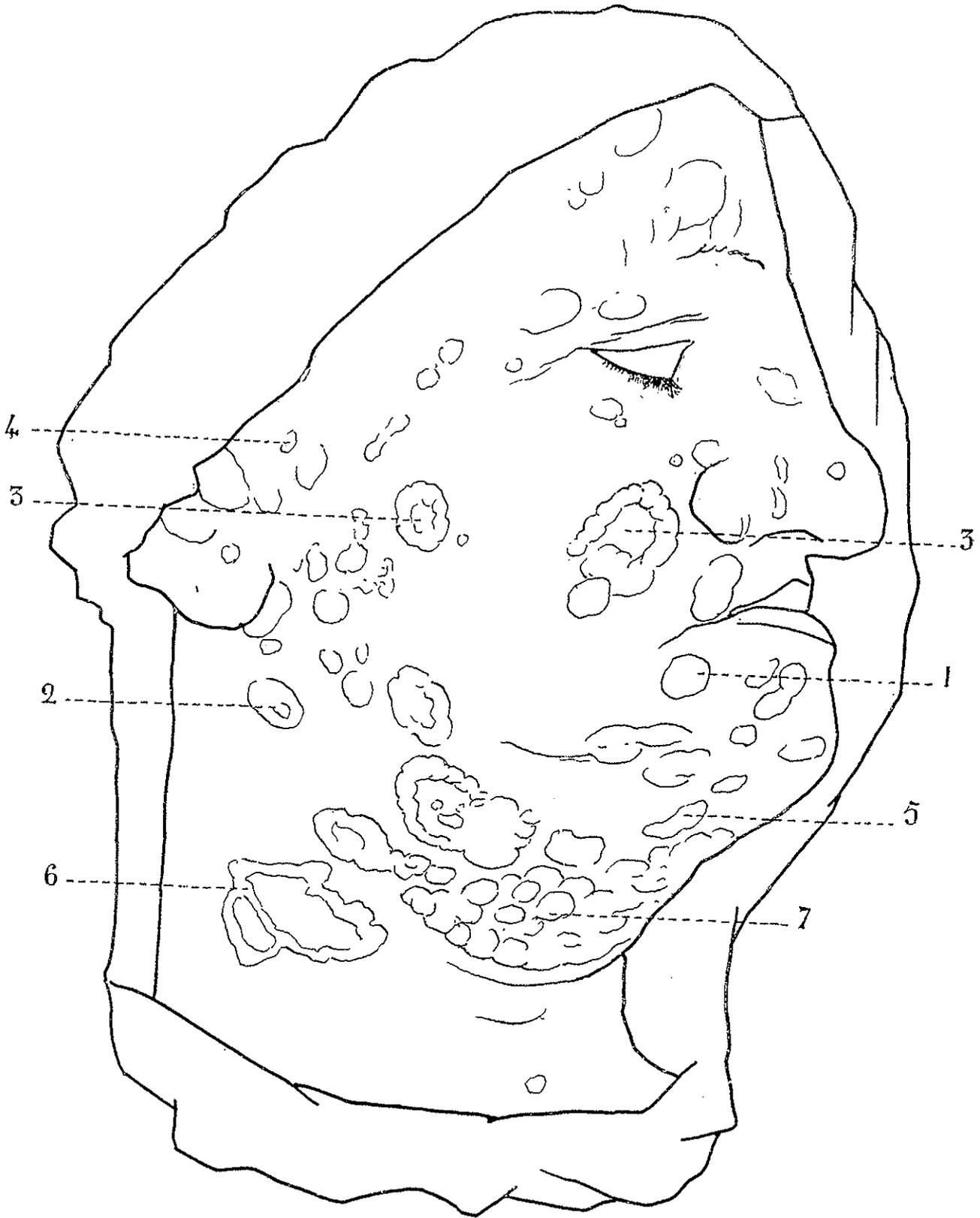


Figure n° 40 : Dessin descriptif de l'éruption des tubercules (11).

tubercules cutanés ; d'autres sont beaucoup plus petites ; on trouve entre les unes et les autres tous les intermédiaires.

Leur couleur est d'un rouge jambonné intense ; leur consistance est remarquablement ferme ; elles ne s'affaissent pas sous la pression du doigt.

C'est surtout sur le visage que l'éruption est abondante ; on y voit des tubercules isolés (voir figure n° 40) ; l'un d'eux (1) atteint près de 8 millimètres de diamètre et forme une saillie d'environ 6 millimètres ; on observe tous les intermédiaires entre ce tubercule isolé, initial et les masses conglomérées ; ce sont d'abord des tubercules semblables déprimés dans leur partie médiane (2), puis de petits cercles décolorés au centre et constitués par des saillies agglomérées, ils sont complets (3) ou incomplets (4), les plus petits atteignant à peine 1 centimètre de diamètre, d'autres mesurent jusqu'à 35 mm dans leur plus grande dimension (5) ; il est à remarquer que, dès qu'ils atteignent des proportions un peu considérables, ils cessent d'être circulaires pour devenir polycycliques ou irrégulièrement elliptiques ; il est manifeste que ces grands placards ont été formés par la réunion de plusieurs cercles primitifs ; on voit sur le moulage deux de ces figures qui sont en voie d'union (6) ; par exception un groupe de tubercules occupant la région cervicale est composé par un grand nombre de saillies tuberculeuses qui sont toutes volumineuses (7) (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 sont représentés sur la figure n° 40).

Ces éléments éruptifs sont encore remarquables par l'absence de desquamations et d'ulcérations ainsi que de cicatrices consécutives à leur disparition.

Le diagnostic ne peut laisser l'ombre d'un doute, il s'agit de syphilides papulo-tuberculeuses. Le Docteur Hallopeau exclut le cas d'un lupus ou d'une lèpre en raison de l'évolution de la maladie ; la couleur des éléments éruptifs, l'intégrité des yeux et le défaut de troubles sensitifs.

Le traitement doit être interne et externe. La malade a été soumise à l'usage du bi-iodure de mercure à la dose de 2 centigrammes et de l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes ; la situation n'a pas paru assez menaçante pour justifier l'emploi de la méthode hypodermique. Concurrément, des rondelles d'emplâtres de Vigo ont été appliquées sur chacune des plaques éruptives et renouvelées tous les trois à quatre jours.

Sous l'influence de cette médication, les tubercules cutanés de cette malade se sont affaiblis rapidement pour disparaître au bout de quelques semaines sans laisser de traces.

Deuxièmement prenons un exemple de **syphilide papulo squameuse circinée**.

La dermatose représentée par la photochromie (voir figure n° 41) est parmi les plus remarquables que puisse réaliser l'infection syphilitique.

Le sujet qui en était atteint était un homme de 27 ans, exerçant la profession de forgeron, entré à l'hôpital Saint Louis au mois de novembre 1892. Le cas a été étudié par le Docteur Thibierge, suppléant du Docteur Besnier. Les lésions, remontant à quelques semaines, s'étaient développées au début du deuxième semestre d'une syphilis qui, en dehors de ces manifestations sur la peau du visage, n'offrait aucune particularité digne d'être relevée.

Le caractère qui frappe le plus vivement est la configuration générale des lésions (voir figure n° 42) : abstraction faite de leur couleur, de leur saillie, des productions épidémiques développées en quelques points de leur surface, elles étonnent l'œil par leur disposition géométrique.

L'ensemble de ces lésions, ensemble bizarre et extraordinaire, rappelle d'une façon frappante les dessins dont certaines peuplades ont coutume de se sillonner le visage et les parties découvertes. Ce caractère n'est que la superposition, ou mieux le développement successif, à partir d'un même point, de deux lésions identiques, circinées et centrifuges. La circination avec ses variantes et dérivés permet de soupçonner la syphilis.

La syphilis, en effet, est de toutes les causes de dermopathies, celle qui tend le plus constamment à emprunter la forme arrondie, et cela à toutes ses périodes : qu'ils s'agissent du chancre, d'accidents secondaires (roséole à éléments arrondis), syphilides diverses à forme papuleuse, circinée, en outre, voire même d'accidents tertiaires dont la configuration générale, si elle ne réalise pas le cercle parfait, s'en approche en prenant la forme d'un demi cercle ou d'un rein.

La configuration étant mise de côté, il y a lieu de considérer la lésion elle-même. La couleur, la pigmentation, le relief, la desquamation blanchâtre ou grisâtre de ces lésions épidermiques et la plaque muqueuse typique à la

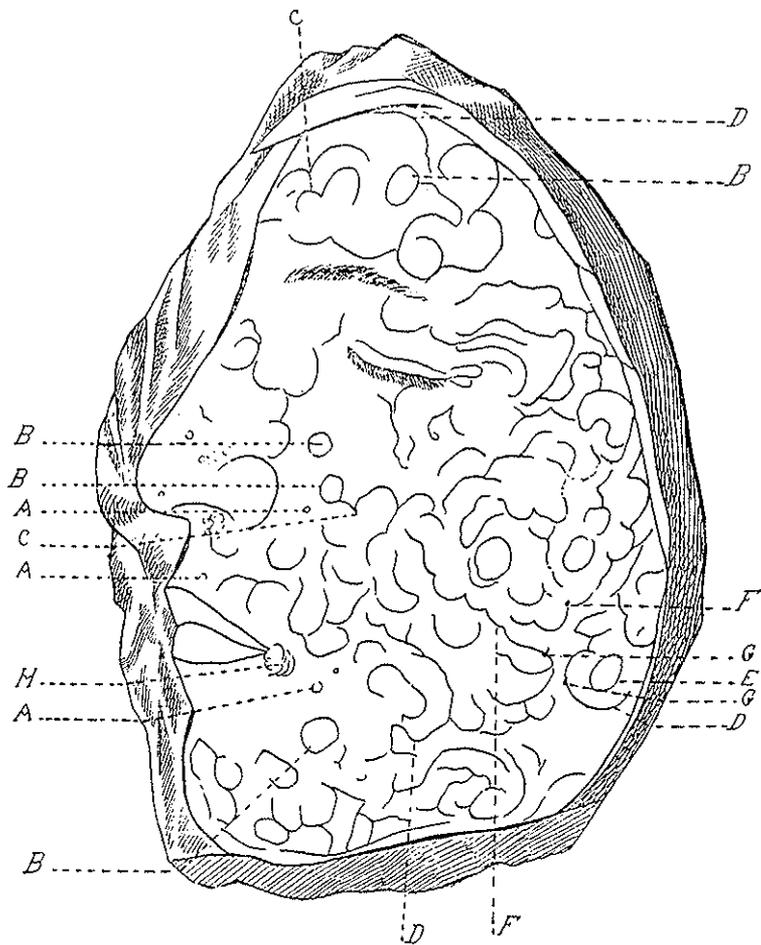


IMP. LEBLANC

RUEFF & C^o, Editeurs, PARIS

Syphilide papulo-squameuse circonée.

Figure n° 41 : Syphilide papulo-squameuse circonée (11).



1. — *aa*, éléments punctiformes, début de la plaque syphilitique. — *bb*, plaques syphilitiques circonées de petit diamètre. — *cc*, segments de cercles appartenant à des éléments semblables aux précédents. — *dd*, plaques syphilitiques circonées de diamètre plus considérable. — *ee*, plaques syphilitiques de petit diamètre occupant le centre d'autres éléments plus larges et constituant avec ceux-ci une cocarde. — *ff*, segments de cercles de petit diamètre réunis pour former une couronne polycyclique, faisant cocarde autour de cercles semblables. — *gg*, croûtelles, reliquats d'excoriations, consécutives à la rupture de soulèvements épidermiques pseudo-vésiculeux. — *h*, plaque muqueuse de la commissure labiale.

Figure n° 42 : Dessin descriptif des différentes lésions (11).

commissure gauche des lèvres permettent donc d'admettre l'existence de la syphilis.

Le Docteur Thibierge prescrira pour ce patient une antiseptie locale et des cautérisations ainsi qu'un traitement spécifique interne dont les détails n'ont pas été développés.

Enfin, prenons un exemple **d'intoxication bromo potassique**.

L'histoire du malade porteur de cette éruption (voir figure n°43) est lamentable entre toutes, et suffirait à elle seule à prouver que la syphiliphobie peut conduire au dernier degré de la cachexie et probablement de la mort.

Il s'agit d'un homme de 31 ans, gardien de la paix, d'une constitution vigoureuse, bien musclé, n'ayant eu aucun accident syphilitique antérieur. Il souffrait depuis plusieurs mois seulement de maux de reins et de céphalgie ; on lui conseilla alors une potion calmante dont il usait depuis une dizaine de jours quand il remarqua au dessous du mamelon droit, des boutons rouges semblables à des verrues.

Le lendemain, plusieurs boutons apparaissaient avec une sortie de pus. Il cessa alors l'usage de la potion et il fut traité par des applications d'iodoforme, et des cataplasmes. Malgré tout, de nouvelles poussées éruptives survenaient et il entra à l'hôpital Saint Louis le 10 septembre 1885.

Le nombre de lésions était de 82 partout sur le corps, le cuir chevelu, la face et aucun trouble de santé générale ne survenait. Le diagnostic était hésitant à cette période, et le malade avoua avoir pris une potion calmante qui était un mélange d'iodure et de bromure de potassium à raison de 0,50 cg.

L'éruption évolua rapidement, le pus suintait moins abondamment et l'on pouvait voir le derme rouge vif, saignant à la moindre pression sur ces lésions.

Dans les premiers jours d'octobre, parurent à la région dorsale quelques bulles plissées, incomplètement remplies par de la sérosité louche, puis quelques autres à la racine du cou.

C'est à ce moment là que fut opéré le malade dont on produit la photochromie (voir figure n° 43), on y voit un grand nombre d'éléments



Eruption bromo-potassique

Figure n° 43 : Eruption bromo-potassique (11).

bromiques de toutes dimensions, certains se sont affaissés, excavés et ont perdu le caractère d'éponges purulentes qu'ils avaient si nettement présenté.

Quoi qu'il en soit, au bout de quelques jours (15 octobre) l'évolution de ces diverses lésions était terminée, et chacune d'elles étaient remplacées par une macule cicatricielle d'un rouge brunâtre à bords nets, à épiderme tendre, très vasculaire et légèrement déprimée au dessous du niveau des téguments.

L'état général s'est toujours maintenu excellent, le traitement fut simple : pansement à la vaseline boriquée, puis applications de rondelles d'emplâtre au cinabre, il est bien clair que l'agent principal de la guérison fut la suspension même du médicament coupable.

Cette observation devait avoir un épilogue : un an environ après la sortie de ce malade, son médecin crut le reconnaître à l'hôpital Saint Louis dans un lit. C'était bien lui, mais il était presque méconnaissable. Il était pâle, cachectisé et avait une collection de points purulents. Le malade apprit au médecin que depuis sa sortie du service de M.E. Besnier, on lui avait déclaré, au vu de ces cicatrices, qu'il était syphilitique, que par la suite il avait été obligé de prendre de l'iodure de potassium et que d'ailleurs il avait eu depuis beaucoup d'éruptions, ne laissant aucun doute sur sa syphilis.

Le médecin essaya de le raisonner, peine perdue ; c'était un grand syphilophobe. Il est vraisemblable que si, lors de son séjour dans les salles de l'hôpital, les médecins avaient convenablement dirigés l'interrogatoire, ils auraient relevé dans son histoire des éléments de névropathie et de neurasthénie, dont, peut être, les maux de tête et de rein, prétexte à la fatale potion bromo-iodurée, n'étaient qu'une manifestation.

Mieux renseignés, les médecins auraient pu prémunir ce malade contre la phobie qui le perdit.

Voici maintenant les raisons qui déterminèrent le docteur L. Brocq à incriminer le bromure plutôt que l'iodure que renfermait également la potion : d'une part il n'y a eu à aucun moment des phénomènes d'intolérance muqueuse alors qu'ils sont marqués dans l'intoxication iodique, et d'autre part, l'aspect des éléments lui parut correspondre à une éruption bromique et enfin le mode d'élimination du bromure, plus lent que celui de l'iodure est en adéquation avec la marche et l'évolution de l'efflorescence.

Cet exemple montre bien l'existence d'une nosophobie de la syphilis qui fit des ravages au 19ème siècle. Les gens avaient peur d'attraper la syphilis et de plus lorsqu'on leur annonçait une atteinte syphilitique, les réactions émotionnelles étaient désastreuses.

2-Prophylaxie et prostitution

Tout au long du 19ème siècle, ne cesse de grandir le spectre du péril vénérien. Alors se renouvelle la peur, s'accumulent les composantes de l'angoisse, peu à peu déposées au tréfonds des consciences. Les prostituées et les courtisanes sont les éléments centraux de la propagation vénérienne et en sont elles-mêmes les principales victimes (22).

2-1-L'utilisation du préservatif (voir figures n° 44, n° 45 et n° 46)

Rome qui a condamné en 1826 le « condom », n'empêche pas la capote anglaise de poursuivre une fière carrière. En 1877, Bertheland et Duschesne de Lyon, étudient de près cette intéressante question.

Fabriqué exclusivement en Angleterre par des femmes, en alternance avec les ballons rouges pour les enfants, le condom s'exporte sous deux qualités : la supérieure pour les Russes et les Autrichiens, l'inférieure pour les Français, les Italiens, les Espagnols et les Portugais (74).

Théophile Gautier, qui ne jurait que par le condom, se procurait apparemment chez Henry, célèbre Maison fondée en 1876. Leur réclame insistait sur ce trait important : « Pour se préserver complètement de cette terrible maladie, sans porter atteinte au plaisir où nous convie la nature, je tiens à votre disposition des préservatifs, en caoutchouc garantis par leur qualité et leur facilité à s'en servir » (85).

A remarquer que ces « engins » valaient trop cher et qu'il n'étaient point à la portée de toutes les bourses. La Maison Henry, pudeur oblige vis-à-vis de la syphilis, envoyait chaque demande en recommandé pour éviter les indiscretions et les interprétations malveillantes.

MAISON L. BADOR, A PARIS

LE VELOUTÉ

Depuis 1890 qu'il tend à être le premier, le plus apprécié de nos clients pour la douceur et la chaleur.

Après de longues et patientes recherches faites par nous-mêmes, nous sommes parvenus à produire un préservatif en caoutchouc, moussé, blanc, doux, et si délicat qu'il ne peut être comparé à aucun autre.

Pris pour toutes les grandeurs :

Le préservatif Le Velouté, à titre d'exemple	1 50
Les douzaines	12 50
Les trois douzaines à la fois	32 75
Les six douzaines	6 75
Les trois douzaines à la fois	19 50
Les douzaines	7 25
Les trois douzaines à la fois	18 75

Les personnes qui désirent des objets n'étant pas portés par le catalogue, et si possible, sous les yeux des personnes ou leur faire parvenir le mode de les trouver. Joindre un timbre pour la réponse.

À VOUS IMPORTANT. — La maison répond et garantit toutes les servises recommandés.

Le prix de la recommandation par la poste est de 10 centimes, que les clients ont à ajouter en plus quand la commande est adressée en France.



LE BIJOU VELOUTÉ

Ce préservatif est en même temps le plus agréable à l'usage et le plus sûr. Il est si doux, si agréable, que les personnes qui s'en servent ne sentent aucune gêne.

Pris pour toutes les grandeurs :

Le Bijou Velouté	1 50
Les douzaines	12 50
Les trois douzaines à la fois	32 75
Les six douzaines	6 75
Les trois douzaines à la fois	19 50
Les douzaines	7 25
Les trois douzaines à la fois	18 75

Le Bijou velouté

CAOUTCHOUC

En caoutchouc moussé

Garanti indéchirable

Manière de rouler

NOS PRÉSERVATIFS

Introduire l'index et le majeur dans le préservatif, le tendre légèrement et ensuite le faire rouler sur ses deux doigts avec le pouce et l'index de l'autre main. Après en être sûr, le faire à l'eau tiède et laisser sécher à l'ombre.

Figure n° 44 : Catalogue de préservatifs (48).

MAISON L. BADOR, A PARIS

Préservatifs

POUR HOMMES

en baudruche blanche inaccessible

N° 1. Baudruche simple	12 50
N° 2. Baudruche double	18 75
N° 3. Baudruche triple	25 00
N° 4. Baudruche quadruple	31 25
N° 5. Baudruche quintuple	37 50
N° 6. Baudruche sextuple	43 75
N° 7. Baudruche septuple	50 00

Préservatif spécial

pour Hommes et Dames



Ce préservatif est en caoutchouc très épais et très fort. En le déroulant, il sert de préservatif pour hommes et dames. Il est si doux, si agréable, que les personnes qui s'en servent ne sentent aucune gêne. C'est le plus sûr et le plus agréable de tous.

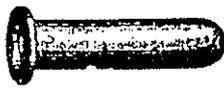
Pris pour toutes les grandeurs :

Le préservatif spécial	1 50
Les douzaines	12 50
Les trois douzaines à la fois	32 75
Les six douzaines	6 75
Les trois douzaines à la fois	19 50
Les douzaines	7 25
Les trois douzaines à la fois	18 75

PRÉSERVATIF SPÉCIAL

à boudruche

POUR HOMMES ET DAMES



PRÉSERVATIF SPÉCIAL

POUR HOMMES ET DAMES

en caoutchouc moussé sans soudure

Bouts américains veloutés

Indéchirables

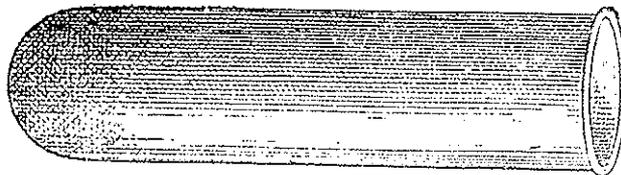
Le préservatif est en même temps le plus agréable à l'usage et le plus sûr. Il est si doux, si agréable, que les personnes qui s'en servent ne sentent aucune gêne.

Pris pour toutes les grandeurs :

Le préservatif spécial	1 50
Les douzaines	12 50
Les trois douzaines à la fois	32 75
Les six douzaines	6 75
Les trois douzaines à la fois	19 50
Les douzaines	7 25
Les trois douzaines à la fois	18 75

Figure n° 45 : Catalogue de préservatifs (48).

“ CHANTECLAIR ” Nouveauté



Beau préservatif en caoutchouc soie sans soudure, couleur chair avec bout rose, d'un très bel effet et d'une solidité incomparable.

Ce préservatif fabriqué spécialement pour notre maison est d'une solidité à toute épreuve, il est spécialement recommandé pour être employé quand on redoute la contagion vénérienne. Il peut servir une dizaine de fois au moins. Se fait en trois tailles, petite, moyenne et grande.

PRIX

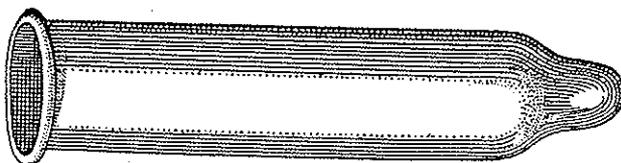
Petite taille, la pièce... 1. 25 — les trois pièces. 3. 25
 Taille moyenne, la pièce 1. 50 — les trois pièces. 4. 00
 Taille grande, la pièce.. 1. 75 — les trois pièces. 4. 75

Préservatifs pour Hommes

EN CAOUTCHOUC TRÈS ÉPAIS

LE CENTAURE

Le **Centaur** se place de la même façon que les préservatifs ordinaires. Sa résistance lui permet un usage de **plusieurs années**, il se fait en trois tailles, petite, moyenne et grande; bien indiquer la taille que l'on désire.



L'homme et la femme sont assurés, avec ce préservatif de la sécurité la **plus complète et la plus absolue**. Nous recommandons son usage toutes les fois que le contact sera suspect ou douteux.

Ce préservatif qui est très souple n'amointrit pas la sensibilité. Pour le conserver, le nettoyer à l'eau froide et l'essuyer.

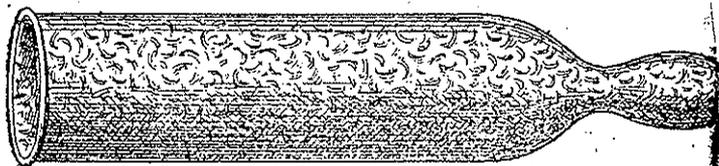
Le Centaure, la pièce : 2 fr. 50

Le même en feuille anglaise pure, couleur chair, 5 fr. noir, 4 fr.

Préservatifs Caoutchouc Soie Fantaisie

LE CROCODILE

(Sans soudure fort curieux par son aspect)



Ce préservatif imitant la peau du crocodile est en caoutchouc très doux et plus épais que les autres préservatifs, il peut servir indéfiniment. Il se fait en trois grandeurs différentes, petit, moyen, grand.

La pièce..... 1. 50 | La douzaine..... 15. 00

Le Crocodile avec réservoir, trois tailles également :

La pièce..... 2. 00 | La douzaine..... 20. 00

Une autre boutique fit concurrence à la maison Henry, c'était une librairie spéciale à Paris qui vendait des articles intimes en caoutchouc, présentée par Mlle Ginette (85).

La loi interdisait aux apothicaires de vendre les préservatifs assimilés à un objet de débauche. On ne les trouvait que dans les bordels, les hôtels de passe, les librairies suspectes, ou bien on les passait de mains en mains, ni vus ni connus (85).

Léon Daudet disait que la maison de Victor Hugo était remplie de « capotes anglaises » d'un format gigantesque car il avait peur de la syphilis vu le nombre considérable de ses amis atteints du mal (85).

Le bilan du préservatif est globalement positif, c'est le système le moins mauvais et le nombre d'accouplements et par suite de contaminations s'en trouvera diminué.

2-2-Contrôles des prostituées

Une enquête administrative de 1869 montre que 9.000 prostituées syphilitiques sont sorties des hôpitaux français en 1864. Le jeune âge de la grande majorité d'entre-elles est entre 17 et 20 ans. A Paris 50.000 prostituées sont atteintes de syphilis (voir figure n° 47).

Le Docteur Fournier, se fait le champion du réglementarisme en France, dans le cadre d'une vaste politique sanitaire qui comprend un ensemble des mesures administratives destinées à réglementer la prostitution. De plus, les prostituées conscientes du mal vénérien, vivaient dans une peur viscérale. Elles parlent entre elles et s'en font des représentations terrifiantes. Mais comment savoir si le client était ou non syphilitique ? En général, elles procédaient au badinage indécent, mais le client pouvait mentir. Certaines femmes, plus expérimentées, palpaient l'organe dans l'espoir de découvrir quelque chose de suspect. Une chance pour elle comme pour le client, si le préservatif était utilisé. Elles avaient peur du contrôle du médecin car si elles étaient atteintes, on les punissaient en les enfermant avec des traitements non adéquats par manque de moyens (85).



Figure n° 47 : Mort et prostituée « *Mors syphilitica* » par le docteur Jean Morisot (48).

Dès la fin du siècle, la prostitution officielle, contrôlée légalement par la police des mœurs et médicalement par des visites sanitaires pas toujours rigoureuses, est contournée par toutes les formes de la prostitution clandestine : mineures, élégantes entretenues, travailleuses qui arrondissent leur fin de mois, serveuses, etc... cela représentait plus de 90 % des prostituées parisiennes qui échappaient à tout contrôle médical (48).

2-3-Prostituées et syphilis à Limoges

A partir de 1848, une aggravation du mal vénérien se développe à Limoges, en tout cas, les salles spéciales de l'hôpital sont très insuffisantes pour accueillir le grand nombre de femmes publiques atteintes du mal vénérien qui ont échappé au contrôle de la police. Les caisses sont vidées pour aménager de nouvelles salles, il faudrait 30.000 Francs. Une solution originale a été trouvée par la municipalité : un sergent de ville possède une maison ayant plusieurs chambres vides, rue des Petites Maisons, il pouvait y loger quinze vénériennes pour un loyer de 400 francs par an. Le sergent est chargé de la surveillance interne et sa femme d'appliquer les soins antisiphilitiques (25).

La ville s'organise pour lutter contre le mal vénérien autour du Docteur Mazard (maire de 1838 à 1848) et du Docteur Bardinet. Des distributions gratuites de médicaments sont attribuées et une « société » de médecine voit le jour avec 32 médecins et 20 pharmaciens, dont cinq place des Bancs, afin de lutter contre la propagation (25).

A la fin du 19ème siècle à Limoges, les résultats avec un certain retard, aboutirent à la création d'un dispensaire, petite maison accolée à l'hôpital général, au coin de l'avenue Baudin, accessible par une petite porte discrète munie d'une petite pancarte pour « consultations des maladies vénériennes » (25).

3-La syphilis et l'art

3-1-La syphilis et les écrivains français (48)

La syphilis elle-même, comme la tuberculose, devient la maladie romantique par excellence et acquiert ainsi ses lettres de noblesse littéraire : elle frappe la jeunesse dans la fougue de ses passions, elle exacerbe la sensibilité du poète qui lance, sublimé par la douleur, ses dernières flammes dans une écriture enfiévrée, elle donne une dimension hallucinée à la création artistique, à l'instar des drogues consommées frénétiquement (opium, haschich, éther...). Après l'embrassement tuberculeux arrive le génie syphilitique causé principalement par les manifestations cliniques de la neurosyphilis.

L'examen de la biographie de quelques grands écrivains du 19ème siècle illustre ces différentes facettes, mais montre aussi que la maladie est la plus forte, et qu'à l'exaltation initiale succède la déchéance et la mort.

Le Jeune Stendhal (1783-1842) échangera à Milan avec une prostituée anonyme son pucelage contre une « vérole horrible » qui ne cessera plus tard de lui rappeler ce souvenir de jeunesse (« Journal » 1835).

Balzac (1799-1856) lui aussi atteint par une « magnifique maladie qu'on croyait perdue » (« La rabouilleuse », 1842) se rabat sur l'iodure de potassium et la salsepareille.

Maupassant (1850-1893) va se ruiner en payant 25 000 francs pour sa cure au mercure. Il fut atteint de neurosyphilis en 1879, avec une paralysie de l'œil droit. Au fil des années, Maupassant devint fou et eut un accès de folie suicidaire en janvier 1892. Il fut interné à la maison blanche du Docteur Blanche où il meurt dix-huit mois plus tard.

Théophile Gauthier (1811-1872) à la recherche de la vérole en Italie ne la trouvera point, mais il ira la chercher à Paris, il en mourra de complications vasculaires.

Gustave Flaubert (1821-1880) quitte sa retraite de Croisset pour un voyage en Orient avec un ami, il dit que son voyage a pour but la culture mais en vérité, il s'agit plutôt d'un « tour copulatif ». Son ami contracte un chancre en Egypte là où séjourne la célèbre courtisane Kuchuk-Hanem. Flaubert va l'attraper à Damas. La courtisane Kuchuk-Hanem réapparaîtra sous les traits de « Salammbô » ainsi que dans la danse de Salomé « d'Herodias », preuve du formidable souvenir qu'elle lui a laissé. Flaubert sera atteint de roséole, puis de calvitie en 1850 tout comme son héros Trébuchet. Flaubert, plus ou moins guéri dira « Rien n'est bon pour la santé comme les voyages ». Le suicide d'Emma Bovary dans « Madame Bovary » à l'arsenic trouva inspiration dans l'intoxication de Flaubert lui-même par le mercure.

On retrouve la même fierté de l'initié chez Charles Baudelaire (1821-1867) comme chez Stendhal ou Flaubert : « Le jour où le jeune écrivain corrige sa première épreuve, il est fier comme un écolier qui vient de gagner sa première vérole ».

Baudelaire avait reçu à vingt ans sa première vérole d'une petite prostituée juive, Sara dite « la louchette », qu'il évoque dans « les fleurs du mal ».

Baudelaire supporte mieux la syphilis « il n'y a pas d'être qui se porte mieux que celui qui a eu la vérole et qui en est guéri ». Mais progressivement, l'euphorie vénérienne fait place à la peur en 1861 ; il confie à sa mère, sa tristesse et sa peur. Comment expliquer des accidents secondaires survenant sept et dix neuf ans après l'épisode primaire. Pour certains, la syphilis de Baudelaire n'a jamais existé que dans son esprit car derrière celui-ci se cache le grand poète que l'on sait, émotif, hypersensible, instable, dépressif et sadomasochiste.

Jules de Goncourt (1830-1870) est atteint d'une déchéance physique foudroyante et indéniablement syphilitique. Tout au long de sa vie, il écrira de

nombreux romans tels « Charles Demailly » (1860), ou « Renée Mauperin » (1864) dans la douleur et la folie syphilitique.

Alphonse Daudet (1840-1897) aurait attrapé la vérole lors de sa liaison avec la courtisane Marie Dieu qui a été immortalisée dans les traits de « Sapho » (1884), roman rédigé après l'apparition du tabès.

Marcel Proust (1871-1922) parlera, dans sa correspondance, de l'invalidité syphilitique de Goncourt, il remarque que cet invalide était un homme de courage et de beauté embellie par la souffrance, qui célébrait la vie et l'utilisait mieux que la plupart car son approche avait transformé la douleur en poésie.

Huysmans (1848-1907) dans « A rebours » (1884) parlera de la passion de la modernité et l'enfer de la décomposition à propos de la syphilis. Cette œuvre est l'expression majeure de l'obsession vénérienne alors grandissante, équivalent littéraire des cauchemars picturaux de Félicien Rops.

Pour conclure, en milieu littéraire l'écrivain meurt de neurosyphilis, symbole de son génie, tandis que la prostituée meurt de syphilis phagédénique, métaphore physique de la pourriture morale d'une vie de débauche.

3-2-Les peintres et la syphilis

Vincent Van Gogh (1853-1890), Paul Gauguin (1848-1903) furent atteints de la syphilis. De plus, les prostituées malades ont inspiré de grandes œuvres immortelles à ces grands artistes. L'univers et les liaisons avec les filles de joie occupaient une place de choix dans l'inspiration et l'art de ces peintres (85).

Henri de Toulouse Lautrec (1864-1901) était atteint d'une affection osseuse sous-jacente, sa sensibilité débordante lui fit côtoyer de nombreuses femmes, des jolies nymphettes ou rats d'opéra, aux prostituées « crapaudes, pierreuses, trotteuses », sereines d'un monde marginal près de Montmartre auprès desquelles il contracta une « méchante syphilis » (23).

De nombreux artistes se sont contaminés volontairement au 19^{ème} siècle, ils ressentait une forme de génie dans la paralysie générale due à la syphilis. Le Docteur Régis en 1879 explique que la paralysie générale (PG) peut revêtir dans certains cas une forme expansive se traduisant par le « surfonctionnement des processus intellectuels et affectifs ». Plus tard, on affirme que la forme expansive de la première période de la paralysie générale a été attribuée à la méningo-encéphalite ; la toxémie semble en fait y avoir une grande part, elle agirait par excitation des neurones. Les fonctions psycho-intellectuelles sont généralement accrues, c'est le type de l'infirmes doué d'une intelligence supérieure...

VI-Le XXème siècle

1-De 1900 à 1943

1-1-Les découvertes et progrès médicaux

En février 1905, le zoologue Siegel affirme avoir observé dans du sang et des lésions syphilitiques des protozoaires qu'il baptise « *Cytorryctes luis* ». L'office sanitaire de Berlin charge alors de la vérification, le zoologiste Fritz Richard Schaudinn (1871-1906) et le syphiligraphe dermatologue Erich Hoffman (1868-1959) (55). Ils ne trouvent rien mais, le 3 mars 1905, Schaudinn observe dans le prélèvement d'une syphilide « un très petit spirochète mobile et extrêmement difficile à étudier ».

Quelques jours plus tard, Schaudinn et Hoffmann retrouvent le même spirochète dans des ganglions syphilitiques, des chancres, des papules syphilitiques et dans le sang de la rate quelques jours avant la roséole.

Il n'y a plus de doute : ce spirochète est indiscutablement le microbe de la syphilis. Après diverses propositions, on le baptise *Treponema* à cause de sa forme de fil tordu et *pallidum* du fait de sa coloration pâle.

La nouvelle de la découverte est faiblement applaudie en Allemagne. En revanche, le Japon, l'Angleterre et les Etats-Unis saluent la découverte de Schaudinn qui se trouve d'ailleurs confirmée dans les mois qui suivent.

Puis les choses vont vite : l'année suivante, on utilise l'ultramicroscope qui permet une meilleure recherche du tréponème pâle et rend dès lors possible la vérification immédiate de la nature syphilitique des lésions observées.

Schaudinn, malheureusement, toujours à la recherche de solutions antisypilitiques, s'infligea des auto-inoculations qu'il traita ensuite par des lavements très corrosifs au sublimé et des injections de bleu de méthylène qui entraînèrent sa mort prématurée à 35 ans à peine (55).

En 1906, après les mises au point par **Bordet** et O. Gengou en 1901, de réactions à antigènes non tréponémiques ; **Wassermann**, Neisser et Bruck utilisent une réaction de déviation ou de fixation de complément dite réaction d'hémolyse au diagnostic de la syphilis (55).

Le sérodiagnostic de Bordet-Wasserman appelé B-W est né. Il est promis à un bel avenir en dépit de son fondement empirique et de l'incertitude épisodique de ses résultats : les interprétations + et ++ ne signant pas infailliblement la syphilis (55).

En 1907, Levaditi, microbiologiste roumain, partisan de la thérapeutique au bismuth et brillant syphiligraphe, introduit la méthode d'imprégnation argentique pour l'identification des spirochètes.

Schereschewski en 1909, et surtout Noguchi en 1911 parviennent à réaliser, par des techniques différentes d'éphémères cultures *in vitro* du tréponème (77, 55).

En 1906, Metchnikoff expose devant l'académie de médecine le résultat de recherches effectuées à l'institut Pasteur avec le Docteur Roux sur l'atténuation de la syphilis : 12 sujets ont été inoculés puis frictionnés avec une pommade mercurielle. Le microbe est resté inactif affirme-t-il... La presse accueille avec grand émoi sa découverte mais le monde médical reste très réservé.

En 1905, Thomas et Breuil, de Liverpool, démontrent que l'atoxyl, sel sodique de l'acide arsénique, a une action remarquable sur les trypanosomiasis, maladies dont l'agent pathogène offre des analogies avec le tréponème pâle. Nombreux sont ceux qui appliquent l'atoxyl mais les résultats ne sont pas probants (55).

De son côté, Paul Ehrlich, de Francfort, était hanté par la thérapeutique antisyphilitique. Il met au point en 1910 une préparation arsenicale organique, injectée par voie intraveineuse. C'était sa 606ème expérience, d'où l'idée d'appeler « 606 » ce nouveau produit également baptisé « Salvarsan » (arsenobenzol) (20).

Ce « 606 » fut rapidement remplacé par le « 914 » en 1912, fruit de la 914ème expérience d'Ehrlich. Il transforme le salvarsan en « néo-salvarsan » (novarsenobenzol) d'emploi plus facile.

1-2-La thérapeutique

Depuis les travaux d'Ehrlich, la **médication arsenicale** est une des armes les plus efficaces contre la syphilis (38).

--> Les arsenics trivalents :

* L'arsenobenzol ou « 606 » : (voir figure n° 48)

C'est un médicament très actif mais sa préparation nécessite des manipulations assez complexes. L'arsenobenzol pur, anhydre, doit contenir 34,2 % d'AS, les produits commerciaux en renferment environ 32,5 %.

* Le novarsenobenzol :

C'est une poudre jaune pâle directement soluble dans l'eau. Son titre en arsenic est standard (19,3 à 19,5 %). On le délivre dans le commerce en ampoules scellées où l'on a fait le vide. Celles-ci contiennent des doses variables de 5 cg à 1,20 g. Il est utilisé en intraveineuse ; l'injection est faite à jeun ou 4 à 5 heures après le repas. La première injection est de 15 cg. On augmente ensuite les doses progressivement de 15 cg. La dose maximale sera de 7 g chez l'homme et de 6,50 g chez la femme. Il agit très bien sur les chancres et la syphilis secondaire, mais peu sur les lésions viscérales de la syphilis tertiaire (38).

* Le sulfarsénol :

Il est à base de 606 et d'une molécule de sulfite acide de soude. Il se présente aussi sous la forme d'une poudre jaune, très soluble dans l'eau contenant 21 % d'arsenic. Il est délivré sous forme d'ampoules de 1 cg à 60 cg et est employé en intramusculaire et sous-cutanée. C'est le médicament de choix pour les nourrissons hérédosyphilitiques, mais on dissout le sulfarsénol dans du sérum glucosé et non dans du glucosé phéniqué. Chez l'adulte, on a recours au sulfarsénol quand la voie intraveineuse est impraticable. On fait une série d'injections à des doses progressives de 6 cg à 60 cg, en augmentant à chaque fois de 6 à 12 cg (38).



Figure n° 48 : « Le 606 », dessin humoristique (1910) (63).

--> L'arsenic pentavalent :

L'arsenic pentavalent perd beaucoup moins de son activité thérapeutique que le novarsenobenzol, si au lieu de l'administrer par voie sous-cutanée, on l'absorbe par voie digestive. Mais, on peut l'utiliser aussi par voie sous-cutanée, son emploi est plus commode.

Les principaux composés employés sont le stovarsol (par voie buccale ou sous-cutanée), le tréparsol (par voie buccale) et l'acétylarsan (par voie sous-cutanée et intra-musculaire). Ils agissent par affinité spéciale sur les lésions du parenchyme nerveux d'où leurs caractères plus intéressants dans la neurosyphilis (38).

Le mercure peut être introduit dans l'organisme par toutes les voies : intraveineuse, intramusculaire, épidermique et intestinale.

--> La voie intraveineuse : (38)

On utilise surtout des ampoules qui contiennent 1 cgr de cyanure de mercure par 1 cm³ de sérum physiologique. La dose est de 1 cm³ tous les jours et jusqu'à 20 à 30 injections suivant la tolérance du sujet. C'est un des sels mercuriels les plus maniabes et les plus actifs, à la condition qu'on en fasse un nombre suffisant d'injections.

--> La voie intramusculaire : (38)

On se sert de composés solubles et insolubles.

Les composés mercuriels solubles sont le biiodure, le benzoate et le salicylarsinate de mercure.

Voici par exemple une bonne formule :

- Biiodure de mercure : 2 cg
 - Iodure de sodium : 2 cg
 - Sérum glucosé isotonique : 2 cm³
- pour une ampoule stérilisée.

Les principaux composés insolubles sont l'huile grise et l'huile au calomel.

L'huile grise à la formule suivante :

- Mercure purifié : 40 g
- Lanoline anhydre stérilisée : 26 g

Huile de vaseline stérilisée qsp 100 cm³.

--> La voie transcutanée : (31)

Le mercure peut être administré sous la forme de frictions mercurielles. Ce mode de traitement est surtout employé chez le nourrisson heredosyphilitique.

Formule de cartouches à l'onguent mercuriel :

- Onguent mercuriel double 4 g
- Baume de pérou 0,50 g.

Formule de la pommade de Gaudrucheau :

- Cyanure de mercure : 10 cg
- Thymol : 1,75 g
- Calomel : 25 g
- Lanoline : 50 g
- Huile de vaseline : 4 g

Vaseline qsp 100 g.

Les frictions à base de ces pommades se font avec les doigts nus ou revêtus d'un doigtier et de préférence le soir au coucher. Chacune d'elles dure 10 minutes. On recouvre ensuite la région avec un taffetas imperméable. Le lendemain matin, on la savonne. On fait, en général, 15 à 20 frictions par série en évitant les régions velues par crainte de folliculite.

--> La voie buccale : (38, 29)

Par la bouche, on peut ordonner des solutions, des pilules, des cachets ou des comprimés.

Outre la liqueur de Van Swieten et les pilules de Dupuytren, on peut donner des pilules ou cachets de protoiodure de mercure :

- Protoiodure de mercure : 5 cg
- Sous-nitrate de bismuth : 75 cg.

1 cachet avant chaque repas, 15 jours de suite.

Les pilules de Ricord font bon usage :

- Iodure de mercureux recent : 50 cg
- Poudre d'opium : 20 cg
- Poudre de réglisse : 30 cg
- Miel blanc : qs

A diviser en 10 pilules.

Le calomel est prescrit sous forme de comprimés dosés à 1 cg ou sous forme de cachets, lorsqu'on veut associer le calomel au bismuth. La dose quotidienne est de 2,3 ou 5 cg pendant 15 à 20 jours. Chez le nourrisson, les comprimés délitables de calomel sont d'un emploi commode, car ils se dissocient sur la langue ou dans le biberon.

Variot préconise aussi les paquets de poudre grise :

- Mercure mélangé à la craie pulvérisée à 33 % : 0,2 g
- Sucre de lait : 0,3 g.

Un paquet par jour dans un biberon pendant quinze jours.

Marfan préconise chez le nourrisson une solution de lactate de mercure au millième.

--> La voie rectale : (31)

Cette voie est utilisée en cas d'intolérance gastrique. On peut se servir de suppositoires hydrargiques :

- Onguent napolitain : 0,15 g
- Axonge benzoinée : 0,25 g
- Cire blanche : 0,25 g
- Beurre de cacao : 2 g.

Un suppositoire tous les deux jours.

En conclusion, de l'avis unanime, le mercure seul a une action insuffisante sur la syphilis primaire et secondaire. Il ne met pas le malade à l'abri des complications tardives. Ce n'est donc qu'en cas de force majeure qu'on servira du mercure dans le traitement de la syphilis précoce. On renforcera son action en lui associant l'iodure de potassium. En revanche, le mercure mérite d'être conservé

dans le traitement de la syphilis tardive où l'on alternera avec le bismuth et l'arsenic.

Dans certaines conditions, L'iodure de potassium à des doses élevées, de 4 à 6 g par jour et même davantage, peut être utile. Mais il ne peut être question de comparer l'efficacité de l'iodure de potassium à celle du mercure par exemple. Le mieux est de prescrire l'iodure de potassium en solution (38).

Voici la formule de l'élixir biioduré :

- Biiodure de mercure : 15 cg
- Iodure de potassium : 3,5 g
- Iodure de sodium : 3,5 g
- Alcool à 90° : 10 g
- Sirop d'écorce d'orange amère : 60 g
- Vin de Malaga : 80 g
- Vin de muscat : qs 300 c.c.

Deux cuillerées à soupe par jour.

On pourra donner aussi l'iodure de potassium avec une formule simple :

- Iodure de potassium : 40 g
- Eau distillée : 300 g

1 Cuillerée à soupe à chaque repas.

Abstraction faite des incidents décrits sous le nom d'iodisme (coryza, larmoiement, acné, éruptions,...), il faut se méfier de cette médication chez des patients à tendance congestive et hémorragique ainsi qu'à des malades atteints de laryngite par risque d'œdème de la glotte (38).

De l'avis unanime, le bismuth a une efficacité voisine du norvarsenobenzol. Pour certains auteurs, le bismuth ne s'absorbant pratiquement pas par la muqueuse digestive, il ne peut être utilisé en thérapeutique antisypilitique que par la voie intra-musculaire. On utilise à l'époque soit des préparations insolubles, soit solubles.

Les principales préparations insolubles sont le bismuth-métal lui-même, l'oxyde de bismuth, le carbonate de bismuth ou des combinaisons organiques comme les tartro-bismuthates et les iodobismuthates. Dans ces préparations, le

bismuth ou un de ces sels se trouve en suspension aqueuse ou huileuse. Par exemple, le tartro-bismuthate de potassium et de sodium est injecté par série de 12 ampoules, à raison d'une ampoule tous les deux jours.

Les préparations bismuthiques solubles peuvent être hydro ou liposolubles. Les sels hydro-solubles ont tous comme excipient l'eau glucosée ou saccharosée. Souvent, pour rendre les injections moins douloureuses, l'excipient est également une solution phéniquée ou gaiacolée. Les préparations à base de composés bismuthiques lipo ou oléo-solubles sont très actives. Leur usage s'est rapidement répandu. On utilisera le camphro-carbonate neutre de bismuth, le méthyl-hydrocinnamate basique de bismuth (ou Biazan) et le carboxy-éthyl-méthyl-nonate basique de bismuth. On les injecte à raison de deux ampoules par semaine, jusqu'à 10 à 15 ampoules.

Dans une série entière d'injections, le bismuth en général sera introduit à 2,5 g sous la forme d'un sel insoluble, et 50 à 60 cg sous la forme d'un sel soluble.

En conclusion, le bismuth a un pouvoir thérapeutique qui se rapproche de celui des arsenobenzènes. Sur le chancre, l'action du bismuth est rapide avec cicatrisation à la quatrième piqûre de bismuth oléo-soluble, et à la cinquième ou à la dixième pour le sel insoluble. Sur les lésions secondaires et tertiaires de la peau ou des muqueuses, l'action du bismuth est aussi rapide que celle du novarsenobenzol. A une période tardive, le bismuth, comme les arsenobenzènes, n'agit que lentement sur le tabès ou l'aortite. Il est pratiquement inefficace sur la paralysie générale. Ainsi comme les arsenicaux trivalents, les sels bismuthiques peuvent se montrer insuffisants, voire inactifs, sur certaines manifestations de la syphilis (38).

Devant les insuccès que peuvent donner le 914 ou le bismuth dans le traitement de la syphilis, de nombreux médecins ont associé les divers composés antisiphilitiques. Ce sont les **préparations conjuguées**.

Le sirop de Gibert en est un bon exemple :

- biiodure de mercure : 20 cg
- iodure de potassium : 20 g
- Eau distillée : 40 cm³

- Sirop d'écorce d'orange amère : qs pour 300 cm³
- 2 cuillérées à soupe par jour pendant 15 à 20 jours.

En 1913, Brocq et Ravaut avaient associé l'arsenic au mercure ce qui eut du succès pendant des années. Pomaret a associé le bismuth à l'arsenic, cette association marcha aussi bien en France qu'à l'étranger. Le malade reçoit 6 à 7 grammes du novarsenobenzol puis 15 à 20 injections de bismuth.

L'activité thérapeutique de l'association 914-bismuth fut considérable. A l'époque, ils obtenaient la disparition dans les plus brefs délais possibles de tous les accidents cutanés et muqueux de la syphilis précoce. Elle fut employée dans la syphilis primo-secondaire, les lésions tardives de la syphilis et la prophylaxie de la syphilis héréditaire. Avec ce traitement, les médecins n'ont jamais observé de cas résistants ou de récidives.

Donc, pour être considéré comme guéri de la syphilis, avant la seconde guerre mondiale, un individu devait :

- demeurer indemne de toute manifestation cutanée ou viscérale,
- être capable de procréer des enfants sains sans aucune tare héredo-syphilitique,
- conserver immuablement négatives les séro-réactions répétées fréquemment pendant de nombreuses années,
- conserver normal son liquide céphalo-rachidien (38).

1-3-La prophylaxie sociale de la syphilis (38)

Sous ce titre, nous entendons l'ensemble des moyens de défense que la société a opposé à la propagation de cette maladie. Trois types de prophylaxie se dégagent :

- la prophylaxie administrative et légale,
- la prophylaxie sanitaire,
- la prophylaxie morale.

La prophylaxie administrative et légale :

Les prostituées sont distinguées en différentes classes : les filles des maisons publiques, les femmes des maisons de rendez-vous ou de passes, les isolées et les clandestines.

La campagne contre le proxénétisme par la loi du 3 avril 1903, précise les conditions du proxénétisme et aggrave fortement les sanctions. L'amende va de 50 à 5000 francs et la peine de six mois à trois ans de prison. Le projet de loi après 1922 prévoit que les affiches, notes, réclames, petites correspondances, prospectus employés à cet objet soient considérés comme acte de proxénétisme. Cette campagne vise à atteindre aussi les hôtels louches, les petits cafés, bars, comptoirs ou brasseries.

Il n'existe aucun frein dans cette période au racolage le plus éhonté sur la voie publique. Le projet de loi de la commission prophylactique vise non seulement les manifestations apparentes de la prostitution sur la voie publique, mais aussi toute provocation publique à la débauche sans distinction de sexe. L'emprisonnement peut aller de un mois à un an. Le sujet, homme ou femme, pourra être conduit immédiatement au poste et soumis à la visite sanitaire. Telle est la loi que, seule en Europe, la France ne possède pas encore.

La responsabilité civile et pénale est présentée en trois circonstances :

- la contamination des nourrices : il y a responsabilité civile des parents ou du médecin toutes les fois qu'il y a absence d'examen ou avertissement,
- la contamination par rapport conjugaux : elle est considérée comme injure grave pouvant entraîner le divorce,
- la contamination par rapports sexuels hors mariage : depuis 1903, la responsabilité est admise lors même qu'il n'y a pas eu intention.

La responsabilité pénale n'est pas admise en principe.

La prophylaxie sanitaire :

Le besoin s'est fait sentir de coordonner les efforts et de créer dans tout notre pays des organismes prophylactiques. Cette cohésion et ces créations furent

l'œuvre de la commission de prophylaxie des maladies vénériennes, formée en 1920 au Ministère de l'hygiène, sous la présidence du Professeur Pinard, et l'active direction du Docteur Cavaillon aidée plus tard de la ligue nationale française contre le péril vénérien formée en 1924. Des centres prophylactiques vont être créés partout en France avec des syndicats médicaux.

En 1929, la situation était exactement la suivante dans ces centres : ont été fait :

- 3 114 690 consultations pour une syphilis,
- 281 878 examens de laboratoire,
- 1 552 319 injections.

En octobre 1930, il y avait 580 dispensaires antisiphilitiques et 604 services d'hérédo-syphilis.

La prophylaxie morale :

Contrairement aux autres siècles, des commissions de propagande antivénérienne furent créées. La propagande par les tracts et une série de notices adressées au grand public (docteur Queyrat), aux jeunes garçons (Professeur Calmette), aux jeunes filles (Docteur Burbureaux), aux étudiants, aux élèves de l'enseignement secondaire, et aussi de feuillets courts, à l'usage des soldats et marins, se développèrent énormément.

Des conférences sont faites devant toute la société, des affiches (voir figures n° 49, n° 50 et n° 51) sont exposées devant les usines et casernes et même la grande presse et la radio se sont risquées à parler avec la plus grande sérénité de la syphilis.

C'est là un gros succès, représentatif de l'esprit nouveau qui éclaire le public au début du vingtième siècle. L'affiche « Défendez vous contre la syphilis » (voir figure n° 52) du Ministère de l'Hygiène est le moyen le plus représentatif de l'époque.

Depuis 1923, la publicité des charlatans a presque totalement disparue des grandes villes. Elle a même été remplacée par l'indication des consultations gratuites, ce qui est un grand bien.

La société de prophylaxie s'est formellement prononcée en faveur de l'enseignement des notions sexuelles, anatomiques et physiologiques dans les

**SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PROPHYLAXIE
SANITAIRE ET MORALE**



Figure n° 49 : Affiche de propagande antisiphilitique (55).



Figure n° 50 : « Il paraît que c'est parce que papa a fait la noce » (1903) (48).



**NOUS
AVONS
QUAND
MÊME
UN BEAU
BÉBÉ parce que
NOUS NOUS
SOMMES
SOIGNÉS
A TEMPS!**

**POUR PROTÉGER
BÉBÉ ET VOUS-MÊME
CONTRE LES MALADIES HÉRÉDITAIRES
DÈS QUE VOUS VOUS SAVEZ ENCEINTE
CONSULTEZ LE MÉDECIN; DEMANDEZ-LUI
UNE ANALYSE DU SANG
UN TRAITEMENT APPROPRIÉ GUÉRIT LA SYPHILIS!**

Figure n° 51 : Affiche de propagande antisiphilitique (63).



Figure n° 52 : « Défendez vous contre la syphilis » (48)

lycées et collèges, en même temps qu'un cours sur l'existence et le danger des maladies vénériennes pour les élèves des classes supérieures.

Parmi les plus sérieuses mesures de relèvement, doivent compter celles qui concernent les sujets âgés de moins de 18 ans, surtout les femmes. La plupart sont vénériennes jeunes et donc contagieuses et encore plus dangereuses par leur ignorance et le manque de soins. Georges Clémenceau fit adopter la loi du 11 avril 1908, qui décide du placement de ces mineures dans des établissements spéciaux, où sera donné un enseignement suffisant pour permettre au sujet d'exercer une profession à sa sortie (74).

En 1901, la grave question de la syphilis dans le mariage va recevoir un formidable écho avec les « avariés » (voir figure n° 53), première pièce de théâtre de prophylaxie antisiphilitique qu'Eugène Brieux, auteur dramatique, fait présenter au théâtre Antoine et qu'il a dédié au Professeur Fournier (74). Avant que le rideau ne se lève, le régisseur s'adresse au public en ces termes « Mesdames et messieurs, l'auteur et le directeur ont l'honneur de vous prévenir que cette pièce a pour sujet l'étude de la syphilis dans ses rapports avec le mariage, elle ne contient aucun sujet de scandale, aucun mot obscène, et elle peut être entendue par tout le monde... ».

De quoi s'agit-il ? C'est l'histoire d'un jeune homme qui, bien que précautionneux, contracte la syphilis en enterrant sa vie de garçon. Il consulte le médecin qui confirme le diagnostic et lui conseille de ne pas se marier avant trois ou quatre ans. Le jeune « avarié » n'attend que six mois, prétextant une tuberculose, contamine sa femme et sa fille, qui contamine sa nourrice. Le beau-père de l'avarié va demander le divorce par l'intermédiaire d'un certificat médical que le médecin va refuser sous prétexte du secret médical... (74). Cette pièce aura un succès qui va contribuer à illustrer les contradictions de la prophylaxie morale en faisant monter la fièvre syphilophobique (48).

Le premier film antisiphilitique est sorti en 1927, « il était une fois trois amis », il est projeté devant 3000 personnes à la Sorbonne.

Ernest Hemingway, lui, résume bien le message prophylactique et moral de la propagande antivénérienne : « Cette maladie est un accident de travail, auquel



Figure n° 53 : « Les Avariés » pièce de théâtre d'Eugène Brieux (1901) (48).

on doit s'attendre chez tout ceux qui ont une vie sexuelle irrégulière et que leurs habitudes mentales poussent à tenter le hasard plutôt que la prophylaxie, et c'est une fin, plutôt une phase logique de la vie des fornicateurs qui poussaient leur carrière assez loin » (48) (« Mort dans l'après-midi » 1932).

Ainsi, la prophylaxie a fait d'énormes progrès ; au début du vingtième siècle, les gens se sentent plus concernés, la propagande anti-syphilitique se développe, un nouvel état d'esprit s'est formé d'autant plus que le seul nom de la syphilis fait énormément peur. Julien Green a remarquablement exprimé cette terreur de la syphilis : « la maladie, la terreur de notre jeunesse des années vingt : la syphilis » (48).

1-4-L'inflation statistique

La période de l'entre-deux guerres (et plus particulièrement les années vingt) a été marquée par une soif intense de statistiques s'employant à corroborer les progrès de la syphilis au lendemain de la Grande guerre.

En 1925, la commission de prophylaxie des maladies vénériennes du Ministère de l'hygiène donne des chiffres ahurissants : 4 millions de français atteints (1/10ème de la population), 20 000 enfants tués chaque année (et le double d'avortements), 80 000 décès sans parler des conséquences indirectes de la syphilis.

En 1929, on évalue officiellement le nombre de syphilitiques en France à 8 millions et on estime que la syphilis a tué 1,5 million de français en dix ans. Au Sénégal, 8/10ème de la population est syphilitique.

En France, par ailleurs, l'augmentation des cas est fonction des régions : les départements en diminution l'emportent en nombre sur ceux en augmentation qui sont en revanche plus peuplés. La syphilis ne recule pas énormément en France ; cette constatation est d'autant plus déconcertante que les autres pays d'Europe voient leurs propres efforts récompensés pas une nette diminution des cas (Suisse, Autriche, Espagne, Belgique) (74).

La question de la fiabilité des statistiques se pose. Il est certain que les enquêtes ne sont pas toutes fiables d'autant plus que les médecins n'y répondent pas tous malgré un rappel à l'ordre du Ministère. L'investissement financier a été considérable en ce qui concerne l'éradication, il passe de 200 000 F en 1916 à 9 650 000 F en 1926, mais malheureusement l'inflation a augmenté (74).

1-5-Histoire d'une syphilis non soignée à la belle époque (56)

L'histoire est issue des mémoires d'un officier de santé ; elle raconte la vie d'un homme syphilitique qui contamina sa femme, sa sœur et d'autres personnes encore. Quelques jours après l'arrivée d'un voyage à Paris, cet homme « le comte de M... » va consulter le Docteur S... car il a depuis près d'un mois, sur la verge, une plaie arrondie, du diamètre d'une pièce de 0,20 Francs en argent. Cette plaie ne l'inquiète pas, mais il serait heureux néanmoins d'en être débarrassé. Le Docteur S. fait un examen soigneux et constate que la plaie au toucher, ressemble à un morceau de carton enchâssé dans la peau. Cette plaie sera cicatrisée grâce à une pommade merveilleuse.

Quelques semaines passent, le comte M. constate une éruption de petites tâches rosées partout sur le corps. La nuit il est réveillé par des maux de gorge et de tête assez violents. Malgré tous ces symptômes, le comte M. se marie et ne prête guère attention à tout cela.

Un incident se produit quelques temps après le mariage, Marguerite de M..., la sœur du comte, présente à la joue gauche une toute petite plaie, semblable à celle que son frère avait eue sur la verge. Marguerite se rappelait avoir été égratignée à la joue, une vingtaine de jours avant le début de la plaie, en traversant un fourré. Son frère, en voyant le sang couler abondamment, l'avait étanché avec son mouchoir.

Deux mois passent, la femme du comte et sa belle-sœur présentent à ce moment là des éruptions sur le corps. Elles deviennent pâles, perdent leurs cheveux, souffrent de maux de gorge et ne peuvent plus dormir la nuit car elles ont des migraines atroces.

La comtesse après un an de mariage, déclare trois fausses couches, perd huit kilos, sa peau s'épaissit et devient jaunâtre, elle est devenue un spectre.

Des années passent, le comte de M. reprochant à sa femme d'être inféconde, se désintéresse complètement d'elle. Il trouve ailleurs des consolations auprès de jeunes paysannes des environs.

Le comte M. aura plusieurs enfants de ses maîtresses, ils naissent tous débiles. Parmi eux on voit même des monstres qui arrivent généralement morts-nés. Quant aux autres ils meurent presque tous en bas-âge. Quelques uns vivent cependant, ils sont tous idiots ou arriérés du point de vue intellectuel. Deux cependant paraissent faire exception, mais ils présentent de mauvais instincts. L'un d'ailleurs fini sur l'échafaud après avoir tué une vieille femme qui l'avait recueillie et élevé, l'autre se suicida.

Le comte M., après la mort de sa femme, déclare une paralysie générale, il devient maladroit, il s'y reprend à dix fois pour pouvoir introduire une clef dans une serrure. Le simple mouvement nécessité par la déglutition de la salive était une souffrance intolérable, le cou bosselé par des ganglions avait doublé de volume. Le malheureux dégageait une odeur si repoussante que ses serviteurs les plus dévoués n'osaient plus l'approcher. Il n'avait plus de sommeil, les gémissements sans arrêt avaient fait place aux hurlements. Les paysans faisaient même un détour pour ne plus passer devant le château. Lorsqu'enfin la mort vint le délivrer, son corps était si décharné qu'on aurait dit un squelette.

Marguerite de M., ne fut pas plus favorisée. A l'âge de soixante ans, elle eut un ulcère dans la bouche, sur le voile du palais. Cet ulcère se développa tant que les fosses nasales arrivèrent à être en communication complète avec la bouche. Les liquides et les aliments solides qu'elle essayait d'avalier refluaient en grande partie par le nez. Elle ne pouvait plus parler, elle s'exprimait même par des gestes. Heureusement pour elle, une pneumonie vint mettre un terme à sa triste existence.

La cause initiale de cette histoire authentique d'où a découlé tout le reste, fut cette écorchure d'apparence si bénigne que le comte de M. a présenté à l'âge de vingt-neuf ans.

2-De 1943 à nos jours

2-1-Le dieu pénicilline

Malgré la multitude d'essais et d'innovations thérapeutiques, la syphilis restait toujours aussi redoutée de tous. Son taux ne diminuait pas. Mais au cours de la seconde guerre mondiale, un nouveau groupe de molécules, les antibiotiques, allait faire leur apparition. Toutes les thérapeutiques utilisées auparavant tombèrent dans l'oubli devant l'efficacité anti-syphilitique inespérée de la pénicilline (19).

En effet, dès 1877, Pasteur avait remarqué l'antagonisme existant entre certains champignons et certains microbes, prédisant que l'humanité malade pourrait un jour en tirer des bien-faits. Mais c'est Alexandre Fleming, médecin anglais, qui en 1928 découvre le grand pouvoir bactéricide d'une moisissure, le « *Penicillium notatum* » (74).

En 1939, une équipe de chercheurs d'Oxford parvient à purifier cette substance tout en lui conservant ses propriétés. La pénicilline est née... (74).

Après des expériences concluantes sur des humains en 1941, les États-Unis se lancent aussitôt dans la fabrication industrielle du premier antibiotique (74).

En 1943, J.F. Mahoney, Arnold et Harris traitent avec succès par la pénicilline quatre malades atteints de syphilis récente. Thérapeutique efficace, non toxique et d'emploi facile, la pénicilline s'impose aussitôt comme le remède miracle de la syphilis révolutionnant complètement la thérapeutique arsenicale, d'ailleurs très critiquée (74).

En 1951, le U-S public health Service est en mesure de publier une statistique portant sur six ans de traitement de syphilis récentes par pénicillinothérapie. Des résultats satisfaisants sont constatés dans 98 % des cas et rien ne permet d'étayer l'idée selon laquelle l'arsenic et le bismuth favoriseraient le traitement par la pénicilline. Aussi, de nombreux médecins vont associer l'arsenic à la pénicilline en dépit des excellents résultats que donnent les injections de pénicilline retard (74).

Au début des années cinquante, on assiste toutefois, à l'avènement de la pénicilline dans la thérapeutique antisyphilitique. Une penicillino-thérapie suffisante se révèle efficace à tous les stades de la syphilis, récente comme tardive. Certains médecins prescrivent une injection d'un million d'unités de pénicilline jusqu'à une dose totale variant de 6 à 15 millions. Les autres se limitent à 3 injections hebdomadaires de 3 millions d'unités de pénicilline. D'autres enfin réduisent le traitement à une injection unique de 2,4 à 3 millions d'unités de pénicilline.

C'est surtout dans le domaine de la syphilis congénitale que la nouvelle thérapeutique emporte le plus vite les adhésions : les femmes enceintes syphilitiques traitées par pénicilline avant le cinquième mois ne transmettent plus la syphilis à leurs enfants.

Dix ans après l'irruption triomphale de cet antibiotique, il semble que la maladie de la terreur soit enfin en passe d'être vaincue. Le bilan est optimiste : les cas de syphilis primo-secondaires pour la France passent en effet de 40 pour 100 000 en 1946 à 5 en 1951, et 4,5 en 1952. Même régression rapide pour les cas de syphilis congénitale qui passent de 7114 en 1946 à 1804 en 1952 (74).

Cette régression quasi miraculeuse est donc due au « dieu pénicilline » ainsi qu'à l'application des mesures antivénériennes. La syphilis a laissé 450 ans de terreurs derrière elle, va-t-elle enfin disparaître ?

En 1955, une communication à la société médico psychologique a pour titre « la syphilis nerveuse vaincue, maladie historique ». Un esprit se crée dans la mentalité médicale et sociale « pénicilline avant tout et toujours... » (74).

2-2-Evolution de l'épidémiologie

Malgré les dispositions législatives prises par le gouvernement en date du 29 novembre 1939 et du 31 décembre 1943, le nombre de syphilitiques ne cesse d'augmenter. En 1943, la syphilis tue à elle seule 200 000 français par an ; on lui impute une grande part de la mortalité infantile. Il apparaît en 1944-1945 une recrudescence des maladies vénériennes liées aux brassages de populations occasionnés par la guerre, aux occupations militaires successives et selon certains, à la fermeture des maisons closes.

En France, au début des années cinquante le nombre de cas est de 1874 (pour l'année 1954), il était permis de croire à l'éradication définitive de la syphilis. Après une relative stabilité dans les années 1955-1958, un accroissement culmine en 1964-1965, ce qui porte un coup d'arrêt brutal à l'optimisme général en France comme dans le monde entier. Ces deux années représentent l'éternel retour de la syphilis (74).

Aux Etats-Unis, par exemple, une expérience réalisée à l'initiative de l'American Social Health Association en 1961 a révélé que les médecins de clientèle privée avaient déclaré dans les mois précédents seulement 11,3 % des syphilis alors qu'ils en avaient traité effectivement 75 %. Ce qui, au vu des 100 000 nouveaux cas par an, fait penser aux épidémiologistes, qu'il existe un réservoir non traité d'au moins 350 000 cas (74).

Les enquêtes sur la recherche des chaînes de contamination, la condition sociale modeste des malades ou leur appartenance au monde du proxénétisme et de la prostitution, ont certainement permis de cibler les enquêtes plus radicalement qu'on aurait pu ou voulu le faire dans des milieux aisés. Là est certainement la vraie limite de l'enquête épidémiologique.

Ces études ont montré que la syphilis est un phénomène essentiellement urbain, dans des proportions écrasantes : 54,4 % des cas de syphilis à Copenhague en 1967 alors que cette ville ne représente que 15 % de la population du pays, 15,1 % des cas de syphilis à New-York en 1969 (4,2 % de la population). En France, le département de la Seine représente à lui seul la moitié des cas de syphilis primo-secondaire du pays.

Les syphilitiques sont le plus souvent des célibataires : 64,3 % des cas de syphilis à Genève en 1969-1970.

Pendant la période de 1971 à 1980 en France:

- 7,8 % des hommes touchés ont entre 15 et 20 ans,
- 42,2 % ont entre 21 et 29 ans,
- 37,5 % ont entre 30 à 44 ans,
- et 12,5 % ont 45 ans et plus.

Les femmes sont plus atteintes entre 15-20 ans (14,7 %) et moins atteintes entre 30 et 40 ans (28,6 %) pendant la période de 1971 à 1980 en France.

Dans le milieu de la prostitution, le risque de contamination en France entre 1971 et 1980 est de 6,7 % chez les hommes et de 9,6 % chez la femme selon l'INSERM.

Pour les rapports libres, selon l'INSERM en France entre 1971 et 1980, il est de 89 % chez l'homme et 70,7 % chez la femme. La tendance est une augmentation de la contamination dans les rapports libres (74).

Les classes sociales les plus touchées sont les ouvriers, les détenus et les immigrés. Les classes aisées échappent aux enquêtes en raison du milieu privilégié.

En 1970, en France, le taux de syphilis latente est entre 10 et 100 fois supérieur à celui des syphilis primo-secondaires déclarées (74).

En 1976, en France : 4569 cas de syphilis primo-secondaires furent déclarés (87).

En 1983, une étude d'une période de quatre ans a porté sur 409 dossiers d'enfants suspects de violence sexuelles ; une maladie sexuellement transmissible a été retrouvée dans 54 cas : dont six cas de syphilis (90).

En 1988, une enquête faite sur les morsures interhumaines à New-York a montré qu'il y avait des cas de syphilis et d'hépatite B : 12 morsures interhumaines pour 100 000 habitants par an ont été rapportées (59).

En 1989, une enquête menée à Amsterdam a indiqué une recrudescence de la syphilis auprès des sujets homosexuels de sexe masculin. C'est ainsi que le nombre de cas de syphilis primaire et secondaire, qui était de 13 en 1988, est monté à 33 en 1989 (41).

En 1993, en France, le pourcentage de syphilitiques par rapport à l'âge est de 14 % pour < 20 ans, 42 % pour 20-29 ans, 23 % pour 30-39 ans, 14% pour 40-49 ans, 7 % pour > 49 ans. Donc la syphilis est le plus souvent contractée entre 20 et 29 ans. La fréquence des cas dépistés et l'intensité de la séropositivité sont plus fréquentes chez les jeunes (7).

Le nombre de cas de syphilis en France n'est pas précis, on estime à environ 10 000 cas de syphilis primo-secondaires chaque année et 1500 nouveaux cas par an (8). Le nombre de cas est en accroissement en relation avec l'apparition du SIDA à partir des années 1980. L'incidence est inconnue, aujourd'hui en France la syphilis fait toujours partie des maladies à déclaration obligatoire avec le chancre mou, la maladie de Nicolas Favre, et la gonococcie (article L. 254 de la santé publique). L'évolution de la syphilis, comme celles des autres maladies sexuellement transmissibles, est appréciée en France à partir de systèmes de surveillance non représentatifs : médecins de villes et laboratoires regroupés en réseau sentinelle (RENASYPH), dispensaires antivénéériens (16). De 1991 à 1993, l'activité du réseau RENASYPH n'a pas suggéré l'augmentation de l'incidence de la syphilis. L'absence de données inquiétantes concernant la syphilis en France par rapport à d'autres pays peut être interprétée comme l'indicateur d'un meilleur accès aux soins des populations à risque (sujets jeunes, marginalisés, toxicomanes) et/ou de la moindre marginalisation de ces groupes. Il serait donc intéressant d'effectuer une surveillance spécifique des groupes à risque, au niveau des dispensaires antivénéériens et des cliniciens (infectiologues...) (7).

Aux Etats-Unis où l'incidence annuelle est suivie depuis de nombreuses années, on estime que moins de 50 % des cas sont en fait rapportés. Depuis 1985, on constate une augmentation rapide de l'incidence de la syphilis chez les hétérosexuels masculins et chez les femmes : 50 223 cas de syphilis primaire et secondaire ont été rapportés en 1990 soit une incidence annuelle de 20 pour 100 000 habitants correspondant à une augmentation d'incidence de 75 % par rapport à 1985. L'augmentation de l'incidence parmi les toxicomanes, notamment les consommateurs de crack, semble être liée au recours fréquent à la prostitution.

Enfin, la contamination importante des femmes aux Etats-Unis a entraîné une augmentation de l'incidence de la syphilis congénitale (10,5 pour 100 000 naissances en 1987) (16).

En 1997, un centre en Angleterre a étudié 1668 prostituées espagnoles. Les tests sérologiques ont montré que 30,59 % des prostituées étaient positives au tréponème pâle (39).

Dans les pays en développement, en Afrique notamment, l'incidence de la syphilis est le plus souvent inconnue car les études disponibles sont des enquêtes de séro prévalence conduites dans des populations particulières (femmes enceintes, donneur de sang), ou à risque (prostituées).

A Nairobi (Kenya), par exemple, on observe une augmentation de séroprévalence de 2,9 % à 5,3 % entre 1989 et 1991 chez 4883 femmes enceintes (16).

De nos jours, après avoir brutalement fléchi devant l'offensive des antibiotiques, la syphilis existe toujours notamment dans les pays en développement où la maîtrise des MST est encore mal contrôlée malgré les gros efforts déployés.

Les pays de l'Est notamment la Pologne et la Russie sont dans une dynamique ascendante due à la libéralisation des moeurs. De plus, la population ne consulte pas les médecins pour une syphilis, au contraire d'une gonococcie douloureuse ce qui augmente les risques de contamination.

2-3-Le traitement actuel de la syphilis

L'apparition de la pénicilline dès 1943 a profondément modifié la nature de la thérapeutique en éliminant le mercure, l'arsenic et le bismuth, souvent trop dangereux, et a raccourci considérablement la durée du traitement.

a) Les principes généraux

Le tréponème pâle est sensible à la pénicilline à la ceftriaxone, aux tétracyclines, aux macrolides et résistant aux aminosides. Les dérivés pénicillines restent cependant les antibiotiques de choix à tous les stades de la syphilis.

La bactérie est très sensible à ce groupe d'antibiotiques à deux conditions :

- avoir un taux de concentration minimal supérieur à 0,03 UI/ml de sérum (0,018 µg/ml),

- maintenir ce taux pendant une période de sept à quatorze jours car l'antibiotique a pour cible les glycoprotéines de la paroi lors de la multiplication bactérienne. Par conséquent la pénicilline serait plus active dans la syphilis précoce où la multiplication du microbe est plus active (19).

--> La pénicilline G :

C'est le traitement de choix de la syphilis, car il est facile, possible en traitement minute, peu onéreux et efficace. Aucun autre antibiotique n'a montré une efficacité similaire et n'a été testé sur un nombre aussi important de patients. Aucune résistance du tréponème à la pénicilline n'a été rapportée.

L'utilisation systématique de la pénicilline est cependant limitée par ses contre-indications d'ordre allergique. Les accidents de la pénicillinothérapie sont de trois ordres :

- allergiques,
- toxiques,
- microbiolytiques (réaction de Herxheimer qui est une endotoxémie causée par la libération de lipopolysaccharides des tréponèmes en destruction).

Ils peuvent être précoces ou tardifs. L'urticaire est survenue chez 5 ‰ patients. En fait les réactions mortelles sont exceptionnelles (1/100 000) et en cas d'allergie à la pénicilline un nouvel accident allergique ne surviendrait que dans 10 % des cas de réintroduction. L'allergie à la pénicilline, présente chez 6,6 % des patients syphilitiques, nécessite le recours à une autre antibiothérapie ou à une désensibilisation à la pénicilline. Par exemple, pour éviter une réaction d'Herxheimer, on fait une corticothérapie (0,5 mg/kg/jour de prednisone , trois fois par jour) débutée 48 heures avant l'antibiothérapie, notamment chez la femme enceinte et en cas de syphilis congénitale ou de syphilis tertiaire viscérale (83, 28, 16).

--> Les cyclines :

Elles représentent l'alternative de choix en cas d'allergie à la pénicilline. Le chlorhydrate de tétracycline (tétracycline base) est la forme de cycline dont

l'efficacité a été la mieux étudiée dans le traitement de la syphilis précoce. Les cyclines de 3ème génération, dont la doxycycline, sont probablement aussi efficaces que la tétracycline, même si cette efficacité n'a jamais été validée par l'étude contrôlée de nombreux patients, les comités d'experts conseillent maintenant la doxycycline au même titre que la tétracycline. L'utilisation de cyclines au cours de la grossesse est contre-indiquée (dyschromie dentaire du fœtus) (16).

--> Les macrolides :

Ils n'offrent pas les mêmes garanties que les cyclines ou la pénicilline. Ils ne sont plus indiqués que par l'O.M.S. en cas d'allergie certaine à la pénicilline et d'impossibilité d'administration des cyclines, chez la femme enceinte ou l'enfant avant la sortie de la deuxième dentition. Les macrolides ne sont jamais indiqués en cas d'atteinte neurologique (16).

--> Autres antibiotiques :

L'activité tréponémicide de la spectinomycine est probable mais faible. Elle est citée comme une alternative à la benzathine pénicilline et aux cyclines chez les patients allergiques (16).

Le chloramphénicol a été utilisé en Inde mais sa toxicité et les échecs de ce traitement dans la syphilis expérimentale du lapin ne font pas des phénicolés un traitement potentiel de la syphilis (16).

La ceftriaxone est efficace en IM, mais elle n'a pas d'A.M.M. pour cette indication.

b) La stratégie thérapeutique

Il existe de nombreux protocoles thérapeutiques, dont deux officiels, établis par des comités d'experts qui constituent une synthèse de l'information disponible et de l'expérience clinique. L'un a été établi par l'O.M.S. en 1991 et l'autre par le C.D.C. en 1993. Les deux se regroupent largement, mais c'est surtout celui du C.D.C qui est suivi (16).

--> Cas d'une syphilis en incubation :

Lors d'une syphilis en incubation, on préconise :

- Extencilline* 2,4 millions d'unités 3 fois tous les 8 jours,
- Cyclines en cas d'allergie à la pénicilline 2g/jour pendant 14 jours, doxycycline 0,2 g,
- Spiramycine (Rovamycine*) en cas de grossesse et d'allergie à la pénicilline ; 9 millions d'unités par jour durant 14 jours.

Une surveillance biologique est instaurée à raison de deux examens sérologiques réalisés à trois mois d'intervalle (16).

--> Cas d'une syphilis précoce:

On recommande lors d'une syphilis précoce :

- 1 seule injection IM de benzathine pénicilline G de 2,4 millions d'UI (Extencilline*), associée à la xylocoïne pour limiter les douleurs locales.
- L'O.M.S. recommande aussi la procaine benzylpénicilline aqueuse à 1,2 millions d'UI par IM pendant 10 jours.
- En cas d'allergie, on donne 200 mg/jour de doxycycline ou 2g/jour de tétracycline pendant 14 jours.
- En cas d'allergie à la pénicilline et de contre-indications aux cyclines, on donne 2g/j pendant 14 jours d'érythromycine ou 250 mg/jour IM pendant 10 jours de ceftriaxone (16).

--> Cas d'une syphilis tardive :

Les experts recommandent :

- 3 injections IM de 2,4 millions d'UI de benzathine pénicilline G à une semaine d'intervalle.
- En cas d'allergie à la pénicilline, on donnera 200 mg/j de doxycycline ou 2 g/jour de tétracycline pendant quatre semaines ou érythromycine 2 g/j pendant 28 jours (16).

--> Cas d'une neurosyphilis:

En cas de neurosyphilis, on recommande :

- 12 à 24 millions d'UI/jour IV de pénicilline G pendant dix à quatorze jours. Seule la pénicilline G IV assure avec certitude une concentration tréponémicide dans le LCR.
- Alternativement, on peut recommander soit la pénicilline procaïne IM (2,4 millions d'UI) associée au probénécide oral (2 g/j) soit l'amoxicilline (6 g/j) toujours associée au probénécide (1 g/j) pendant 14 jours.
- En cas d'allergie à la pénicilline, il n'existe aucun traitement de rechange idéal. Une désensibilisation doit être proposée, certains auteurs recommandent la doxycycline (400 mg/j) pendant 21 jours (16).

--> Cas d'une syphilis chez la femme enceinte :

- Le traitement repose sur la pénicilline à une posologie adaptée au stade de la syphilis.
- L'érythromycine manque d'efficacité mais reste recommandée par l'O.M.S avec de nombreuses réserves.
- Les cyclines sont contre-indiquées.
- Au cours de la deuxième moitié de la grossesse, la survenue d'une réaction d'Herxheimer peut précipiter l'apparition d'un accouchement prématuré ou d'une souffrance fœtale, ce dont les femmes doivent avoir été prévenues (16).

--> Cas d'une syphilis congénitale :

Un enfant est à risque de syphilis congénitale s'il est né d'une mère dont la sérologie est positive à la syphilis et si celle-ci a présenté une des situations suivantes :

- absence de traitement,
- traitement moins d'un mois avant l'accouchement,
- traitement ne contenant pas de pénicilline,

- absence de décroissance significative du titre des tests non tréponémiques après traitement,
- traitement dont les modalités exactes sont inconnues,
- insuffisance du suivi sérologique après traitement.

Le traitement repose sur la benzylpénicilline cristallisée aqueuse (100 000 à 150 000 UI/Kg/j) répartis en deux à trois perfusions quotidiennes de 50 000 UI, ou sur la procaïne-pénicilline (50 000 UI/Kg/j en une injection IM pendant 10 à 14 jours). En cas d'allergie à la pénicilline, une désensibilisation est nécessaire (16).

Les consultants de Medical letter recommandent de traiter sans délai le nouveau séropositif plutôt que d'attendre trois à six mois pour voir si les taux d'anticorps diminuent (79).

--> Cas d'une syphilis chez l'enfant :

Tout enfant suspect de syphilis congénitale tardive ou d'atteinte neurologique doit être traité par la benzylpénicilline cristallisée aqueuse (200 000 à 300 000 UI/Kg/j répartis en 4 à 6 perfusions de 50 000 UI/Kg) pendant 10 à 14 jours (16).

--> Cas d'une syphilis acquise au cours de l'infection par le VIH :

La ponction lombaire est recommandée pour certains auteurs (CDC), l'O.M.S. ne la recommande pas.

Pour d'autres, elle doit être systématique, les échecs des traitements classiques s'expliquant sur ce terrain par l'association conjuguée d'une invasion du système nerveux central et du déficit de l'immunité cellulaire (16, 30).

- En l'absence de critères cliniques et/ou biologiques de neurosyphilis, les traitements classiques restent indiqués;
- En cas de neurosyphilis, la pénicilline G en IV est indiquée, d'autres recommandent l'association de procaïne-pénicilline (2,4 millions d'UI/jours en IM) et probénécide 1,5 g/j per os pendant 14 jours. Il y a aussi l'association amoxicilline (3 g x 2/j) et probénécide (1,5 g/j per os) pendant 14 jours. Certains donnent la doxycycline (200 mg/ x 2/j per os) pendant 21 jours.

- D'autres auteurs recommandent plus simplement d'augmenter à 2 voire 3 injections de 2,4 millions d'UI de benzathine pénicilline pour le traitement de la syphilis primaire et secondaire chez les patients infectés par le VIH.
- L'érythromycine est à déconseiller.
- La ceftriaxone 1 à 2 g/j pendant 10 à 14 jours, a été mise en échec dans 23 % de 43 patients avec une syphilis latente ou une neurosyphilis asymptomatique (16).

En conclusion, la syphilis n'est pas une maladie honteuse, il faut la considérer comme une maladie infectieuse, peu grave, facilement guérissable, sans incidence sur la descendance si un traitement précoce et correct a été instauré. Mais elle peut devenir extrêmement sérieuse si elle n'a été ni révélée, ni traitée. La vaccinothérapie ne semble pas pouvoir être réalisée dans un avenir proche, ce sont donc encore les mesures de préventions collectives qui semblent être les armes les plus efficaces dans la lutte contre la syphilis.

2-4-La prévention actuelle

Il existe trois types de prévention contre les maladies sexuellement transmissibles : les préventions primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire comprend l'ensemble des mesures individuelles ou communautaires destinées à réduire l'incidence de la syphilis.

La prévention secondaire concerne le dépistage et le traitement précoce des sujets présentant une syphilis et de leurs partenaires afin de réduire la prévalence de la maladie en diminuant sa durée.

La prévention tertiaire a pour but de réduire les complications dues à la syphilis.

La prévention primaire (52) repose sur l'éducation, l'information et le conseil sur les maladies sexuellement transmissibles (MST). L'information collective utilise le support des médias les plus appropriés : affiches, journaux, médias, audiovisuels, éducation.

Elle délivre des connaissances sur les modes de transmission des MST et donne des conseils pour minimiser le risque de MST c'est-à-dire :

- la limitation du nombre de partenaires sexuels,
- les pratiques sexuelles à risque,
- la promotion et le conseil d'utilisation des préservatifs,
- la consultation rapide d'un médecin en cas d'apparition de symptômes uro-génitaux,
- la délivrance de conseils aux toxicomanes par voie intraveineuse (importance d'un équipement stérile).

L'information individuelle est délivrée par le médecin traitant qui vérifie l'état de connaissance du patient et qui joue un rôle pivot dans la délivrance des conseils.

Les préservatifs jouent un rôle majeur dans la lutte contre les MST et notamment contre la syphilis. Il convient de bien expliquer que l'utilisation du préservatif doit avoir lieu lors de toute la durée de la relation sexuelle et pour toutes les relations et pas seulement de temps en temps en fonction du risque présumé du rapport.

Les échecs du préservatif sont largement imputables à une méconnaissance du mode d'emploi :

- vérifier la date d'expiration,
- utiliser des préservatifs de bonne qualité (en France, se fier à la norme NF (norme française)) recommandée par l'AFNOR (Agence Française de Normalisation),
- conserver les préservatifs dans un endroit sec et frais à l'abri de la lumière, à disposition,
- il convient d'éviter d'utiliser les préservatifs présentant des défauts lors de leur sortie d'emballage ou dont l'emballage est défectueux,

- les préservatifs doivent être manipulés avec soin et sans précipitation pour éviter tout traumatisme (éviter les coups d'ongles, les dents, les ciseaux...),

- le préservatif doit être mis en place avant tout contact génital sur la verge en érection et déroulé complètement jusqu'à la base de l'organe en laissant un espace à l'extrémité pour recueillir le sperme,

- n'utiliser que les lubrifiants à base d'eau (jamais à base d'huile), comme le Lubran* ou Sensilube*,

- les préservatifs enduits de spermicides, également bactéricides, peuvent accroître la protection contre les MST. Il est toujours possible d'utiliser des préservatifs simples en association avec des gels, ovules ou tampons imprégnés de ces produits,

- en cas de rupture du préservatif, celui-ci doit être immédiatement remplacé. Si l'éjaculation survient immédiatement après la rupture, un spermicide doit être utilisé.

Le préservatif doit être retiré immédiatement après l'éjaculation en prenant soin de tenir la base du préservatif. Il ne faut jamais attendre la détumescence de la verge dans le vagin de sa partenaire.

Il ne faut jamais utiliser deux fois de suite un même préservatif.

Les spermicides dotés d'une activité antibactérienne tels que le nonoxynol-9 et le chlorure de benzalkonium ont démontré une efficacité vis-à-vis de *Treponema pallidum*. Cependant, l'utilisation de spermicides ne peut être une protection suffisante à elle seule ce qui justifie son utilisation avec un préservatif.

La prévention secondaire (52) doit permettre une intervention précoce au niveau diagnostique et thérapeutique de la personne présentant une syphilis afin d'éviter l'apparition de complications, et surtout au niveau des partenaires afin de rompre les chaînes de contamination le plus rapidement possible.

* La consultation

L'incitation à consulter son médecin au moindre signe ou symptôme de la sphère uro-génitale fait partie de l'information de base à délivrer à tout patient susceptible d'être atteint par une syphilis.

Un dépistage annuel suffit chez des patients ayant une activité sexuelle limitée à une partenaire, même en l'absence de toute symptomatologie.

Cette fréquence peut croître en fonction du nombre de partenaires et/ou des antécédents de syphilis.

Le traitement adéquat des MST doit prendre en considération des critères médicaux épidémiologiques qui sont, d'après les recommandations de l'O.M.S.,

- les suivants :
- rapidité d'efficacité,
 - coût le moins élevé,
 - activité afin de briser au plus vite les chaînes de contamination.

* La recherche et le traitement du ou des sujet(s) contact(s)

L'enquête épidémiologique est une étape fondamentale dans la démarche de prévention du praticien.

L'effort doit être porté à la fois sur la recherche des sujets en aval et en amont. Le principal obstacle de ces enquêtes est lié à la fréquence des formes asymptomatiques qui ne motivent guère les patients à consulter.

L'explication des conséquences d'un traitement tardif ou absent doit décider ces sujets soit à consulter, soit à prendre un traitement épidémiologique systématique.

La prévention tertiaire (52) a pour but de réduire les complications dues aux MST. Les interventions disponibles actuellement sont le plus souvent extrêmement lourdes médicalement, économiquement et psychologiquement.

En l'absence de vaccin, la prévention de la syphilis repose essentiellement sur l'information des modes de sa transmission, de ses premiers symptômes et des moyens de s'en protéger. Le praticien doit saisir toute occasion, en particulier auprès des adolescents pour faire passer ce message.

Une attitude épidémiologique cohérente de recherche et traitement des sujets contacts permettra, en outre, de rompre les chaînes de contamination et de limiter la diffusion de la syphilis surtout qu'elle est devenue une maladie dont on n'a plus peur, dont on ne parle plus et c'est là le danger de la syphilis actuelle.

2-5-Syphilis et SIDA : les deux compères

Outre les critères de maladie sexuellement transmissible et des terreurs qu'elles entraînent chacune à leur époque, entre la syphilis et l'infection à VIH, aujourd'hui des interactions épidémiologiques et physiopathologiques s'établissent. La prévalence élevée de la syphilis chez les séropositifs VIH pourrait être l'expression d'une sexualité à risque, mais il est aussi bien démontré que la transmission du VIH est facilitée par les ulcérations génitales, en particulier la syphilis (60).

De plus, les interactions virologiques et immunologiques liées à l'infection au VIH peuvent influencer l'histoire naturelle de la syphilis, remettre à jour des tableaux anatomocliniques que l'on croyait disparus et modifier la réponse sérologique syphilitique, mettant en cause dans une certaine mesure la validité reconnue des critères diagnostiques et thérapeutiques classiques de la syphilis (60).

Les conséquences de ces interactions sur la réponse au traitement sont bien évidemment très importantes, et le nombre croissant d'échecs thérapeutiques observés ces dernières années, se traduisant par une fréquence accrue de neuro-syphilis précoce et de syphilis oculaire, oblige les cliniciens à réviser les schémas thérapeutiques inadaptés à la situation nouvelle créée par le SIDA (60).

a) Les interactions épidémiologiques

Une forte association épidémiologique entre la syphilis et l'infection à VIH est maintenant bien établie. Les antécédents de syphilis représentent un facteur de risque élevé pour l'infection à VIH et sont trouvés avec une fréquence de 30 à 40 % chez les patients séropositifs pour le VIH.

Dans une étude prospective récente portant sur une cohorte de 268 patients infectés par le VIH, 50 % des malades avaient une sérologie syphilitique positive ou avaient eu une syphilis dans le passé.

Plusieurs autres études révèlent dans cette population une prévalence élevée de la syphilis latente (sérologie syphilitique positive) se situant entre 23 et 36 %. Inversement, la prévalence de l'infection à VIH chez les patients consultant

Plusieurs autres études révèlent dans cette population une prévalence élevée de la syphilis latente (sérologie syphilitique positive) se situant entre 23 et 36 %. Inversement, la prévalence de l'infection à VIH chez les patients consultant pour une MST, et en particulier une syphilis, est du même ordre (24 à 30 %), les chiffres les plus élevés étant observés chez les hommes hétérosexuels et surtout homosexuels (60).

Aux Etats-Unis, il y a recrudescence de syphilis, en particulier chez les toxicomanes et les prostituées. Cette épidémie de la syphilis serait en rapport avec l'utilisation de drogue intraveineuse ou de cocaïne (crack) à relier étroitement à la pratique de prostitution en échange de ce type de drogues.

A San Francisco, une enquête a été faite entre 1985 et 1992 ; 117 patients neurosyphilitiques furent identifiés, l'âge moyen est de 39 ans, 91 % sont des hommes, 63 % des blancs et 64 % sont VIH positif (16, 44).

A Nairobi au Kenya, on observe une augmentation de la séropositivité VIH de 6,5 % à 13 % et de la séropositivité tréponémique de 2,9 % à 5,3 % entre 1989 et 1991 chez les femmes enceintes.

Dans une cohorte de 124 africaines prostituées séronégatives au SIDA, la survenue d'une séroconversion VIH chez 83 (67 %) d'entre elles est significativement associée au nombre annuel moyen d'épisodes d'ulcérations principalement syphilitiques. Le mécanisme concerné implique probablement la rupture de la barrière épithéliale, qui favorise la pénétration du virus, l'infection étant facilitée par l'abondance de lymphocytes actifs, cibles principales du VIH dans la base infiltrée du chancre. De plus, la stimulation antigénique des lymphocytes infectées par le VIH lors d'une syphilis primaire est susceptible d'accroître la répllication virale ; les lymphocytes infectés présents dans les ulcérations génitales produisent activement le VIH, augmentant aussi la contagiosité des lésions (60).

b) L'expression clinique de la syphilis au cours de l'infection par le VIH

--> Les manifestations dermatologiques

Les aspects dermatologiques classiques de la syphilis (chancre primaire, éruption cutanéomuqueuse secondaire) sont observés et une étude récente comparant des patients syphilitiques infectés ou non par le VIH ne révèle aucune différence significative.

Cependant, des tableaux dermatologiques inhabituels, traduisant une infection tréponémique floride ou une évolution plus agressive, sont rapportés, en particulier des cas de syphilis cutanée maligne, des chancres géants nodulaires, des ulcérations profondes et des ulcérations périanales profondes douloureuses (60).

D'autres aspects inhabituels de syphilis secondaire sont décrits : des granulomes, des papules érythémosquameuses dissimulées, des lésions coexistantes de syphilis secondaires et de perforations gommeuses du palais, des érosions buccales, une éruption nodulaire érythématoviolacée évoquant un Kaposi (60). Ces observations restent relativement peu fréquentes.

--> Neurosyphilis précoce et syphilis oculaire

Certaines observations ont montré dès 1987 que les patients infectés par le VIH étaient plus exposés à un risque accru de neurosyphilis précoce, même si le traitement avait été adéquat. Plusieurs études rétrospectives et prospectives ont tenté d'évaluer la prévalence de la neurosyphilis dans cette population. Un taux de prévalence de 1,5 % est plus élevé dans les cohortes de patients infectés par le VIH et lorsque ces patients ont eu une syphilis traitée ou non dans le passé et/ou une sérologie syphilitique positive, la prévalence de la neurosyphilis est de 4 à 9 % (60).

Certains auteurs mentionnent que les formes de neurosyphilis précoce sont les plus courantes, fréquemment associées à des manifestations oculaires, alors que la neurosyphilis tardive est exceptionnelle chez les patients infectés par le VIH. Par exemple, sur 40 cas, des auteurs ont diagnostiqués 39 cas de neurosyphilis précoce et un cas de neurosyphilis tardive. 60 % de ces patients avaient une infection VIH évoluée, et 40 % étaient asymptomatiques. La neurosyphilis peut donc se manifester à un stade précoce du SIDA et même être révélatrice de celui-ci. Des cas inhabituels ont été observés, infarctus, gomme syphilitique cérébro-méningée, polyradiculopathie, et posent des problèmes et des pièges sur le diagnostic clinique (60).

En conclusion, la syphilis reste aujourd'hui une maladie d'actualité et sa coexistence avec l'infection à VIH, liée à des interactions épidémiologiques bien établies, soulève des problèmes physiopathologiques encore obscurs sur bien des points. Le clinicien prenant en charge les patients infectés par le VIH est de plus en plus souvent confronté au diagnostic clinique de la syphilis avec les difficultés inhérentes à la coinfection virale.

Le risque d'évolution accélérée vers une neurosyphilis semble certain et le déficit immunitaire lié au VIH pourrait également interférer sur les résultats de la sérologie syphilitique et la réponse au traitement.

c-Approche cinématographique

En 1992, le cinéaste Francis Ford Coppola reprend le célèbre « Dracula » (1897) de Bram Stoker ; dans son film le vampirisme apparaît comme une métaphore du SIDA en raison de l'épidémie actuelle.

Bram Stoker, mort de syphilis en 1912 avait suggéré dans son œuvre, le vampirisme comme une métaphore de la syphilis (48).

Ces deux auteurs chacun dans leur époque ont voulu montrer la peur de la contamination par l'intermédiaire du vampirisme. En effet, celui-ci représente la maladie transmissible par le sang, le plaisir et dont l'aboutissement est la mort.

d-Le mal ramené du nouveau monde en 1493 était-il le SIDA ? (2)

Aujourd'hui, un scientifique Louis J. André a émis l'hypothèse que la syphilis ramenée par Christophe Colomb serait le syndrome d'immuno-déficience acquise. Il observe que les tableaux cliniques décrits de la syphilis pendant l'épidémie de 1493 sont variés et d'une très grande gravité, ils ne ressemblaient pas aux tableaux cliniques de la syphilis vénérienne actuelle. Selon lui, l'agent devait être très proche des virus du SIDA que nous connaissons actuellement, mais avec une incubation courte. Les tableaux correspondraient à des affections d'expression dermatologique, dont le développement serait amplifié par l'immunodépression comme cela se voit de nos jours : tumeurs de Kaposi, gale norvégienne, prurigo-sida, candidoses, herpès chronique, la syphilis vénérienne déjà présente. Selon lui après une vingtaine d'années, la maladie a disparu assez brusquement, c'est-à-dire que l'agent immunodépresseur ayant perdu son activité, les maladies anciennes et en particulier la syphilis ont repris leur vigueur.

Ce schéma, qui ne heurte pas la logique s'il était vrai, donnerait une plus grande espérance de voir les actuels virus du SIDA s'atténuer spontanément.

CONCLUSION

La syphilis, maladie à plusieurs dénominations dont les plus connues sont le mal de Naples et la vérole, était la plus grave des maladies sexuellement transmissibles jusqu'à l'apparition du SIDA.

Son origine très mystérieuse souleva de nombreuses théories qui s'opposèrent pendant cinq siècles. En fait Christophe Colomb et son équipage étaient considérés comme les responsables de la survenue de l'épidémie en Europe. Cependant cette affirmation semble devoir être révisée depuis la découverte du squelette de Costebelle à Hyères. Si le diagnostic est bien celui de la syphilis vénérienne, cela prouverait que la maladie de la honte sévissait dans l'Ancien Monde avant le XV^{ème} siècle.

A travers notre étude, nous avons pu relater les divers aspects sociaux et thérapeutiques au cours des cinq derniers siècles.

En effet, à la fin du XV^{ème} siècle, la syphilis était foudroyante par son caractère épidémique. Elle entraîna terreur, discrimination, honte et châtiments à travers toute l'Europe. Les médecins furent pendant longtemps impuissants devant l'ampleur de cette infection.

A la Renaissance, la syphilis perdit sa puissance épidémique et devint un mal plus chronique. Les thérapeutiques de l'époque, le mercure et le « Saint bois » (Gaïac) eurent leurs heures de gloire mais leurs effets étaient plus toxiques que curatifs.

Au XVII^{ème} siècle, on nota peu de changements dans les traitements employés et les mesures prophylactiques. La prostituée, compagne de la vérole fut un véritable suppôt de Satan et la syphilis devint la maladie de la honte.

Pendant le « siècle des lumières », peu de maladies ont autant favorisé l'empirisme et le charlatanisme que la vérole. Le mercure, sans succès, va développer un commerce de remèdes aussi inefficaces les uns que les autres. La syphilis constitua un danger pour l'ordre établi et les valeurs fondamentales. Les prostituées, les libertins et les courtisans eurent un rôle majeur dans la propagation de la maladie.

Au XIX^{ème} siècle, la syphilis fut le mal romantique par excellence, elle rencontra l'écrivain dans son expérience de la bohème et lui procura le « génie syphilitique ». L'iodure de potassium et le magnétisme rejoignirent le mercure quant à l'inéfficacité de la thérapeutique. L'utilisation du préservatif et le contrôle des prostituées se développèrent de façon rigoureuse.

Le début du XX^{ème} siècle a vu la découverte microscopique du tréponème pâle par Schaudinn et Hoffman. La thérapeutique a évolué mais sans grand succès. En revanche la prophylaxie se développa à l'école, dans les usines et par les médias ; la prostituée fut toujours accusée d'être le principal facteur de propagation. Le seul nom de la syphilis faisait encore énormément peur.

Après les années 1940, la syphilis est devenue curable grâce au « dieu pénicilline ». Ainsi s'effondrent les mythes (hérédosyphilis et génie syphilitique) qui lui étaient associés et le potentiel marginalisant des stades tertiaires délabrants. La terreur est finie, la maladie de la honte devient une simple maladie sexuellement transmissible. Mais depuis l'apparition du SIDA, la syphilis connaît une recrudescence non négligeable dont il faut se méfier. Elle demeure aujourd'hui, quoi qu'on dise, une maladie honteuse dont on ne parle pas et c'est là le dernier et peut être le meilleur tour de force de la syphilis puisqu'elle y trouve le plus sûr moyen de se perpétuer.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- LES ACTUALITES PHARMACEUTIQUES
Dossier les MST, 1986, 233, 38-39.

- 2- ANDRE J.L.
Was « le Mal de Naples » AIDS ? L'origine de la syphilis en Europe avant
et après 1493 ? .
Ed : Errance, 1993.

- 3- ARNDT A.
Thérapeutique dermatologique.
Ed : Pradel, 1997.

- 4- AUBARD Y., FOURNIER-TEISSIER M.P., BAUDET J.H.
Sérologie syphilitique positive chez une femme enceinte.
Gazette Médicale, 1989, 96, 40, 16.

- 5- BARIETY M., COURY C.
Histoire de la Médecine.
Ed : FAYARD, 1963.

- 6- BECHTEL G.
Paracelse et la naissance de la médecine alchimique.
Ed : Danel, 1970.

- 7- BOURDERIOUX C., CACES E., VOL S., LECLESIAU H., TICKET G.
Dépistage de la syphilis dans sept centres d'examens de santé en 1993.
B.E.H., 1995, 47, 205-206.

- 8- BELLON R.
Q.S. Infectiologie, 1987, 3, 1.
- 9- BERANGER BEAUQUESNE L., PINKAS M., TORK M.
Les plantes dans la thérapeutique moderne.
Ed : Maloine s.a. éditeur, 1975.
- 10- BERGES P.
Histoire de la syphilis au XV et XVIème siècles.
Thèse Médecine : Université de Limoges, 1990, 154.
- 11- BESNIER E., FOURNIER A., TENNESSON, HALLOPEAU,
DU CASTEL.
Le musée de l'hôpital Saint Louis. Iconographie des maladies cutanées et
syphilitiques.
Ed : Rueff, 1888, 7, 19 et 25ème fascicules.
- 12- BILZ
La santé à la portée de tous.
Ed : Muller et cie, Paris, 1890.
- 13- BOUCHET H.
Histoire et évolution du traitement de la syphilis.
La Revue du Praticien, 1996, 46, 1064-1066.
- 14- BURET F.
Le gros mal du moyen âge et la syphilis actuelle.
Société d'Editions scientifiques, Paris, 1894.
- 15- CASTELLOT A.
François 1er.
Ed : Herissey, Librairie Perrin académique, 1983.

- 16- CAUME E., JANIER M.
Encyclopédie médico chirurgicale.
Syphilis, Editions Techniques, Paris, 1994, 8039 - A-10.
- 17- CHAMPETIER DE RIBES D.
Pas de sérologie syphilitique systématique.
Prescrire, 1988, (8,) 71, 51.
- 18- CHASTEL C., CENAC A.
Histoire de la Médecine, introduction à l'épistémologie.
Ed : Ellipses, 1997.
- 19- CHOPINEAU I.
Les remèdes d'origine végétale et les autres thérapeutiques utilisés comme
antisyphilitiques avant l'ère de la chimiothérapie.
Thèse Pharmacie, Université de Tours, 1993, 64.
- 20- COLIN A.
Dictionnaire des noms illustrés en médecine.
Ed : Prodim, 1994.
- 21- COMBE P.
Lyon pharmaceutique, 1987, (38), 2, 71-78.
- 22- CORBIN A.
Peur et terreurs face à la contagion. «La grande peur de la syphilis».
Ed : Fayard, 1988.
- 23- CORCOS M.
Toulouse Lautrec : des souris et un gnome.
La Gazette Médicale, 1990, (97), 41, 27-28.

- 24- DAGUET G.L.
Diagnostic sérologique de la syphilis.
Technique et biologie, 1995, (21), 1-8.
- 25- DELAGE P.
« Trottoir et maisons closes ». La prostitution à Limoges à travers les âges.
Ed : Fabrègue, 1997.
- 26- Dictionnaire encyclopédique. Petit Larousse illustré,
Ed : Larousse, 1984.
- 27- DOLIVO M., SUCHET J.H., ORFILA J.
Maladies transmises par voies sexuelles.
Ed : Masson, 1992.
- 28- DOROSZ P.
Ed : Maloine, 18ème Ed, 1997.
- 29- DORVAULT F.
L'officine.
Ed : Vigot, 22ème Ed, Paris, 1987.
- 30- DOUBOVETSKY J.
Traitement des MST.
Prescrire, 1992, (12), 122, 492-494.
- 31- DUCHEMIN A., BOEZ G.
Formulaire médical français.
Ed : FMF, 6ème Ed, 1941.
- 32- DUMAS J.
Bactériologie médicale.
Ed : Flammarion, 1951.

- 33- DUTOUR O., BERATO J.
Etude anthropologique des restes humaines provenant de la nécropole.
Revue archéologique narbonnaise, 1990, 23, 148.
- 34- DUTOUR O., GYORGY P., BERATO J., BORREANI M., BRUN J-P.
Nouvelle donnée archéologique sur l'origine de la syphilis vénérienne.
Les nouvelles de l'archéologie, 1993, 53-54, 90-91.
- 35- DUTOUR O., GYORGY P., BERATO J., BRUN J-P.
L'origine de la syphilis avant ou après 1493 ?
Ed : Errance, 1993.
- 36- DUTOUR O., GYORGY P.
Syphilis en Europe.
Pour la science, 1996, 220, 26-27.
- 37- Eléments de pathologie infectieuse.
Ed : SIMEP/SPECIA, 3ème Ed, 1985.
- 38- Encyclopédie Médico Chirurgicale
Traité de Médecin, de chirurgie et des spécialités médico-chirurgicales.
1934, 1-4, 3001-3024.
- 39- ESTEBANEZ P., ZUNZUNEGUI M.V., FITCH K, AGUILAR M.D.,
COLOMO C., PUEYO I., LORENZO M.
The prevalence of serological markers for syphilis amongst a sample of
spanish prostitutes.
Int. J. STD-AIDS, 1997, (8), 11, 675-80.
- 40- EYQUEM A., ALOUF J., MONTAGNIER L.
Traité de microbiologie clinique.
Ed : Piccin, 1998.

- 41- FARI A.
Comportement sexuel à risque.
Prescrire, 1991, (11), 112, 550.
- 42- FARI A.
Diagnostic sérologique de la syphilis.
Prescrire, 1994, (14), 142, 409-412.
- 42 bis-FAUCONNEY
Mariage et Hygiène.
Ed : Parmentier, Paris, 1899.
- 43- FLANDROIS J.P.
Bactériologie médicale.
Presses Universitaires de Lyon, 1997.
- 44- FLOOD J.M., WEINSTOCK H.S., GUROY M.E., BAYNE L., SIMON R.P.,
BOLAN G.
Neurosyphilis during the AIDS epidemic. Université de Californie,
San Fransisco.
J. Infect. Dis., 1998, (177), 4, 931-940.
- 45- FOLLIN D.E., DUPLAY S.
De la syphilis. Extrait d'un traité élémentaire de pathologie externe.
Ed : Masson, 1883.
- 46- FOURNIER A.
Traitement de la syphilis.
Ed : Rueff, Paris, 1878.
- 47- GIRRE L.
Traditions et propriétés des plantes médicinales.
Histoire de la Pharmacopée.
Ed : Privat, 1997.

- 48- GOENS J.
De la syphilis au Sida. Cinq siècles de mémoires littéraires de Vénus.
Ed : Presses Universitaires Européennes, Mémoires d'Europe, 1995.
- 49- LARREGUE M.
Pathologie médicale. Dermatologie. Syphilis.
Ed : Flammarion Médecine, 2ème Ed. 1980.
- 50- GRMEK M.D.
Histoire de la pensée occidentale en Occident « de la Renaissance aux lumières ».
Ed : Seuil, 1997.
- 51- GRMEK M.D.
Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale.
Ed : Payot et Rivages, 1983.
- 52- HALIOUA B., MALKIN J.E.
Les maladies sexuellement transmissibles.
Ed : Presses Universitaires de France, 1997.
- 53- HEWITT J., DOLIVIO M.
Les maladies sexuellement transmissibles.
Ed : Hermann, 1987.
- 54- HILDESHEIMER F.
Fléaux et société : de la grande peste au choléra 15ème-19ème siècles.
Ed : Hachette, 1993.
- 55- MARTINY M., PECKER A., POULET J., RULLIERE R., SOURNIA J.C.
Histoire de la médecine, de la pharmacie, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire.
Ed : Albin Michel/Laffont/Tchou, 1977, (4).

- 56- JEAN H.
Les nouveaux traitements des maladies vénériennes.
Ed : ASTRA (Paris), 1926.
- 57- MARIN S.J.
Médecines curieuses d'autrefois.
Ed : Charles Corlet, 1996.
- 58- KHUNE L.
La nouvelle science de guérir.
Ed : La Vie Claire, Montreuil, 1893.
- 59- KINKERPATRICK B.
Danger des morsures interhumaines.
Prescrire, 1988, (8), 73, 152.
- 60- LAURENT R.
La presse médicale « Syphilis acquise et infection par le VIH ».
Ed : Masson, 1994, (23), 35, 1621-1626.
- 61- LIEUTAUD J.
Précis de la matière médicale.
Ed : Vincent, 1767.
- 62- LOEPER M., LESURE J.
Formulaire pratique de thérapeutique et de pharmacologie.
Ed : Doin, 39ème Ed, 1973.
- 63- LÖWY I.
Le dépistage de la syphilis.
Pour la science, 1997, 231, 16-17.

- 64- MARMOTTANS A.
Les traitements anciens de la syphilis, L'origine de la syphilis en Europe avant et après 1493 ?.
Ed : Errance, 1993.
- 65- MARTIN H.
Histoire de la France populaire.
Ed : Jouvot, 1888, (2).
- 66- MOLARET H.H.
Contribution à l'histoire du crime bactérien.
Med. Mal. Inf., 1987, (2), 56.
- 67- MOREL P.
La syphilis récente.
La Revue du Praticien, 1996, (46), 1948-1951.
- 68- MORISSET R., PECHERE J.C.
Les MTS.
Ed : Maloine, 1990.
- 69- MOLTO E. J.
Tréponématose endémique d'une population précolombienne de la région du cap de basse Californie du sud. L'origine de la syphilis en Europe avant et après 1493 ? .
Ed : Errance, 1993.
- 70- NELATON E.
La thérapeutique historique de la syphilis avant l'ère des antibiotiques ; à propos de quelques plantes.
Thèse de Pharmacie, Université de Dijon, 1993, 28.

- 70 bis-PARIS-HAMELIN A., MUSSET L., DE BRUYNE M., HEUSSE E.,
FUSTEC-IBARBOURE S.
« Un nouveau sérodiagnostic de la syphilis par immuno-empreinte : un
candidat idéal pour remplacer le test de Nelson et Mayer ».
Ann. Biol. Clin., 1998, (56), 3, 355-358.
- 71- PILLY E.
Maladies infectieuses par l'association des professeurs de pathologie
infectieuse et tropicale
Ed : APPIT, 1996.
- 72- POWELL M.L.
La trépanomatose avant 1492 dans le sud des Etats Unis d'Amérique.
L'origine de la syphilis avant ou après 1493 ? .
Ed : Errance, 1993.
- 73- PRUD'HOMME M.C.
« Histoire de la syphilis et son évolution dans la société Française sur le
plan médical et social ».
Thèse de Médecine, Université de Nancy, 1984, 113.
- 74- QUETEL C.
Le mal de Naples : histoire de la syphilis.
Ed : Seghers, Paris, 1986.
- 75- REGNIER C.
Christophe Colomb disculpé.
Le panorama du médecin. 1998, 4318, 14.
- 76- RUBIN M.
Les maladies sexuellement transmissibles.
Ed : Albin Michel, 1993.

- 77- RUILIERE R.
Abrégé d'histoire de la médecine.
Ed : Masson, 1981.
- 78- SAURAT J.H., GROSSHAHS E., LAUGIER P., LA CHAPELLE J.M.
Dermatologie et vénérologie.
Ed : Masson, 2ème Ed, 1986.
- 79- SHELLING J.L. (traduction et adaptation)
Traitement médicamenteux des MST.
The medical letter, 1996, (16), 4, 21-22.
- 80- SCHILLIGER P.
Examens obligatoires prénuptial, pré et post-natal.
Prescrire. 1992, (12), 117, 201.
- 81- SCHOFIELD C.B.S.
Les maladies sexuellement transmissibles.
Ed. Medsi, 1980.
- 82- SOURNIA J.C.
Histoire de la médecine.
Ed : la Découverte, 1992.
- 83- La syphilis récente.
Ed : Théraplix, Paris, 1968.
- 84- TOURAIN R., REVUZ J.
Dermatologie clinique et vénérologie.
Ed : Masson, 4ème Ed., 1997

- 85- TRAN-KY , CARTON S.
Petite encyclopédie du préservatif.
Ed : Sauramps médical, 1996.
- 86- TURGEON F., TURGEON P.L.
Les tréponématoses vénériennes. Les maladies sexuellement transmissibles.
Ed : Les presses de l'université de Montréal, 1994.
- 87- VARGUES R., PINON G.
La nouvelle bactériologie médicale des régions développées.
Ed : Ellipses, 1982.
- 88- VINCENT J.D.
Casanova, la contagion du plaisir.
Ed : Odile Jacob, 1990.
- 89- DE VORE P.
Dictionnaire français, 1850.
- 90- WHITE T.S., LODA F.A., INGRAM L.D., PEARSON A.
Maladies sexuellement transmissibles au cours des abus sexuels chez l'enfant.
Référence en bactériologie, 1984, 1, 7.
- 91- YOUNG H.
Pathologie infectieuse. « Les tests sérologiques au cours de la syphilis chez les patients VIH séropositifs ».
Ed : Pharmuka, Département antibiothérapie, 1992

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	p 4
<u>Ière PARTIE : LES ORIGINES DE LA SYPHILIS</u>	p 5
I-Origine du mot syphilis	p 6
II-Les différentes théories sur l'origine de la syphilis maladie	p 8
1-La théorie archéologique	p 8
2-La théorie colombienne	p 9
3-La théorie Italienne : le mal de Naples	p 14
4-Les autres théories	p 17
4-1-La théorie du lama	p 17
4-2-La théorie du pian	p 17
4-3-La théorie astrologique	p 18
4-4-La théorie anthropophage	p 18
4-5-La théorie uniciste	p 19
5-Conclusion	p 21
<u>II^{ème} PARTIE : ASPECTS BACTERIOLOGIQUES,</u> <u>CLINIQUES ET DIAGNOSTIC</u>	p 22
I-Aspect bactériologique	p 23
1-Agent causal	p 23
2-Morphologie et mobilité	p 24
3-Structure antigénique	p 25
4-Métabolisme et culture	p 26
II-Aspects cliniques	p 27
1-Mode de contamination	p 27

2-Les différents stades de la syphilis	p 28
2-1-La syphilis récente	p 28
a) La syphilis primaire	p 28
b) La syphilis secondaire	p 30
2-2-La syphilis latente	p 35
2-3-La syphilis tertiaire	p 36
2-4-La syphilis congénitale	p 39
III-Diagnostic	p 41
1-Diagnostic bactériologique direct	p 41
1-1-Examen direct au microscope à fond noir	p 41
1-2-Coloration des frottis	p 42
2-Diagnostic indirect sérologique	p 43
3-Nouvelles approches diagnostiques	p 48
3-1-Application de la PCR au diagnostic direct de la syphilis	p 48
3-2-Sérologie de la syphilis avec antigènes recombinants .	p 48
3-3-Western Blot	p 49
4-Cinétique des anticorps.....	p 50
4-1-Evolution des anticorps au cours de la syphilis non traitée	p 50
4-2-Evolution des anticorps après traitement de la syphilis	p 50
4-3-Cas particuliers	p 51
5-Interprétation des résultats des réactions de dépistage	p 51
6-Les réactions de dépistage de la syphilis réalisées chez les patients séropositifs au virus du SIDA	p 53
7-Sérologie syphilitique positive chez une femme enceinte	p 54

IIIème PARTIE : ASPECTS SOCIAUX ET THERAPEUTIQUE AU

<u>COURS DES SIECLES</u>	p 57
I-Moyen-Age : fin du XVème siècle	p 58
1-L'épidémie Européenne	p 58
2-Joseph Grunpeck, un témoin « privilégié »	p 60
3-Les premiers conseils	p 61
4-Les premières mesures	p 62
II- XVIème siècle: la grosse vérole	p 64
1-Les nouveaux traités médicaux (1502-1514)	p 64
2-Les aventures du chevalier Ulrich von Hutten	p 65
3-La thérapeutique mercurielle	p 67
4-Le Gaïac : « le saint bois »	p 71
5-Le mercure contre le Gaïac	p 74
6-L'organisation de la lutte	p 75
7-François 1er et la vérole	p 77
III-Le XVIIème siècle	p 78
1-La maladie de la honte	p 78
2-Le traitement de la vérole	p 79
3-Les mesures prophylactiques	p 81
IV-Le XVIIIème siècle	p 81
1-La réflexion théorique	p 81
2-Les traitements	p 83
2-1-Le mercure	p 83
2-2-Empiriques et charlatans	p 85
3-Libertinage et vérole	p 87
3-1-Les libertins, les prostituées : facteurs de propagation ..	p 87

3-2-Jacques Casanova : la contagion du plaisir	p 90
4-De la maison force à l'hôpital	p 91
V-Le XIXème siècle	p 93
1-L'évolution médicale	p 93
1-1-Les médecins	p 93
1-2-Les thérapeutiques	p 96
1-3-Mémoires de l'hôpital Saint Louis.....	p 101
2-Prophylaxie et prostitution	p 106
2-1-L'utilisation du préservatif	p 106
2-2-Contrôles des prostituées	p 107
2-3-Prostituées et syphilis à Limoges	p 108
3-La syphilis et l'art	p 109
3-1-La syphilis et les écrivains français	p 109
3-2-Les peintres et la syphilis	p 111
VI-Le XXème siècle	p 113
1-De 1900 à 1943	p 113
1-1-Les découvertes et progrès médicaux	p 113
1-2-La thérapeutique	p 115
1-3-La prophylaxie sociale de la syphilis	p 121
1-4-L'inflation statistique	p 125
1-5-Histoire d'une syphilis non soignée à la belle époque .	p 126
2-De 1943 à nos jours	p 128
2-1-Le dieu pénicilline	p 128
2-2-Evolution de l'épidémiologie	p 129
2-3-Le traitement actuel de la syphilis	p 133
a) Les principes généraux.....	p 133
b) La stratégie thérapeutique	p 135
2-4-La prévention actuelle	p 139

2-5-Syphilis et SIDA : les deux compères	p 143
a) Les interactions épidémiologiques	p 143
b) L'expression clinique de la syphilis au cours de l'infection par le VIH	p 145
c) Approche cinématographique	p 146
d) Le mal ramené du nouveau monde en 1493 était-il le SIDA ?	p 147
CONCLUSION	p 148
BIBLIOGRAPHIE	p 150

BON A IMPRIMER N° 326

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME :

La syphilis a été la maladie sexuellement transmissible la plus grave jusqu'à l'apparition du SIDA.

Dans cette étude, nous développerons les diverses origines possibles de cette maladie infectieuse et les nombreuses théories émises au cours des siècles.

Après avoir décrit les caractéristiques bactériologiques du *Treponema pallidum*, nous aborderons l'évolution clinique de la syphilis, sa symptomatologie et les différents tests diagnostiques actuellement utilisés.

Enfin, nous terminerons ce travail par l'étude des aspects sociaux et thérapeutiques depuis la fin du XV^e siècle jusqu'à nos jours en montrant que cette maladie fut redoutée de tous et que son seul nom semait la terreur ; elle fut source de discrimination, châtement, honte et péché de chair. Une multitude de remèdes furent développés (mercure, gaïac, iodure de potassium, arsenic, bismuth) mais sans succès jusqu'à la découverte de la pénicilline qui tua le mal à partir des années 1940.

De nos jours, la syphilis est une simple maladie sexuellement transmissible dont on ne parle plus, mais depuis l'apparition du SIDA, on constate une évolution symptomatologique et diagnostique.

MOTS CLES :

- Syphilis.
 - Vérole.
 - Mercure.
 - Pénicilline.
 - Prophylaxie.
-

JURY : Président : Madame BOSGIRAUD Claudine, Professeur.
Juges : Monsieur BONNETBLANC Jean-Marie, Professeur.
Madame FAURE Monique, Maître de Conférences.
Madame RATZIMBAZAFY Voahirana, Pharmacien.
