

JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ STATISTIQUE DE PARIS

ROBERT SOREL

Statistiques de la prophylaxie de la syphilis en Angleterre et en France

Journal de la société statistique de Paris, tome 80 (1939), p. 4-16

http://www.numdam.org/item?id=JSFS_1939__80__4_0

© Société de statistique de Paris, 1939, tous droits réservés.

L'accès aux archives de la revue « Journal de la société statistique de Paris » (<http://publications-sfds.math.cnrs.fr/index.php/J-SFdS>) implique l'accord avec les conditions générales d'utilisation (<http://www.numdam.org/conditions>). Toute utilisation commerciale ou impression systématique est constitutive d'une infraction pénale. Toute copie ou impression de ce fichier doit contenir la présente mention de copyright.

NUMDAM

Article numérisé dans le cadre du programme
Numérisation de documents anciens mathématiques
<http://www.numdam.org/>

II

STATISTIQUES DE LA PROPHYLAXIE
DE LA
SYPHILIS EN ANGLETERRE ET EN FRANCE ⁽¹⁾

Sur la prophylaxie de la syphilis, les médecins ont leur mot à dire. Le professeur Fournier et le Dr Queyrat ont été en France les premiers à indiquer que le problème ne pouvait être résolu que par les méthodes médicales. Depuis, leurs conseils ont été suivis et de grands progrès ont été réalisés dans les méthodes employées. A côté des résultats obtenus en France, nous avons pensé qu'il serait utile de citer ceux obtenus en Angleterre; de la comparaison des chiffres obtenus dans deux pays différents, on peut tirer des conclusions plus sûres. Nous avons choisi comme terme de comparaison l'Angleterre, parce que dans ce pays il n'y a jamais eu de réglementation de la prostitution; en France, au contraire, on avait mis jusqu'ici toute sa confiance dans les agents des mœurs pour régler cette question médicale. Il y a un proverbe qui dit : « Une place pour chaque chose et chaque chose à sa place » La police pour arrêter les délinquants, et la médecine pour protéger les malades. Nous verrons si l'expérience confirme cette conception qui semble logique.

Notre ancien président, Yves Guyot, et M. le Dr Fiaux, ont publié des études sur la réglementation de la prostitution que j'ai lues dans ma jeunesse, et ayant été l'élève de Dr Bourneville, qui a appuyé dans des articles de son journal *Le Progrès médical*, les efforts de Yves Guyot, je suis étonné de voir combien peu de progrès ont été réalisés dans l'esprit public à ce sujet. L'homme est un animal conservateur qui s'attache surtout aux idées anciennes lorsqu'elles sont peu justifiées. Nous verrons si les chiffres que je rapporte justifient l'attachement à la police des mœurs (2).

I — LES FAITS

Le nombre de cas de syphilis à toutes périodes traités en Angleterre pour la première fois dans les différents centres de traitement, s'est élevé à un maximum de 42.805 en 1920 et est tombé à 22.010 en 1924; il est resté à peu près stationnaire jusqu'en 1932; alors il s'est produit une diminution, le chiffre inférieur a été atteint en 1934 avec 20.692 cas et en 1935 avec 19.335 cas.

(1) Communication faite à la Société de Statistique le 19 octobre 1938.

(2) Voir *La Revue moderne de Médecine et de Chirurgie*, avril et mai 1938.

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS EN ANGLETERRE

TABLEAU I

Nombre de cas de syphilis traités pour la première fois dans chaque centre (à l'exclusion des cas transférés de centre en centre ou de ceux qui, après avoir été rayés des listes de traitement, sont revenus pour continuer les soins).

Années	Nombre	
	Hommes	Femmes
1925	11.782	7.345
1926	12.118	7.133
1927	12.393	7.552
1928	12.051	7.090
1929	11.5 8	6.586
1930	11.957	6.916
1931	11.285	6.827
1932	11.032	6.446
1933	10.738	6.029
1934	9.615	5.838
1935	8.596	5.565

Ce tableau montre qu'il y a une diminution régulière du nombre de malades qui se présentent pour la première fois aux centres de traitement.

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS EN FRANCE

TABLEAU II

Nombre de consultations données pour les maladies vénériennes.

Années	Nombre
1920	349.857
1921	472.943
1922	781.427
1923	925.887
1924	1.029.103
1925	1.125.007
1926	1.430.331
1927	1.698.113
1928	2.081.170
1929	3.114.690
1930	3.439.884
1931	3.754.419
1932	4.910.466
1933	4.869.866
1934	5.148.062
1935	4.908.016

TABLEAU III

Progression des consultations pour la syphilis dans les services de prophylaxie.

Années	Nombre
1920	9.825
1921	14.747
1922	13.403
1923	14.702
1924	25.953
1925	76.866
1926	64.707
1927	108.602
1928	110.703
1929	103.707
1930	198.681
1931	264.045
1932	312.131
1933	364.993
1934	332.086
1935	283.580

La progression de cas indiquée dans les tableaux II et III montre que le public a fini par comprendre qu'il y a un grand intérêt pour lui à se faire soigner, même très longtemps.

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS EN ANGLETERRE

TABLEAU IV

Cas de syphilis du tableau I acquis dans l'année.

Années	Nombre		Pourcentage du tableau I		Proportion par 10.000 habit.
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
1931	6.421	2.683	56,9	39,3	2,28
1932	6.196	2.532	56,2	39,2	2,17
1933	5.949	2.141	55,4	35,5	2,01
1934	4.888	2.030	50,8	34,8	1,71
1935	4.226	1.745	49,2	31,4	1,47

Donc diminution de 30 % des cas.

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS EN FRANCE

TABLEAU V

Cas de syphilis primo-secondaire par années constatés dans l'ensemble des services antisyphilitiques.

Années	Nombre absolu	Pourcentage sur l'ensemble des consultants
1930	29.458	31,2
1931	33.686	27,4
1932	35.649	26,7
1933	34.238	22,6
1934	32.381	24,5
1935	21.883	18,9

Il y a également en France diminution des cas de syphilis primo-secondaires.

En France, on a calculé à part les personnes venues pour consulter et qui étaient indemnes. En 1935, sur 283.580 venus consulter dans les centres de traitement, 167.261 étaient indemnes de syphilis.

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS EN FRANCE

TABLEAU VI

Nombre de cas de malades indemnes qui se sont présentes aux consultations antivénéériennes.

Années	Nombre d'indemnes
1930	98.927
1931	140.108
1932	179.397
1933	214.244
1934	200.163
1935	167.261

Ces chiffres montrent que le public très soucieux de sa santé est venu consulter au moindre accident et que la propagande a porté ses fruits.

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS EN ANGLETERRE

TABLEAU VII

Cas de syphilis congénitale traités pour la première fois dans les centres.

Années	Au-dessous				Totaux
	de 1 an	De 1 à 5 ans	5 à 15 ans	15 ans et plus	
1931	339	204	974	922	2.439
1932	302	180	857	805	2.144
1933	305	157	774	780	2.016
1934	296	165	708	839	2.008
1935	251	165	671	944	2.031

La diminution des cas de syphilis congénitale qui se présentent aux centres de traitement montre un résultat favorable obtenu par l'ensemble des mesures prophylactiques.

TABLEAU VIII

Cas de paralysie générale : Décès et moyenne annuelle par million de vivants.

Années	Hommes		Femmes	
	Cas	Moyenne	Cas	Moyenne
1911	1.763	101	438	23
1914	1.831	102	434	23
1917	1.940	126	425	22
1920	1.270	71	234	12
1926	1.161	62	277	14
1931	945	49	259	12
1932	864	45	236	11
1933	771	40	239	11
1934	788	41	224	11
1935	725	37	240	11

TABLEAU VIII bis.

Tabès dorsal : Décès et moyenne annuelle par million de vivants.

Années	Hommes		Femmes	
	Cas	Moyenne	Cas	Moyenne
1911	530	30	105	6
1914	600	34	120	6
1917	641	45	116	6
1920	522	29	87	4
1926	630	34	117	6
1931	557	29	114	5
1932	634	34	144	7
1933	592	31	141	7
1934	496	26	107	5
1935	553	28	118	6

II — LES PROCÉDÉS

a) *En Angleterre.*

(Extrait des mesures de santé publique en Angleterre et en Pays de Galles pour prévenir la diffusion des maladies vénériennes, par le colonel L. W. HARRISON, *Bulletin of Hygiene*, 1933, vol. 8, n° 1.)

Les organisations actuelles de la lutte contre les maladies vénériennes en Angleterre sont basées sur les recommandations de la Commission Royale des maladies vénériennes établie en 1913 et dont le rapport final a été publié en 1916. Le principe qui sert de base est que le meilleur moyen de prévenir la diffusion des maladies vénériennes est de traiter le plus grand nombre possible des infectés et de les garder le plus longtemps possible en traitement jusqu'à la fin des accidents infectieux.

Après la publication de ce rapport, le Gouvernement local, maintenant rattaché au ministère de la Santé, se mit aussitôt à l'ouvrage. Il a rédigé des circulaires aux conseils des comités, aux commissions des hôpitaux, etc... Ces circulaires demandent à ces administrations de faire les frais : a) des examens de laboratoires des personnes suspectées de maladies vénériennes; b) des fournitures aux praticiens de doses d'arsénobenzol; c) de l'établissement de centres de traitement; d) d'instructions au public sur les dangers des maladies vénériennes. Il est spécifié que tous les renseignements obtenus des personnes traitées dans ces organisations seront tenus secrets.

Le Gouvernement s'engage à rembourser 75 % de frais engagés.

Peu après, le Gouvernement local décida de payer aux malades nécessiteux les frais de transport au centre de traitement, étant entendu qu'à moins de circonstance spéciale, les frais du transport de la résidence au centre le plus proche seuls seront remboursés.

Le Gouvernement ayant signé la Convention de Bruxelles de 1924, des recommandations spéciales ont été faites pour le traitement gratuit des marins et pour l'édification de centres spéciaux pour les hommes de mer. Les bateaux entrant dans les ports sont prévenus de ces facilités.

Une circulaire de février 1930 a indiqué les titres que doivent posséder les candidats aux postes de pathologistes et de médecins des centres contre les maladies vénériennes.

Les centres de maternité et de traitement d'enfants offrent l'occasion de découvrir des maladies vénériennes. Le traitement a été souvent appliqué sans difficultés et avec succès dans ces centres où les malades ont été persuadés par les médecins d'aller au centre spécial.

L'intention de l'Administration est que les remèdes pour les injections intra-veineuses doivent être fournis gratuitement aux médecins ayant donné la preuve évidente qu'ils ont l'expérience de ces médicaments. On demande que ces médicaments soient fournis par l'officier de la Santé publique après vérification des titres suivants des médecins :

a) Le médecin possède un certificat constatant qu'il a rempli avec satisfaction les fonctions d'assistant de clinique d'un hôpital reconnu comme ayant

la pratique suffisante pour le diagnostic et le traitement des maladies vénériennes;

b) Un certificat d'assiduité à un cours d'instruction, de diagnostic et de traitement des maladies vénériennes;

c) Ayant été dans les cinq dernières années membre permanent d'un hôpital reconnu de cinquante lits au moins;

d) Ou produisant des titres prouvant son expérience de l'administration des injections intraveineuses.

Dépenses de voyages des malades (Circulaire du ministère de la Santé publique du 9 avril 1935). — Il ne faut pas que les frais de déplacement pour se rendre à un centre empêchent l'administration d'un traitement régulier. Le ministre désire que, sur l'avis du médecin traitant, l'administration rembourse ces frais.

Nomination des médecins chargés du service des maladies vénériennes. — Il y a des médecins : a) chefs de service des centres de traitement des maladies vénériennes; et b) des médecins assistants de ces centres. Ces nominations sont faites par le Conseil qui administre directement ces centres ou par l'hôpital qui, à la demande des conseils, a organisé le centre. Nous avons déjà signalé les titres exigés des médecins.

La rémunération varie beaucoup, dépendant des arrangements locaux. En général, le médecin reçoit de 1 à 3 guinées par séance. Ceux qui donnent tout leur temps au centre, reçoivent £ 750 à £ 1.100 par an.

Conclusion. — En Angleterre, il n'y a jamais eu de réglementation de la prostitution. Aussi, quand le ministère d'Hygiène a désiré faire un effort pour diminuer les maladies vénériennes, il a étudié la question d'une façon scientifique en cherchant à appliquer le résultat de cette étude à tous, sans distinction de sexe ni d'état social. Libre de toute tradition, le ministère a pu d'emblée établir tout un système moderne de prophylaxie et il a obtenu un beau résultat. Il a fait appel aux public intéressé par des affiches et en donnant les adresses où, gratuitement, toute personne peut venir se faire soigner.

b) *En France.*

Au ministère de la Santé publique il a été créé, le Service central de prophylaxie des maladies vénériennes; il comprend trois secrétaires et un médecin chef de service. « Le rôle de celui-ci consiste avant tout à tâcher d'être animateur de la lutte, à parcourir inlassablement la France pour visiter les organisations existantes, s'entendre avec les préfets, les inspecteurs départementaux, les directeurs municipaux d'hygiène, les professeurs de dermato-syphiligraphie des Facultés et Écoles de Médecine, les médecins-chefs de dispensaires, les inspecteurs de l'assistance publique, les directeurs des hôpitaux, les médecins des hôpitaux, les médecins des maternités, les médecins et dirigeants des œuvres de protection maternelle et infantile, les dirigeants des syndicats médicaux, constater avec eux les déficiences des organisations locales et, avec eux, mettre au point les améliorations nécessaires, servir à Paris même d'agent de liaison et de coordination avec les grandes organisations, telle que la Ligue nationale française contre le péril vénérien, l'Institut prophylactique, l'Assistance publique, étudier avec la Commission de préservation des maladies véné-

riennes les modalités générales de la lutte et les directives d'ensemble à donner aux autorités locales, proposer enfin au directeur d'hygiène les mesures qu'il y a lieu de prendre. »

Les organisations départementales centralisent la direction générale, les demandes de médicaments et les statistiques concernant les différents services. En plus, on a créé des centres antivénériens dans les villes siège de Faculté de Médecine; le professeur de syphiligraphie est le chef de ces centres : il est chargé du contrôle des différents services de maladies vénériennes de plusieurs départements.

Dans ces régions, on utilise soit les dispensaires antisiphilitiques et consultations spéciales des hôpitaux, soit l'infirmerie des prisons ou des dispensaires de salubrité publique qui soignent les prostituées réglementées, soit encore les consultations aux services d'obstétrique.

Les dispensaires antisiphilitiques ont été créés dans à peu près toutes les agglomérations urbaines de 10.000 habitants et au-dessus.

L'Administration centrale s'est rendu compte que la valeur des dispensaires dépend de la valeur des médecins; aussi elle ne donne son approbation à la nomination des médecins que si ceux-ci ont fait la preuve de leur valeur de spécialiste, soit par les fonctions qu'ils ont occupées dans les services importants de syphiligraphie des Universités ou des hôpitaux de grandes villes, soit encore par concours sur épreuves ou sur titres. De cette façon, l'autorité acquise permet aux praticiens de considérer ce confrère comme un consultant. Il faut ajouter que la non-approbation de la nomination des médecins entraîne la suppression de toute subvention ministérielle. Le jury des concours comprend le professeur de dermato-syphiligraphie de la Faculté de Médecine de la région, un représentant du ministère, un représentant du Syndicat médical local.

Le dispensaire soigne tous les malades qui se présentent sans qu'ils soient obligés de faire la preuve ni de leur identité, ni de leur indigence.

Aux dispensaires est annexé un service social, le ministère veille à ce que les infirmières visiteuses aient un traitement minimum suffisant.

Le ministère accorde toujours au minimum la fourniture gratuite des médicaments spécifiques fournis par le soin du Service central.

Service de collaboration avec les médecins praticiens.

Pour des raisons diverses, beaucoup de malades ne peuvent ou répugnent à se rendre au dispensaire de leur localité ou au centre le plus proche. Aussi a-t-on pensé qu'il serait bon, après entente avec les praticiens, le plus souvent par l'intermédiaire du Syndicat, d'organiser un service au cabinet du médecin. Celui-ci a un carnet à souches, sur la feuille à détacher n'est inscrit qu'un numéro d'ordre et la demande de médicaments ou d'examen bactériologique ou sérologique. Sur la souche qui reste entre les mains du praticien pour sauvegarder le secret professionnel est inscrit le nom, le prénom, date de la contagion, traitement antérieur, etc. Un client indigent peut recevoir gratuitement les soins du médecin, etc., et les honoraires du médecin sont réglés par l'Administration et les médicaments lui étant adressés. Où le malade peut payer son médecin, celui-ci n'obtient seulement que la gratuité de la délivrance des médi-

cements. On demande au médecin de ménager les deniers publics tout en contribuant à la prophylaxie des maladies vénériennes.

Le dépistage et le traitement de l'hérédo-syphilis est organisé en collaboration avec les maternités et les services hospitaliers ou dispensaires d'enfants.

Un service spécial dans les ports permet de soigner les cas de syphilis chez les marins. Un médecin prévient tous les capitaines entrant dans un port qu'il se tient à leur disposition pour examiner ou soigner leurs marins.

Cette organisation se perfectionne sous la direction du D^r Cavaillon, chef du Service central au ministère de la Santé publique. Il a obtenu le résultat suivant :

Nombre des services antivénéériens.

Catégories de services	1930	1931	1932	1933	1934	1935
Services antisyphilitiques proprement dits.	580	591	552	688	680	650
Services ruraux	80	86	87	90	90	90
Services dans les prisons	168	203	189	199	195	180
Laboratoires.	63	69	78	93	93	90

Effort financier en France contre le péril vénérien.

Années	Ensemble des crédits en francs	Années	Ensemble des crédits en francs
1920	1.200.000	1928	16.000.000
1921	1.500.000	1929	18.000.000
1922	1.500.000	1930	21.000.000
1923	3.000.000	1931	19.920.000
1924	3.015.000	1932	24.465.000
1925	5.200.000	1933	16.228.000
1926	9.650.000	1934	11.993.000
1927	11.750.000	1935	11.530.000

Le nombre des services antivénéériens est passé de 40 en 1916 à 1.600 en 1935. Ce nombre comprend les services antisyphilitiques proprement dits, les services de dépistage et de traitement de l'hérédo-syphilis et les traitements antibleonoragiques.

Le contrôle permanent des spécialités antisyphilitiques a été rendu nécessaire à la suite de certains mauvais résultats qui avaient incité certains médecins à abandonner le traitement par l'arsénobenzol. Le ministère a obtenu que l'Académie de Médecine veuille bien se charger d'organiser un laboratoire central de contrôle. Ce laboratoire fonctionne maintenant sous la direction du D^r Camus.

En terminant cet exposé de la lutte en France, je tiens à remercier M. Rucart, ministre de la Santé publique, de m'avoir présenté dans ses services; je suis reconnaissant à notre sympathique confrère, le D^r Cavaillon, de la peine qu'il a prise de me renseigner sur tous les détails du service; je remercie aussi ses collaborateurs qui m'ont fourni les documents.

III — CONCLUSIONS.

La propagation des maladies vénériennes a continué sans changement pendant de longues années; on avait confiance pour limiter le nombre de cas dans les agents de la police des mœurs. Cette façon de procéder avait un résultat, la police chargée d'arrêter les délinquants commettait deux violations de la loi : 1^o elle exerçait illégalement la médecine; 2^o elle violait la loi garantissant la liberté individuelle en séquestrant des personnes n'ayant pas passé en jugement.

Cependant, cette expérience plusieurs fois séculaire n'a donné aucun résultat; la syphilis, la blennorragie et autres maladies vénériennes continuaient à se propager, les hôpitaux spéciaux continuaient à en être pleins, les médecins spécialistes publient des travaux basés sur une grande expérience. Malgré cela, chez nous, les agents des mœurs continuent à jouir du même prestige.

Quelques sociologues, quelques hygiénistes, quelques syphiligraphes ont mené une campagne contre cette façon d'agir. Les **premiers** esprits qui ont pensé que le proverbe : « Une place pour chaque chose, et chaque chose à sa place » avait du bon, ont préconisé cette chose simple : les malades doivent être soignés par les médecins et les voleurs arrêtés par la police.

Depuis vingt ans environ, on commence à appliquer ce principe. Les chiffres que nous rapportons rendent compte de l'activité déployée en Angleterre et en France et des résultats obtenus. Chose curieuse, les résultats heureux sont les mêmes en Angleterre pays où jamais la prostitution n'a été réglementée, et en France, pays de régime policier. C'est que la méthode scientifique appliquée pour les soins et la prophylaxie des maladies contagieuses doit donner les mêmes résultats quelles que soient les régions où elle est appliquée. La stricte application de cette méthode a fait diminuer les cas de syphilis primo-secondaire de 31,2 % en 1930 à 18,9 % en 1935 en France, et en Angleterre de 2,28 % par 10.000 habitants en 1931 à 1,47 % en 1935. Le nombre des décès par paralysie générale en Angleterre était de 1.780 en 1914 et de 723 en 1934.

Pour montrer la supériorité des méthodes scientifiques, la syphilis était bien choisie, parce que l'on connaît bien ses symptômes même tardifs, par ce que par la recherche du tréponème, on a le moyen de s'assurer du diagnostic; parce qu'enfin même s'il n'y a aucun symptôme apparent, la réaction de Wassermann dans le sang ou le liquide céphalo-rachidien permet de découvrir si l'infection est encore active. La valeur du traitement est ainsi vérifiée.

Seulement pour compter sur un résultat très tangible, il faut compter sur le temps. C'est après plusieurs années d'application très sévèrement réalisée que l'on peut juger de l'ensemble des résultats, certains symptômes syphilitiques se manifestant des années (15 ou 20 ans) après l'infection.

Les résultats déjà acquis sont encourageants, il n'y a qu'à persévérer et prier messieurs les agents des mœurs de laisser les prostituées venir se soigner et pour occuper leurs loisirs, de les prier d'arrêter les infâmes souteneurs et exploitteurs de la prostitution.

D^r Robert SOREL.

DISCUSSION

M. DECUGIS a remarqué que dans le fascicule remis par le D^r SOREL, il y avait un tableau sur les cas de syphilis congénitale et se demande si cette dernière peut avoir une répercussion sur la détermination des sexes. Dans l'annexe, les sexes ne sont pas discriminés. Il voudrait savoir si le D^r SOREL possède des documents sur ce point.

Le D^r SOREL répond par la négative.

M. DECUGIS estime qu'il serait intéressant de savoir si la syphilis frappe davantage les garçons que les filles dans le sein de la mère. Il voudrait également savoir s'il est exact que le nombre des mort-nés est beaucoup plus élevé chez les garçons que chez les filles. On l'a constaté paraît-il dans les hôpitaux et les maternités, ce qui serait peut-être à l'appui de l'hypothèse avancée tout à l'heure par lui. Des statistiques seraient donc très utiles.

Le D^r SOREL ne croit pas que des statistiques aient paru à ce sujet ni en France ni en Angleterre.

M. BOURDON indique que, s'il y a plus de mort-nés chez les garçons que chez les filles, c'est tout simplement parce que le sexe dit fort est en réalité beaucoup moins résistant que l'autre. La proportion des mort-nés est supérieure chez les garçons, de même que la mortalité est supérieure chez les garçons à presque tous les âges de la vie.

M. DECUGIS pense qu'il serait intéressant de discerner les causes de cette différence; il est possible que le déterminisme du sexe soit affecté par des causes morbides parmi lesquelles la syphilis, l'alcoolisme des parents. Et c'est cela que les médecins ne me paraissent avoir jamais recherché jusqu'à présent

M. BOURDON note que les coefficients de masculinité donnés pour certains pays ne doivent pas être admis sans critique et rappelle ce qui a été indiqué dans la communication relative à la statistique des pays coloniaux.

A Saigon, à la maternité, on a trouvé 105 garçons pour 100 filles et dans les familles 190 garçons pour 100 filles. Or, dans ces chiffres, il y a quelque chose qui joue : c'est qu'on ne déclare pas les filles.

M. DECUGIS signale que des expériences, notamment celles faites en Allemagne par la doctoresse BLUHM, sur des lapins et des cobayes femelles, en cours de gestation, ont cependant montré que l'alcoolisme modifiait la proportion des sexes dans leur progéniture. Cela prouverait qu'il y a certainement quelque chose qui mériterait d'être examiné.

Le D^r SOREL rappelle que l'on n'a pas fait de statistiques en France ni en Angleterre; en partant de telles données, M. le Président note que les génétiens commencent tout de même à savoir quelque chose sur cette question et qu'il en faudrait un dans l'assemblée.

Le D^r ICHOK voudrait attirer l'attention sur quelques aspects sociaux de la question.

Les statistiques, établies un peu partout, ont montré l'importance de la syphilis, en tant que problème qui demande le concours de la collectivité. Il s'agit de faire un grand effort financier, mais auparavant il y a lieu de procéder à une espèce de recensement de tous les syphilitiques, pour connaître leur nombre, ainsi que leur volonté de se soumettre à un traitement. Certains sont allés plus loin en demandant d'appliquer le traitement obligatoire, l'intervention de l'État pour tarir la source d'infection.

A titre d'exemple, on peut signaler le Danemark où a été réalisé un système extrêmement ingénieux de déclaration obligatoire qui, tout en sauvegardant les intérêts des malades et en tenant compte du secret professionnel, permet d'aboutir à un résultat intéressant. En France, on a pensé aux mêmes méthodes et un projet de loi avait été déposé, mais, pour le moment, il n'est pas question de le faire voter.

Quoi qu'il en soit, aussi bien pour la France que pour les autres pays, la notion de l'obligation dans le domaine de la protection de la santé publique se pose ! D'ailleurs, la question n'est pas nouvelle et ses principes sont déjà réalisés, d'une part, dans la vaccination obligatoire contre la variole, et, d'autre part, dans la loi récente qui introduit la vaccination contre la diphtérie.

La notion d'obligation pour prévenir et guérir n'a rien de révolutionnaire, et jadis elle a eu beaucoup de partisans, qui voyaient, dans la police sanitaire, un moyen puissant de protéger la santé publique.

Si certains préfets commettent des erreurs, le principe même d'une intervention de la police ou des Pouvoirs publics qui seconderait le corps médical n'est pas condamnable. Il est possible de mettre sur pied un système de traitement obligatoire qui rendrait, à la lutte antisiphilitique, les plus grands services.

L'éducation de la masse, avant toute mesure législative, paraît nécessaire, mais quand une idée est depuis longtemps en marche, il faut « donner un coup de pouce » en faisant voter une loi.

M. BUNAU-VARILLA voudrait savoir si les mots « syphilitiques primo-secondaires » ont une signification différente de ceux : « syphilitiques traités pour la première fois ».

Le D^r SOREL explique qu'au point de vue strict, il y a une différence, mais qu'au point de vue des statistiques, il n'y en a pas. Les primo-secondaires sont des gens qui ont eu la syphilis dans l'année. Qu'on les appelle primaires ou primo-secondaires, c'est la même chose. Au bout de six semaines, un malade peut avoir une résole qui est appelée accident secondaire.

M. BUNAU-VARILLA voit, pour la France, 21.836 cas, tandis qu'en Angleterre, le nombre des syphilitiques qui ont été traités pour la première fois est de 14.000. Si le mot primo-secondaire n'entraîne pas un dédoublement, cela fait près de 50 % de différence. Au point de vue de l'intervention de la police, il est intéressant de savoir si cela est une cause d'aggravation ou une cause de diminution.

Le D^r SOREL indique que si l'on fait une statistique annuelle, tout individu qui se présente dans l'année et qui, l'année d'avant n'était pas syphilitique, représente les accidents primaires et primo-secondaires.

Primo-secondaire, c'est un individu qui a la syphilis aujourd'hui et qui peut avoir dans deux mois un accident secondaire. Par conséquent, il sera primo-secondaire, mais il ne sera compté qu'une fois.

M. BUNAU-VARILLA rappelle qu'en France nous avons eu une forte recrudescence de syphilis due à l'importation d'un grand nombre d'Africains pendant la guerre.

Le D^r SOREL fait observer que chez les Africains on ne voit pas de paralytiques généraux. Ils cultivent leur maladie, mais ils ne l'ont pas dans la moelle. On a même supposé qu'il y avait deux bacilles différents.

M. BUNAU-VARILLA, pour corroborer ce qui vient d'être dit sur les variations des effets des maladies quand on passe d'une catégorie d'êtres humains à une autre, rappelle le fait suivant : En 1915, une épidémie de dysenterie amibienne éclata à l'Asile départemental d'aliénés de la Charente-Inférieure, à Lafond, près de La Rochelle. Sur un effectif de 800 personnes, tant aliénés que personnel de service, 108 furent atteintes et 28 succombèrent. Ces chiffres ne permettent pas de calculer la mortalité moyenne, car, fait remarquable, si le malade dysentérique était un paralytique général, il était certain de succomber. La chance de mourir d'un malade non paralytique général, était donc bien inférieure à $\frac{28}{100}$. M. BUNAU-VARILLA a appris sur place ces faits, lorsqu'en 1917 on appliqua la verdunisation aux eaux de l'asile, ce qui arrêta net l'épidémie.

Le D^r SOREL, en réponse au D^r ICHOK, fait observer que l'humanité va toujours aux choses les plus simples. On a donc entamé la lutte contre la syphilis en commençant par les prostituées, en disant que ce sont là des créatures peu intéressantes. Mais le jour où, pour surveiller la syphilis, on voudrait examiner tous les gens, ce serait beaucoup plus compliqué. Évidemment, à l'armée, les hommes sont là, ils ne peuvent pas s'en aller à moins d'être condamnés comme déserteurs. Lorsque notre Collègue était au régiment, il y avait ce que l'on appelait une revue de santé. Le médecin-major disait, « Vous avez la syphilis, vous aurez deux jours de salle de police. » On guérissait la syphilis par la salle de police !

Il est difficile d'admettre qu'on puisse aller chez les gens pour les obliger à se soigner ; il vaut donc mieux s'adresser à eux par la persuasion en leur disant : « Vous êtes malades, c'est très grave, vous pouvez devenir fous, venez vous soigner, cela ne vous coûtera rien. » Il y en aurait ainsi un certain nombre qui viendraient se faire soigner. Mais il faudrait, dans les hôpitaux, changer les heures de visite. Lorsque notre Collègue était chirurgien des hôpitaux, la consultation était le matin, de sorte qu'un ouvrier qui allait consulter était obligé de perdre

sa matinée, et par conséquent, une demi-journée de salaire, et les femmes n'avaient pas le temps de faire leur ménage.

Il est très difficile d'entrer dans les familles. La méthode qu'on a suivie en France et en Angleterre semble bonne. Elle a donné des résultats qu'il faudrait amplifier, en faisant la propagande désirable.
