

Les piqûres sont ensuite recouvertes d'un morceau de diachylon. Le lendemain, on voyait encore une petite rougeur presque imperceptible à l'endroit des piqûres; le surlendemain, toute trace avait disparu. A partir de ce moment, l'enfant, observé tous les jours, ne présente absolument rien jusqu'au 4 février.

Le 4 février, apparaît une papule très-petite, sans élévation à la peau, d'une couleur rougeâtre.

Le 5, trois pustules, grosses chacune comme une tête d'épingle, s'élèvent à l'endroit des trois piqûres; autour d'elles il n'y a pas d'inflammation.

Le 7, les pustules se rompent et forment trois ulcères, dont l'inférieur et l'externe ne sont guère que deux points entourés d'une aréole rouge; l'interne, un peu plus grande, offre un diamètre de 21 millimètres.

Le 8, les deux pustules internes semblent s'être agrandies.

Le 10, l'externe s'est élargie d'une manière évidente; elle devient la plus grande à partir de ce moment; une aréole inflammatoire de 1 à 2 millimètres entoure alors les ulcérations.

Le 16, les ganglions de l'aisselle, imperceptibles jusqu'alors, semblent se prendre; on sent, à la partie postérieure du creux axillaire, presque sur le tendon coraco-brachial, deux ganglions engorgés, dont le volume peut être comparé à celui d'un gros haricot.

Le 18, les deux ulcérations internes semblent tendre vers la réparation, ou sont tout au moins indolentes comparativement à l'externe.

Le 20, l'induration de cette dernière a augmenté beaucoup.

Le 23, les ganglions augmentent, en même temps que les trois ulcérations semblent vouloir se réunir.

Le 24 mars, les ulcérations, recouvertes de croûtes sèches, ont paru cesser de faire des progrès. Les ganglions de l'aisselle sont plus volumineux. Quelques papules discrètes apparaissent sur le col et la poitrine.

Le 30, une abondante éruption d'érythème papuleux occupe le tronc et les membres. Cette éruption s'est faite sans prodromes et sans complications. Le malade n'a subi aucun traitement.

Le 2 mai, traitement par le protoiodure de mercure; fin juin, guérison complète.

OBSERVATION II. *Deuxième inoculation de Waller* (1850). — F..., jeune garçon de quinze ans, avait été rachitique dans son enfance, et portait depuis sept ans un *lupus exfoliatus* à la joue droite et au-dessous du menton. Cet enfant n'a jamais eu de syphilis, et, comme tel, il était propre à l'inoculation, qui fut entreprise le 27 juillet 1850, à la cuisse gauche. Pour cette expérience, je pris le sang d'une femme chez laquelle la syphilis secondaire s'était développée sous mes yeux.

L'inoculation fut faite le 27 juillet 1850, de la manière suivante. La peau de la malade fut scarifiée avec un scalpel neuf, et, à l'aide d'une ventouse, on lui soutira de 3 à 4 drachmes de sang. Malgré la rapidité avec laquelle se fit cette dernière opération, le sang était déjà en grande partie coagulé, avant qu'on l'eût transporté de la chambre de la malade dans celle où devait se faire l'inoculation. Les plaies des scarifications, faites sur l'enfant comme dans l'expérience précédente, furent exactement nettoyées et débarrassées des caillots sanguins par le lavage avec un tampon trempé dans l'eau chaude; puis le sang à inoculer fut introduit dans ces plaies, en partie à l'aide d'une baguette de bois, en partie au moyen de charpie imbibée de ce liquide, puis appliquée et fixée sur la partie scarifiée. Il ne survint ni inflammation ni suppuration; au bout de trois jours les plaies étaient complètement fermées. Le malade allait toujours bien.

Le 31 août, trente-quatre jours après l'inoculation, je remarquai à la cuisse gauche, là où l'inoculation avait été faite, deux *tubercules distincts*, ayant la largeur d'un pois, d'une teinte rougeâtre pâle, secs à leur surface, sans démangeaison ni douleur. Les jours suivants, ils s'agrandirent, se réunirent par leur base, se couvrirent d'écaillés, et une aréole d'un rouge obscur les entourait tous deux.

La base des tubercules, c'est-à-dire la peau sous-jacente et la trame cellulaire sous-cutanée, devint ferme, résistante (indurée), et, à la surface des tubercules, une ulcération se forma, qui donna lieu à la production d'une croûte mince et brune. C'est de cette façon que se développa, vers le 13 septembre, un ulcère dont la base avait les dimensions d'un œuf de pigeon; une aréole rouge, cuivrée, en entourait les bords, et il était recouvert par la croûte en question. Cette croûte étant enlevée, le fond de l'ulcération devint visible; il était foncé, en infundibulum, lardacé et saignait facilement sur les bords. Depuis quelques jours, il s'était aussi formé à l'épaule droite un tubercule isolé, gros comme un pois, rougeâtre et recouvert de rares écaillés, sans que le malade pût préciser le jour de la première apparition de cet accident. La santé générale se maintient.

Le 26 septembre et les deux jours suivants, F... se plaint d'inappétence et d'insomnie. Le 1^{er} octobre, soixante-cinq jours après l'inoculation et trente-deux jours après l'apparition des premiers tubercules, il survint un exanthème à la peau du bas-ventre, du dos, de la poitrine et des cuisses, exanthème que nous reconnûmes être une roséole syphilitique des mieux caractérisées. C'étaient des taches exactement semblables à celles décrites dans une première expérience; seulement, dans certains points, elles étaient un peu plus élevées.

L'ulcération de la cuisse avait acquis la largeur d'un thaler, tout en conservant son aspect infundibuliforme, son fond lardacé et son aspect cuivré. Dans les jours subséquents, l'éruption des taches devint tellement abondante, que le corps entier, sans en excepter le visage, en fut semé et paraissait comme tigré. Il n'y avait d'ailleurs ni démangeaison, ni douleur, ni symptômes de catarrhe ou de fièvre.

Ces deux faits, par la simplicité, la régularité et la ressemblance des phénomènes, ne peuvent laisser aucun doute dans l'esprit sur la possibilité de la contagion des accidents secondaires. La plupart des faits de ce genre qui ont été cités furent suivis de résultats positifs; il n'y a que peu d'exemples d'inoculations négatives. On ne devrait pas en conclure cependant que toujours les accidents secondaires sont facilement transmissibles. Les médecins qui se sont livrés à ces expériences, voulant seulement prouver la contagion possible et non pas la fréquence de la contagion, n'ont fait connaître que les cas où ils ont réussi.

Toutes ces inoculations n'ont pas été pratiquées dans les mêmes circonstances, et il y a des différences à noter au point de vue du sujet inoculé, de la matière qui a servi à l'inoculation, et du procédé que l'on a employé.

1^o Presque tous les sujets étaient vierges de syphilis; quelques-uns seulement étaient en puissance de diathèse. Cette première remarque a une importance capitale, car les inoculations sur un sujet vierge ont seules de la valeur. Les expériences pratiquées sur des sujets syphilitiques ont presque toujours un résultat négatif; mais, en admettant même cette contagion possible, réelle, comment la prouver? On ne saura jamais à quoi attribuer les accidents survenus, s'ils sont dus à la première infection, ou bien s'ils doivent avoir pour cause l'inoculation. Cette difficulté d'apprécier la nature des symptômes observés se retrouve dans la première expérience de Wallace et dans la seconde de Bouley.

2^o La matière inoculée a été un produit de sécrétion des plaques muqueuses, le pus de pustules d'ecthyma, et dans quelques cas de la sérosité mêlée à du sang. On ne saurait adresser à l'inoculation du pus

des pustules d'ecthyma disséminées sur le corps les objections qui ont été faites à l'inoculation des produits de sécrétion des tubercules plats : il n'y a pas là à invoquer de transformation *in situ* de chancres à la période de réparation. Les inoculations de sang syphilitique sont encore aujourd'hui contestées par quelques auteurs : cependant l'expérience de Waller que nous venons de citer, et celles faites par Gibert, semblent prouver cette possibilité d'inoculation. Nous apporterons encore à l'appui de cette opinion les faits relatés dans le mémoire de Viennois sur l'inoculation de la syphilis par la vaccination. Ce ne serait pas, selon ce médecin, le virus vaccin, mais le sang qui servirait dans ce cas de véhicule au virus syphilitique ; et si la lancette n'était jamais chargée de sang dans la vaccination, le danger d'inoculation syphilitique serait nul. Quoi qu'il en soit, la possibilité de la contagion du pus syphilitique secondaire ne peut aujourd'hui soulever aucun doute ; mais il nous faudrait encore de nouveaux faits pour admettre d'une façon certaine la propriété virulente du sang d'un syphilitique ; il est à désirer toutefois que de si tristes expériences sur l'homme sain ne se renouvellent pas.

3° Les procédés employés ont été de deux ordres ; dans certains cas, on a fait simplement des scarifications ou une piqûre avec une lancette, comme dans la vaccination ; dans d'autres cas, on a enlevé d'abord par un vésicatoire l'épiderme du point qui devait être inoculé ; ensuite on a appliqué et maintenu pendant plusieurs heures, et même pendant plusieurs jours, sur le derme ainsi dénudé de la charpie imprégnée de matière virulente. Malgré ces conditions, différentes au point de vue de la matière inoculée, et du procédé employé pour l'inoculation, les résultats présentent une grande similitude : une incubation longue qui a varié de douze à quarante-deux jours (1) et des symptômes constitutionnels toujours précédés par un accident local. Ce dernier phénomène est constant dans toutes les observations, et les auteurs varient peu sur sa description. On peut voir que toujours cet accident a débuté par un point plus ou moins étendu, rouge, papuleux ou tuberculeux, recouvert d'une croûte qui, en disparaissant, donnait lieu à une ulcération plus ou moins taillée à l'évidoir : cet ulcère était presque toujours induré. Il s'accompagnait de l'engorge-

(1) Tableau d'incubation de l'accident produit par la contagion de la syphilis secondaire. D'un côté sont les noms des expérimentateurs, de l'autre le nombre de jours écoulés depuis l'inoculation dans les différentes expériences.

Wallace.....	12 jours.	Wallace.....	26 jours.
Anonyme du Palatinat (10) ..	15 à 42	Wallace.....	28
Bouley.....	17	Guyenot.....	28
Gibert.....	17	Rinecker.....	28
Gibert.....	18	Waller.....	29
Bazin.....	21	Waller.....	30
Rinecker.....	23	Wallace.....	30
Wallace.....	25	Waller.....	34
Gibert.....	25	Vidal.....	35

ment indolent des ganglions lymphatiques voisins. Ces caractères constants d'ulcération, d'induration et d'adénopathie ont fait admettre dans ces derniers temps, par Rollet, que le produit de la contagion secondaire était un chancre. C'est une opinion que nous acceptons facilement : tout se passe comme dans le cas d'inoculation du chancre infectant, inoculation qui a été pratiquée une seule fois sur un sujet vierge de syphilis. Dans cette observation, qui est due à Rollet, l'incubation a été de dix-huit jours ; il y a eu aussi développement d'une papule qui s'est ulcérée : cette ulcération a envahi d'abord le centre, puis la totalité de la papule. Ce chancre a ensuite été inoculé sans résultat au malade lui-même, ainsi qu'à d'autres sujets syphilitiques.

Le chancre infectant, produit par la contagion secondaire, est donc le même que celui qui est le résultat de l'inoculation d'un chancre infectant primitif, et si l'aspect a paru quelquefois différent dans les expériences pratiquées, cela tient à ce qu'il siégeait dans des régions où il est insolite de l'observer.

Nous n'avons rien dit des inoculations négatives de Cullerier, Rattier et Sarhoss : voulant seulement prouver que la contagion de la syphilis constitutionnelle était possible, et non qu'elle était forcée, nous n'avons pas à enregistrer tous les succès des expérimentateurs.

Les faits cliniques que l'on a cités pour démontrer la contagion des accidents secondaires sont très-nombreux, mais tous ne sont pas probants. Les observations de ce genre, en effet, sont très-difficiles à recueillir ; car les syphilitiques sont, comme on l'a répété souvent, très-disposés à tromper les médecins, quand ils ne se trompent pas eux-mêmes. En outre, il faut pouvoir réunir les malades à un moment donné et se trouver dans des conditions d'observation tout à fait spéciales. Ces raisons et bien d'autres encore sont cause de la dissidence qui a longtemps régné parmi les auteurs sur cette question. Cependant, depuis que l'attention des médecins a été dirigée de ce côté, de nouvelles observations ont été recueillies, et l'on possède aujourd'hui des faits qui ne sont plus passibles des objections adressées aux observations antérieurement publiées.

Après avoir cité des expériences absolument convaincantes sur la contagion des accidents secondaires, ce serait trop allonger ce paragraphe que de rapporter les faits cliniques qui n'apportent pas avec eux une certitude aussi grande. Nous nous bornerons donc à renvoyer le lecteur au mémoire déjà cité de Rollet (*Archives de médecine*, 1859, observ. XVII, XX), et à la thèse de Fournier (*Sur la contagion syphilitique*, p. 77), où il trouvera de remarquables faits de ce genre.

2° Syphilis double.

Peut-on avoir plusieurs fois la vérole ? existe-t-il des exemples de ce qu'on est convenu d'appeler des *syphilis doubles* ?

Si l'on admet, comme cela paraît démontré aujourd'hui, que l'inocula-

tion du pus syphilitique sur un sujet infecté est généralement négative, la question que nous allons examiner offre un grand intérêt pathologique. L'existence incontestable d'un seul cas de syphilis double permet de croire à la possibilité de la guérison de cette maladie.

Quelques auteurs ont considéré comme une seconde vérole l'apparition d'un accident vénérien quelconque (chancre simple ou blennorrhagie), quand déjà il y avait eu une première manifestation syphilitique. Mais la question ainsi comprise ne mériterait pas examen, et quand on est venu affirmer, contre Ricord, l'existence des véroles doubles, c'est qu'on avait observé des faits autrement probants.

Pour admettre un fait dans la classe des véroles doubles, il faut que deux fois, à un intervalle donné, on puisse observer le chancre induré suivi ou non des accidents constitutionnels précoces. Cependant, quoique réduite à ces termes, l'existence de la syphilis géminée ne nous paraît pas contestable, et nous croyons en avoir publié un fait des plus probants. Ce fait, qui ne fut pas accueilli par Ricord avec la convenance que j'avais lieu d'attendre d'un esprit aussi distingué, est aujourd'hui entouré d'autres cas analogues, et, chose assez piquante, parmi ces cas on en trouve un sorti du service de Ricord même. Quand on examine l'ensemble de ces faits, on en voit de deux sortes : dans les uns, le premier accident a été un chancre induré ; dans les autres, des symptômes cutanés de la syphilis constitutionnelle se sont aussi manifestés. Mais un chancre induré avec son adénopathie est bien déjà la syphilis constitutionnelle. Je vais résumer ici trois faits de ce genre : le premier a été recueilli par moi ; le second, par Rodet, qui en a rassemblé quatre exemples très-concluants ; enfin le troisième a été publié par Delestre et observé dans le service de Ricord.

I. — Deberge, trente-quatre ans, entré à l'hôpital du Midi (service de Vidal, remplacé par Follin), salle 10, n° 7, le 14 octobre 1853. Il est affecté d'un vaste chancre induré, siégeant sur la portion dorsale de la face cutanée du prépuce. Ce chancre, qui est en voie de réparation, a été contracté il y a deux mois ; le malade présente, en outre, une adénopathie inguinale, l'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs, enfin une roséole.

Comme antécédents, il accuse, en 1840 et en 1844, deux écoulements ; en outre, il est entré à l'hôpital du Midi en 1850 (service de Puche), pour un chancre. L'observation de Puche constate que ce chancre était induré et qu'il s'accompagnait d'adénopathie ; il était situé sur la muqueuse préputiale, dans un point correspondant à celui qu'occupe le chancre actuel. Seulement celui-ci est cutané, tandis que l'autre occupait la muqueuse. En 1850, le malade fut immédiatement soumis à un traitement mercuriel, et l'on n'observa pas d'autres symptômes syphilitiques. (*Gazette hebdomadaire*, 1854, t. I, p. 213.)

II. — Un homme, âgé de quarante-huit ans, contracta, fin octobre 1849, un chancre induré du sillon balano-préputial. Trois mois après, il eut : tubercules plats à l'anus, au menton, sur les lèvres, à la gorge ; syphilide papulo-squammeuse générale ; engorgement des ganglions cervicaux postérieurs ; croûtes du cuir chevelu ; alopecie. Traité de ces symptômes à l'Antiquaille, il en sortit après avoir pris du mercure pendant sept semaines.

Il y revint le 10 janvier 1854, pour une éruption exanthématique (roséole syphilitique) et quelques douleurs rhumatoïdes. Il raconta qu'il avait pris en septembre 1853 un chancre du sillon balano-préputial, venu douze jours après le coït. Quelques jours plus tard, il en remarqua un autre plus petit, qui disparut en peu de temps sans laisser de trace ; l'autre, au contraire, s'agrandit ; sa base devint large et offrit une dureté qui persista après sa cicatrisation obtenue en deux mois et demi. (Pas de traitement général.) Au bout de deux ou trois semaines, la roséole parut. Entré à l'Antiquaille, on trouva dans le sillon balano-préputial la trace évidente d'un chancre induré. Les ganglions des aines ne présentaient rien de bien anomal ; un seul de chaque côté est un peu plus développé que dans l'état ordinaire. La roséole a déjà diminué ; il y a un petit tubercule plat à la commissure labiale droite.

Jusqu'au 10 février, les douleurs errent du coude au sinciput, puis aux mollets. Des tubercules muqueux apparaissent à la langue et sur les lèvres. L'induration du sillon balano-préputial est dissipée entièrement. Alopecie très-légère, douteuse.

Ce n'est qu'alors (23 février) qu'on commença un traitement mercuriel.

Les symptômes s'amendèrent assez rapidement ; le malade sortit le 5 mai. (*Gazette médicale de Lyon*, 1857, p. 212.)

III. — Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans qui, en 1838, entra au Midi avec un chancre cicatrisé, dont l'induration subsistait encore : le malade avait en outre une roséole. Ce diagnostic, porté par Ricord, fut retrouvé sur le registre de l'hôpital, où il y avait : *chancres, syphilis ; traitement par le protoiodure.*

Au mois de juin 1859, rapport suspect. Trois semaines après, apparition d'un chancre sur le fourreau de la verge ; puis, deux ou trois jours après, de deux autres chancres ; l'un encore sur le fourreau, l'autre sur l'ancienne cicatrice, dans le sillon balano-préputial. Ces deux derniers étaient des types de *chancres indurés*. Adénopathie bi-inguinale indolente ; adénopathie cervicale postérieure ; on n'ordonne pas de traitement général. Deux mois après l'apparition des chancres, on observe une roséole, des croûtes dans les cheveux et des plaques muqueuses sur la luette. A ce moment, on administre le protoiodure, qui fait disparaître tous les accidents. (*Gazette hebdom.*, 1860, p. 56.)

§ V. — Diagnostic et pronostic de la syphilis.

Il faudrait passer en revue presque toutes les affections chirurgicales pour faire avec quelque profit le diagnostic général de la syphilis. J'ai déjà très-souvent indiqué, en parlant des syphilides et des autres lésions syphilitiques, les affections qui ont quelques rapports avec elles, et c'est en se pénétrant bien du caractère de ces lésions et des autres signes concomitants et antécédents, qu'on arrive au diagnostic de la nature du mal. Ce diagnostic, en général facile dans les premiers temps de la syphilis, devient de plus en plus difficile à mesure que les manifestations syphilitiques sont plus discrètes, car souvent une manifestation, très-minime en apparence, doit servir seule à porter un jugement. Quelles que soient les formes anatomiques des lésions, on se guide encore sur leur siège, sur la nature et l'époque des douleurs qu'elles font ressentir, etc.

C'est la lèpre tuberculeuse qui, dans son expression cutanée, a souvent la plus grande ressemblance avec certaines formes de syphilis tardive, ce qui explique les hypothèses un peu confuses de Simon, qui regarde la syphilis comme la fille et de nouveau la mère de la lèpre.

Il existe dans l'espèce chevaline une affection désignée sous le nom de *maladie du côit*, qui a, avec la syphilis humaine, des analogies frappantes (1).

(1) Cette affection, sur la nature de laquelle les vétérinaires sont loin d'être d'accord, paraît avoir été observée pour la première fois vers la fin du siècle dernier, en Prusse et en Russie, d'où elle a paru s'étendre vers notre pays. Dans ces derniers temps, elle a frappé le midi de la France et le nord de l'Afrique; l'Italie et l'Espagne paraissent, jusqu'à ce jour, avoir été seules épargnées. Elle a été décrite sous un grand nombre de titres, et cette multiplicité de dénominations nous fait voir tout de suite l'ignorance où nous sommes de la nature de cette affection. Elle a été successivement appelée : *maladie vénérienne, typhus vénérien, syphilis, épizootie chancreuse, morve de l'appareil de la génération, paralysie ou paraplégie épizootique, maladie du côit*.

Cette maladie a donné lieu à beaucoup de travaux que je ne peux pas citer ici, mais je renvoie ceux de mes lecteurs que ce sujet intéresse à une *Revue critique* publiée dans les *Archives de médecine* en 1859.

La *maladie du côit* se présente sous deux formes : l'une est caractérisée par des accidents toujours locaux; l'autre, débutant par des accidents locaux, envahit plus tard tout l'organisme, et se manifeste par une éruption cutanée, des accidents du côté de certaines muqueuses, des paraplégies.

Ces deux variétés ont été différemment interprétées, et nous retrouvons dans les opinions qu'on a émises sur leur nature, les explications auxquelles les diverses espèces de chancres ont donné lieu. Pour Hertwig, il n'y aurait qu'une seule affection; mais elle serait plus ou moins grave. N'est-ce pas là la question du terrain dans lequel le virus est semé? Rodloff admet deux états morbides différents, et, sans encourir le reproche de vouloir trouver des analogies forcées, on peut rapprocher son opinion de la doctrine de la dualité chancreuse. Mais ce qui contribue encore à semer de confusion et d'incertitudes une question déjà si difficile, c'est la différence du langage que parlent les médecins et les vétérinaires.

Quoi qu'il en soit de ces analogies, nous admettons l'opinion professée par Rodloff, qui nous paraît la plus vraie, et nous distinguerons l'*exanthème cœtal*, affection locale, bénigne, de la *maladie du côit*, maladie générale, grave.

L'exanthème cœtal est caractérisé par un œdème plus ou moins étendu; la partie œdématisée se recouvre de phlyctènes, les bulles se rompent, et l'on peut observer des ulcérations plus ou moins larges. Ces accidents se présentent sur la verge des étalons et les grandes lèvres des juments.

La maladie du côit débute par un œdème dur des parties génitales; l'ulcération est rare, il y a quelquefois simple érosion; plus tard, on observe des cicatrices blanches assez dures. Au bout de quelques semaines, on perçoit des saillies cutanées qui ont été comparées aux syphilides. Ces duretés sont dans l'épaisseur du derme et ne se présentent pas sous la forme d'abcès multiples, caractères qui les distinguent des tumeurs sous-dermiques du farcin. A cette éruption succèdent une prostration générale, un abattement très-prononcé, et une paraplégie progressive du train postérieur.

Nous ne pouvons pas insister sur tous les caractères qui rapprochent la *maladie du côit* de la syphilis, mais nous devons dire que, dans des expériences faites à Tarbes, le pus sécrété par les accidents génitaux a donné une inoculation positive sur quatre cas. On frictionnait la verge des étalons avec de la matière purulente, ou bien on en enduisait le vagin des juments.

Le caractère le plus saisissant de cette maladie singulière, c'est qu'elle naît par contagion, mais cette contagion n'est pas forcée.

Le diagnostic de la syphilis est très-souvent obscurci par les détails que donnent certains malades atteints de *syphilophobie* ou de *mercuriophobie*.

Nous ne possédons pas les éléments d'une étude sérieuse sur le pronostic de la syphilis. Michaelis a indiqué dans son ouvrage une statistique de la mortalité dans la syphilis secondaire d'après des tables de la mortalité faites à Londres en 1846, 1847 et 1848. Mais ces tableaux sont tout à fait insuffisants pour donner une idée, même très-restreinte, de la question, et l'auteur a raison de nous les livrer *sans commentaires*.

§ VI. — Traitement de la syphilis.

I. — PROPHYLAXIE.

Un mémoire, publié en 1771 sur l'organisation des prostituées, et où l'on indiquait la nécessité de les enregistrer et de surveiller leur état sanitaire, fut considéré, dit Parent-Duchâtelet, comme le rêve d'un homme de bien par la commission chargée de l'examiner; mais déjà, avant cette époque, quelques tentatives avaient été faites pour prévenir les maladies vénériennes. Nous ne dirons rien des anciens; s'ils ont établi quelques règlements sur les maisons de débauche, ces prescriptions portaient principalement sur la police des lupanars et le luxe des courtisanes. L'édit de la reine Jeanne, dont on trouve le texte provençal et la traduction dans Astruc, fut une des premières mesures véritablement prophylactiques de la syphilis.

Au xv^e siècle, l'étude plus complète des maladies vénériennes, l'espèce de panique qui s'empara des esprits à propos de la fameuse et si obscure épidémie de cette époque, rendirent les précautions plus nécessaires. Mais les moyens rigoureux qu'on employait, l'espèce de honte dont on stigmatisait les vérolés, firent qu'on obtint un résultat contraire à celui qu'on désirait. Pour ne pas s'exposer à divers châtements, et en particulier au fouet, les malades cachèrent leurs maux sans les guérir, et la rigueur des règlements augmenta ainsi les causes de la contagion et la fréquence de la syphilis. Aujourd'hui, sans être parfaite, l'hygiène publique a fait de ce côté des progrès importants. Parmi les auteurs qui ont vivement contribué à ces précieuses réformes, on doit citer : Parent-Duchâtelet, Ricord, Vlemminckx, Ratier, Venot, Acton, Sperino, Diday, Rodet, Davila, Lagneau fils, etc. L'hygiène publique de la syphilis a deux écueils importants à éviter : elle ne doit pas être indifférente à la santé publique, ni la compromettre; mais elle a aussi à sauvegarder la liberté individuelle, et ne doit pas imposer des prescriptions dont l'exécution serait ridicule ou aurait le tort plus grand de donner une sécurité trompeuse. S'il est juste de réclamer des visites sérieuses et fréquentes dans les dispensaires, il ne faut pas en conclure

qu'il y aurait avantage à donner des notions médicales aux filles publiques, comme on désire le faire à Hambourg.

En France, la manière dont se font ces visites n'est pas la même dans les diverses villes. A Paris, les filles en maison sont vues toutes les semaines; les filles dites en carte ne sont visitées que deux fois par mois; et le spéculum n'est employé qu'une fois sur deux. A Bordeaux, les visites ont lieu tous les quinze jours, et à Marseille toutes les semaines. Insuffisantes par leur rareté, ces visites sont encore illusoire par le trop grand nombre de filles qu'on examine chaque fois et le peu de temps qu'on consacre à cet examen. De plus, les filles, étant examinées à leur arrivée, peuvent faire disparaître par une miction récente ou des injections astringentes les traces de sécrétion contagieuse dont elles sont affectées. Il faudrait donc rapprocher les visites, les faire plus complètes, et surtout garder les femmes trois ou quatre heures avant tout examen.

Nous n'entrerons pas dans le détail des réformes qu'on devrait introduire dans cette branche importante de l'hygiène publique; nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage de Parent-Duchâtelet (1), à celui de Diday et à un mémoire de Lagneau fils (2).

Ces visites médicales n'ont en vue que la transmission de la syphilis par les femmes; elles sont forcément incomplètes, et à ce propos on a conseillé les visites d'hommes. Une matrone, instruite dans les maladies vénériennes, serait attachée à chaque établissement toléré, et donnerait, après examen, une carte au postulant; la fille ne pourrait le recevoir que muni de ce sauf-conduit sanitaire, et par ces doubles visites hygiéniques l'auteur de cet ingénieux projet espère abolir la vérole sur la terre.

Diday a proposé la création d'inspecteurs généraux, avec pouvoirs illimités; mais cela ne nous paraît guère plus pratique que le moyen précédent. En résumé, nous croyons que les visites fréquentes et sérieuses des prostituées sont encore le seul moyen vraiment efficace à opposer à la propagation des maladies vénériennes et de la syphilis.

Les diverses questions que nous venons d'examiner constituent l'hygiène publique de la vérole; il nous reste à dire deux mots des précautions individuelles, c'est-à-dire de l'hygiène privée.

Les soins de propreté, les lavages, forment la base de cette hygiène; et on lit dans Parent-Duchâtelet qu'à Bruxelles, ces précautions sont converties en mesures réglementaires dans les maisons de débauche, où il est prescrit d'avoir dans chacune des chambres: 1° un flacon contenant une solution de soude caustique (une partie de lessive de soude à 35° sur 20 d'eau distillée); 2° un flacon d'huile fraîche, le tout lisiblement étiqueté.

Enfin on a même indiqué certaines substances qui auraient, dit-on, la

(1) *De la prostitution dans la ville de Paris*, 3^e édition, 1857.

(2) *Annales d'hygiène publique*, 1855, t. IV, p. 298.

faculté de neutraliser le virus syphilitique. De ce nombre est la lotion préconisée par Rodet:

Percchlorure de fer, acide chlorhydrique.	ââ 4 gram.
Eau distillée.....	32 —

Nous n'avons pas besoin d'insister davantage sur tous ces moyens prophylactiques, aucun n'est parfait: la seule vraie prophylaxie de la syphilis serait de ne pas s'y exposer, comme l'a dit spirituellement Ricord. Quant à la syphilisation préventive, qui devait éteindre la vérole dans le monde, nous en dirons quelques mots plus loin, en parlant de la *syphilisation curative*.

II. — TRAITEMENT CURATIF.

Quelques médecins ont proposé de ne pas traiter spécifiquement la syphilis, et de combattre seulement par des moyens généraux, purgatifs, bains, régime tonique, cette infection du sang par le virus syphilitique. L'histoire naturelle de l'évolution des phénomènes syphilitiques n'est pas encore assez bien faite pour qu'on soit autorisé à abandonner la syphilis à elle-même ou à lui opposer ce qu'on appelle aujourd'hui, de l'autre côté du détroit, le *simple traitement*. Nous dirons plus loin quelques mots sur ce sujet intéressant, dont l'étude fournira peut-être un jour des résultats imprévus; mais pour le moment nous pensons que les plus grandes garanties de guérison sont encore dans un traitement spécifique bien dirigé.

Nous avons dit plus haut qu'il existait deux ordres principaux d'accidents syphilitiques, les uns plus ou moins précoces, *accidents secondaires*, les autres en général tardifs, *accidents tertiaires*. Eh bien! à chaque groupe de ces accidents correspond une médication spécifique: pour les premiers, c'est le mercure, et pour les seconds l'iodure de potassium. Certes ni le mercure ni l'iodure de potassium ne peuvent guérir tous les accidents syphilitiques, mais ils en guérissent une majorité tellement grande, que leur spécificité, dans ce cas, ne peut point être mise en doute. Donc, contre le chancre induré avec son adénopathie indolente, contre les syphilides, les plaques muqueuses, l'alopécie, l'onxyxis, l'adénopathie constitutionnelle, l'iritis, on administrera le mercure, et contre le sarcocèle, les gommés, les lésions musculaires osseuses, articulaires, etc., on prescrira l'iodure de potassium. Il y a certains accidents, dits *de transition*, comme les syphilides tuberculeuses, qui exigent un traitement mixte par le mercure et l'iodure de potassium.

Mais les insuccès et quelques accidents du mercure, si souvent exagérés d'ailleurs, ont conduit certains médecins à proposer des moyens destinés à le remplacer. La plupart de ces médications exceptionnelles sont sans valeur; mais nous les ferons brièvement connaître, parce que quelques-unes d'entre elles ont eu dans ces dernières années un retentissement