

U 4282 C

LA
PROPHYLAXIE SOCIALE DE LA SYPHILIS

DEVANT

LES RÉCENTS PROGRÈS DE LA SYPHILIGRAPHIE

PAR

le Prof. BAYET ET le Prof. MALVOZ
(Bruxelles) (Liège)

« La syphilis détériore sourdement les générations; sa contagion est plus évidente que celle de la peste; pourquoi ne lui oppose-t-on pas dans tous les pays les mêmes barrières, les mêmes moyens d'extinction? Telle est l'espèce humaine - la foudre des épidémies insolites qui passent sur sa tête comme un nuage électrique l'étourdit et la frappe de terreur; elle s'évertue inutilement à en prévenir le retour, tandis qu'elle se familiarise avec les pestes continues qu'elle porte dans son flanc et dont elle subit le ravage héréditaire avec la même patience que la succession des phénomènes météoriques. »

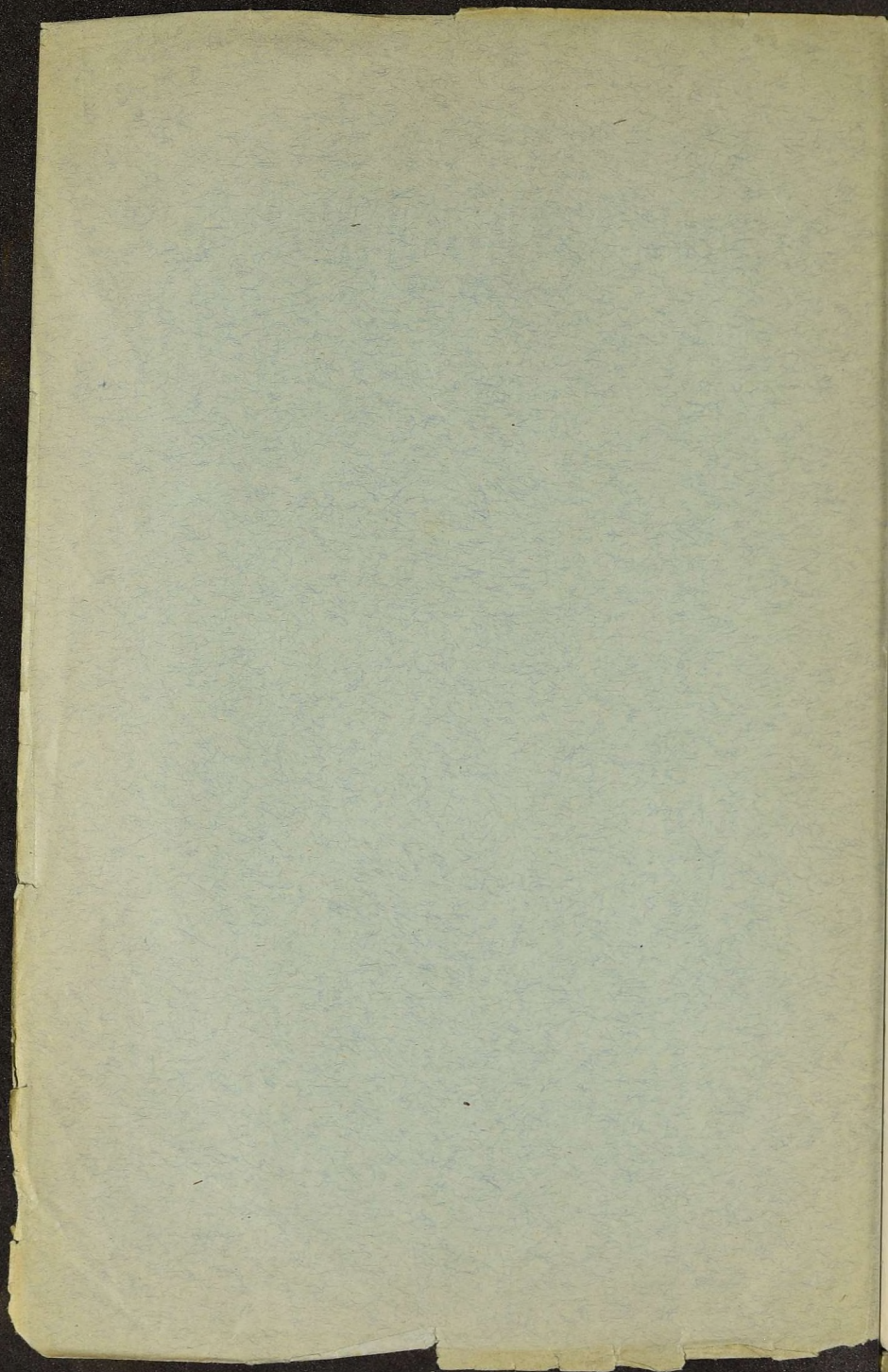
MICHEL LÉVY, *Traité d'hygiène*, p. 742.



BRUXELLES

HAYEZ, IMPRIMEUR DES ACADEMIES ROYALES DE BELGIQUE
Rue de Louvain, 112

1911



U 4282 C

LA
PROPHYLAXIE SOCIALE DE LA SYPHILIS

DEVANT

LES RÉCENTS PROGRÈS DE LA SYPHILIGRAPHIE

PAR

le Prof^r **BAYET** ET le Prof^r **MALVOZ**
(Bruxelles) (Liège)

Quand on entreprend d'écrire un travail sur la prophylaxie de la syphilis avec l'intention de faire œuvre utile et de proposer des mesures efficaces et aisément applicables, il est un écueil dont il convient, avant tout, de se garer : il faut, à tout prix, éviter de parler de la réglementation de la prostitution, de la légitimité ou de la non-légitimité des mesures de surveillance des prostituées.

Tout a été dit et redit sur ce sujet. Les congrès, les conférences ont retenti de discours vantant, les uns, l'efficacité souveraine des mesures de police, les autres en flétrissant le principe et l'application. On a entendu et pesé tous les arguments, ceux des régleментарistes, préconisant la manière forte, voulant, quoi qu'elle en eût, défendre la société contre elle-même, ceux des abolitionnistes, invoquant les droits sacrés de la liberté individuelle contre l'organisation sociale tout entière. Toutes ces discussions, empreintes le plus souvent d'un rationalisme quelque peu puéril, n'ont abouti à aucune conclusion, tant est vraie l'inanité des discussions de principe. Aussi, un peu trop sévèrement peut-être, appréciant le rôle de ces congrès, Duclaux a-t-il pu écrire : « Des appels aux droits de l'homme et de la femme, à la morale, à une foule de beaux sentiments et, pour couronner le tout, un aveu d'impuissance, voilà le bilan un peu lamentable de ces congrès ».



Dire qu'aucune conclusion ne se dégage de ces débats est cependant inexact. Il en ressort une, assez inattendue, mais d'une brutale évidence : c'est que, quel que soit le système choisi, la réglementation ou l'abolition de la surveillance, aucun n'apporte la solution définitive du problème. En Angleterre, où la prostitution est libre, en Allemagne, en France, en Italie, en Belgique, où elle est surveillée, la syphilis n'en continue pas moins ses ravages. Le bon sens indique que s'il existe une solution, il faut la chercher ailleurs.

I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Devant l'incontestable échec de toutes les mesures proposées, quelques esprits se sont avisés qu'on arriverait peut-être à faire mieux en agissant simplement avec la syphilis comme on le fait avec toute autre maladie et en abandonnant les questions d'éthique pour aborder franchement celles de thérapeutique. Certes, le problème, considéré sous cet angle, se prête à moins de brillants développements sociologiques ou humanitaires, mais au point de vue pratique (le seul qui, en dernière analyse, nous intéresse), il nous apparaît plus fécond en résultats.

C'est en envisageant la question de cette manière que nous abordons le travail que la Société de médecine publique nous a fait l'honneur de nous confier.

Mais, avant d'entrer au cœur du débat, nous désirons déclarer que le but de ce travail n'est pas d'épuiser toutes les solutions du problème, même dans les limites que nous nous sommes assignées. La tâche serait trop vaste et nous préférons concentrer notre étude sur les points essentiels, dont nous pouvons espérer des résultats pratiques, que la disperser sur une foule de sujets de réalisation plus hasardeuse et moins immédiate.

Il est, en effet, des facteurs de propagation de la syphilis que, dans l'état actuel de la société, nous sommes impuissants à atteindre : telle, par exemple, la distance qui sépare l'âge de nubilité de l'homme de celui de son mariage. A cela nous ne pouvons rien, et cependant c'est là un des facteurs les plus puissants dans l'extension de la prostitution et, par conséquent, de la syphilis. Nous ne nous en occuperons pas, désirant, comme nous l'avons dit, reporter notre effort sur les mesures plus immédiates, de solution facile et de résultats certains.

Mais, qu'on ne s'y trompe pas, il ne s'agit pas ici d'essayer d'obtenir, pour le moment, l'*extinction* du fléau social qu'est la syphilis. L'ambition des hygiénistes doit se borner à chercher à diminuer le nombre des cas. Pour cela, il ne faut pas s'en tenir à une seule formule. Comme pour la tuberculose, l'amélioration de la situation générale ne sera obtenue que par une série de résultats

partiels : une thérapeutique bien dirigée amènera, par exemple, une diminution du pourcentage des cas; les œuvres de surveillance des nourrices, de puériculture pour les hérédo-syphilitiques abaisseront pour leur part le chiffre de la morbidité; les restrictions apportées au charlatanisme en feront autant de leur côté; et c'est par l'action concordante de ces mesures d'assainissement social qu'on arrivera le plus sûrement à tracer au mal ses limites. L'avenir nous apportera peut-être des armes nouvelles, plus efficaces; il convient, pour le moment, d'utiliser celles que nous possédons.

Si la question, si souvent discutée, de la prophylaxie de la syphilis revient au jour, c'est que l'on commence à comprendre qu'il faut recommencer la lutte en suivant une tactique toute différente de celle précédemment suivie et systématiser des mesures de défense thérapeutique qui, jusqu'ici, avaient été reléguées au second plan par les discussions sociologiques et morales sur la réglementation.

Pour synthétiser en une phrase ce qui, à notre sens, doit être réalisé, nous dirons : *Il faut agir avec la syphilis comme on a agi avec la tuberculose, la malaria, la maladie du sommeil, et s'inspirer des succès qu'on a enregistrés dans la lutte contre ces affections pour organiser la résistance à la propagation de la syphilis.*

Jusqu'ici, qu'a-t-on fait chez nous? Rien ou presque rien. On a réglementé. Cette réglementation, ridicule et insuffisante, n'a pas diminué d'une unité le nombre des syphilis. Et cependant, c'est tout ce que l'on a trouvé; l'on continue, parce que l'on a commencé, sans se demander s'il ne conviendrait pas de faire mieux et d'essayer autre chose.

Pour les autres maladies, il en va autrement : on a réalisé pour la tuberculose, pour la maladie du sommeil, pour certaines maladies professionnelles des efforts considérables que le succès a couronnés; on a créé de multiples œuvres de puériculture; la prophylaxie des maladies contagieuses est assurée grâce à des institutions qui combattent les épidémies par la désinfection et par toutes les armes de l'hygiène moderne.

De toutes parts s'est organisée l'œuvre générale de protection de la santé publique, et le résultat ne s'est pas fait attendre : la mortalité infantile est en baisse, la tuberculose recule, et partout on constate une diminution progressive de la mortalité générale.

Une seule maladie reste dans l'oubli, ou plutôt, comme par un accord tacite, elle reste considérée comme de celles qu'il convient de traiter par le silence, parce qu'il est entendu que c'est une maladie honteuse, la *syphilis* « *frein providentiel mis aux excès de la chair* ».

On chercherait en vain, dans les rapports des commissions officielles d'hygiène, des données relatives à la fréquence de la syphilis, alors qu'on y consacre

de longs développements à des maladies telles que la rougeole, les oreillons, contre lesquelles la prophylaxie est presque impuissante. Étrange contraste, qui serait inexplicable si l'on ne savait combien sont puissants et tenaces les préjugés moraux et les traditions administratives!

Et cependant, à défaut d'une statistique officielle, telle que celle qui est faite au Danemark, on peut, grâce aux nouveaux moyens de diagnostic, grâce à une connaissance sans cesse plus approfondie de la syphilis, se faire une idée assez exacte de l'étendue et de la gravité du fléau.

L'un de nous a cherché, il y a quelques années déjà, à établir le nombre des syphilitiques dans l'agglomération bruxelloise (1). Il est arrivé, même en abaissant systématiquement tous les chiffres que lui fournissait sa statistique (et cela dans le but de ne pas être taxé d'exagération), à établir que 5 % au moins des habitants de l'agglomération bruxelloise avaient ou avaient eu la syphilis, ce qui, pour les 700,000 habitants que compte l'ensemble de la ville, ferait 35,000 individus touchés par la syphilis.

Ce chiffre de 35,000 est certainement de beaucoup au-dessous de la réalité, puisque, dans d'autres villes qui peuvent être comparées à Bruxelles, le résultat que l'on obtient est beaucoup plus élevé et va jusque 13 %.

Il est à noter que ces chiffres ont été obtenus à une époque où le sérodiagnostic n'existait pas encore et où il était absolument impossible de dépister les syphilis anciennes, sans symptômes visibles. Depuis lors, les moyens d'investigation se perfectionnant, on est arrivé à se faire une idée plus précise de l'extension du mal. C'est ainsi que dans le service de médecine interne dirigé par M. le Prof^r R. Verhoogen, à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles, le Dr Weil, ayant fait le sérodiagnostic de tous les malades entrants, sans tenir compte de la nature de leur maladie, est arrivé à 20 % de séroréactions positives sur 200 malades examinés. Or, il est admis qu'un sérodiagnostic positif est un signe de pullulation de spirochètes dans l'organisme. Cela fait le cinquième des malades en puissance de syphilis!

Mais établir la fréquence de la syphilis, n'est pas en établir la gravité. C'est ce que nous allons essayer de faire. Auparavant, on s'imaginait qu'un grand nombre, le plus grand nombre des syphilitiques, après avoir traversé la période secondaire, étaient définitivement guéris et que 10 à 20 % seulement d'entre eux passaient à la période tertiaire. Cette conception résultait de l'idée qu'on se faisait alors de la syphilis, que l'on considérait surtout comme une maladie à symptômes externes, à manifestations espacées, à tendance spontanée vers

(1) BAYET, *L'endémie vénérienne en Belgique*. Bruxelles, 1899. — IDEM, *L'admissibilité des syphilitiques aux assurances sur la vie*. Bruxelles, 1899. — IDEM, *Observations sur 2,250 cas de syphilis observés à Bruxelles*. Bruxelles, 1907.

la guérison ; celle-ci se jugeait principalement en se basant sur la disparition permanente des symptômes *visibles* de l'infection.

L'examen attentif des tables de mortalité des sociétés d'assurances, les progrès récents du diagnostic ont établi qu'il fallait modifier complètement l'idée que l'on se faisait des suites graves de la syphilis.

Le sérodiagnostic est venu montrer qu'un très grand nombre de ces syphilitiques cliniquement guéris ne l'étaient qu'en apparence et que leur séro-réaction restait positive, signe certain d'une infection syphilitique non éteinte. En outre, la possibilité de faire, au moyen de la séroréaction, un diagnostic rétrospectif de la syphilis, a établi, ce que la clinique seule ne pouvait que faire soupçonner, qu'une foule d'affections viscérales, vasculaires, interstitielles avaient la syphilis pour cause. Du coup, le domaine de la nocivité syphilitique se trouve considérablement élargi. Ce n'est plus une maladie qui, dans les cas les plus mauvais, donne du tertiarisme, parfois du tabès ou de la démence paralytique, mais une maladie « d'imprégnation » pourrait-on dire, attaquant l'organisme dans ses éléments les plus intimes, réalisant des types cliniques qu'on ne lui attribuait pas jusqu'ici, faisant quelque chose d'analogue à l'alcoolisme, mais d'une façon plus insidieuse, le poison n'étant pas visible, comme pour l'alcool, mais caché au fond de l'organisme, et ne se révélant que par l'analyse du sang.

Cela, c'est la constatation d'hier que les recherches prochaines vont préciser et, nous en sommes assurés, développer.

Mais c'est l'étude des tables de mortalité qui va, pour le moment, nous donner le mieux la mesure de cette nocivité ; c'est là que nous lirons les résultats éloignés et insoupçonnés de cette « imprégnation » lente de l'organisme par les foyers spirillaires que rien ne décèle, sinon la réaction positive.

Écoutez d'abord le Prof^r Blaschko, dont les travaux font autorité dans cette matière, par leur précision et par les remarquables qualités d'impartiale critique de leur auteur (1). « L'anatomie pathologique et la statistique nous montrent, dit-il, que dans un pourcentage extrêmement considérable de cas on constate que, chez les syphilitiques en apparence guéris, se développent insidieusement, et sans se révéler par aucun signe, des processus morbides dans les organes internes. Sur les 8,000 cas de morts réunis dans les actes de la Société d'assurances sur la vie « Victoria », de Berlin, nous avons pu établir

(1) BLASCHKO, *Der Einfluss der Syphilis auf die Lebensdauer*. (IV^e Congrès international de médecine d'assurances, 1906.)

Consulter aussi : SALOMONSEN, *Syphilis und Lebensversicherung*. — MATTHES, *Statistisch Untersuchung über die Folgen der Lues*. (*Münch. med. Wochenschr.*, 1902, nos 6 et 7.) — HÖGLER, *Ueber die Factoren der Widerstandskraft und die Vorhersage der Lebensdauer beim gesunden Menschen*. Bâle, 1896.

que le tiers des individus qui avaient eu la syphilis étaient morts des suites de cette maladie.

» Les données de la statistique de la Société d'assurances « Gotha » sont encore plus démonstratives : elles s'étendent sur un espace de quarante-cinq ans et ont démontré combien était énorme la mortalité des syphilitiques comparée à celle du total des assurés : les syphilitiques ont une *surmortalité* de 68 %, comparés aux autres assurés. *La mortalité des syphilitiques entre 36 et 50 ans est presque double de celle des autres assurés.*

» Il est clair, à l'examen de la statistique, que cette effrayante surmortalité des syphilitiques n'est pas, pour la majeure partie, causée par des manifestations tertiaires, mais surtout par certaines maladies des vaisseaux et du système nerveux, en première ligne par l'anévrisme de l'aorte, le tabès, la paralysie progressive; puis par d'autres affections chroniques des vaisseaux, de l'intestin, du rein et du foie.

» Si l'on considère que Fritz Lesser (1), dans 10 % des cadavres autopsiés dans les hôpitaux de Berlin, a trouvé dans les organes des résidus d'affections syphilitiques anciennes, que, d'autre part, j'ai démontré que 20 % environ de la population mâle de Berlin a été infectée par la syphilis, on doit admettre que chez les syphilitiques la maladie est cause de la mort dans 55 % des cas et qu'elle peut être démontrée dans les organes dans 50 % des cas. »

Runeberg (d'Helsingfors) arrive à des conclusions analogues. Sur 754 cas de morts relevés de 1875-1897 par la Société d'assurances sur la vie « Kaleva », 84 étaient dus à la syphilis, soit 11 %. Ce chiffre est, d'après le travail de l'auteur, de beaucoup au-dessous de la réalité et devait l'être, puisqu'il a été établi à une époque où le sérodiagnostic n'existait pas et où, par conséquent, nombre de syphilis passaient inaperçues.

Le Dr Fries (de Stockholm) estime qu'après la tuberculose c'est la syphilis qui donne le plus de morts parmi les assurés sur la vie.

Notons que ces chiffres, absolument inattendus, se rapportent à des classes de la population aisée, dans lesquelles le traitement a été, en moyenne, beaucoup plus énergique et beaucoup plus régulier que dans la classe pauvre ; on peut ainsi se faire une idée de l'étendue et surtout de la gravité du mal.

Nous comprenons qu'il soit difficile, pour ceux qui n'ont pas l'habitude de ces questions, de se faire, du premier coup, à l'idée que la syphilis soit une cause aussi puissante de mortalité ; ce que nous admettons pour l'enfant, nous hésitons à l'appliquer à l'adulte. Et cependant les chiffres et, à défaut de chiffres,

(1) FRITZ LESSER, Zur allgemeinen Pathologie der Syphilis und der sogenannten Parasyphilitischen Erkrankungen. (*Dermat. Zeitschr.*, XI, n° 9.)

l'expérience, les impressions des syphiligraphes sont là. Ce qui nous arrête, c'est que nous avons été habitués à considérer la syphilis comme une maladie à manifestations surtout externes et que nous ne pouvions soupçonner qu'elle jouât un rôle aussi considérable dans la genèse des lésions vasculaires, interstitielles et viscérales. Les données des statistiques anciennes sont actuellement corroborées par celles que commence à nous fournir le sérodiagnostic, et force nous est d'admettre leurs déductions concordantes : *La syphilis est bien une maladie à haute létalité et le tiers environ de ceux qui en sont atteints succombent aux suites éloignées de leur infection.*

Il était utile, avant d'entreprendre l'exposé des mesures de prophylaxie contre la syphilis, de montrer à la fois l'étendue et la gravité du fléau, d'autant plus qu'elles sont encore ignorées du public et de la plupart des médecins. Devant les ravages causés par le mal, on comprendra mieux quelle doit être l'énergie de l'effort à faire pour le combattre.

Voyons maintenant ce que l'on peut faire, ce que l'on doit faire, à l'heure actuelle, pour enrayer les progrès du mal, ou, pour mieux dire, voyons quelles sont les mesures les plus immédiates qu'il convient de prendre.

Les récents progrès de la syphiligraphie nous permettent de mieux connaître l'ennemi. C'est un grand point d'acquis. L'introduction, dans le traitement de la syphilis, des médicaments à base d'arsenic et spécialement du salvarsan, a bouleversé la thérapeutique traditionnelle de cette maladie.

Y a-t-il, dans la pratique des nouveaux moyens de diagnostic et dans l'application des nouveaux remèdes, des éléments de lutte qui peuvent modifier notre tactique prophylactique contre l'endémie syphilitique?

A cette question, la réponse est nettement et résolument affirmative. Oui, nous sommes beaucoup mieux armés que nous ne l'étions il y a dix ans, et nous avons le devoir de nous servir de nos nouvelles armes.

Le fait essentiel, qui domine tout le débat, c'est que l'agent direct de propagation de la syphilis est, dans la grande majorité des cas, le sujet infecté, le porteur des germes. Presque toujours la transmission se fait par contact direct et se réalise par l'intermédiaire des lésions contagieuses, cutanées et muqueuses, de la période secondaire. Ces cas de transmission directe constituent la masse principale des contagions syphilitiques. On l'observe surtout au cours de la première année de l'infection : on peut dire que les 9/10 des syphilis se transmettent directement, par le sujet infecté, au cours de la première année et des six premiers mois de la deuxième année.

C'est donc sur cette période éminemment contagieuse que doit porter l'effort principal ; c'est à ce moment qu'il faut chercher à « stériliser » le porteur de germes, en faisant disparaître le plus tôt possible les lésions contagieuses existantes et en évitant les récidives.

Diminuer de moitié la durée de la période contagieuse de la syphilis, c'est, au

point de vue de la propagation du mal, comme si l'on diminuait de moitié le nombre des syphilitiques contagieux, c'est diminuer de moitié le nombre des transmissions.

Or, ce résultat, et même un résultat plus favorable encore, nous sommes en mesure, grâce au salvarsan, de l'obtenir avec facilité. La situation, à cet égard, s'est radicalement modifiée depuis l'introduction du 606 dans la thérapeutique de la syphilis. Certes, par le mercure et l'iode nous arrivons, sans trop de peine, à faire disparaître aussi les lésions contagieuses de la période secondaire et à diminuer le nombre des récurrences. Mais il faut bien le reconnaître, au point de vue de la rapidité de disparition des lésions spécifiques, le mercure et l'iode ont une action beaucoup plus lente, beaucoup moins sûre, beaucoup moins décisive que le salvarsan.

Même après un traitement énergique par le mercure, il est d'observation courante de voir apparaître des récurrences, minimales parfois, telles une plaque muqueuse, une érosion superficielle, d'autant plus dangereuses pour la propagation du mal, qu'elles passent plus facilement inaperçues.

Avec le salvarsan, il en va autrement, et l'action rapide, extrêmement rapide de ce produit sur les lésions secondaires en constitue, pour le moment, la propriété la mieux établie et, disons-le, pour le sujet qui nous occupe, la plus précieuse.

Car, nous plaçant au point de vue de la propagation du mal pendant la première année, nous n'avons pas à discuter le point de savoir si le salvarsan guérit radicalement et définitivement la syphilis. Ce qui nous importe, c'est de savoir qu'il fait rapidement disparaître les lésions transmissibles. Or, cela, nous ne pourrions trop le répéter, le salvarsan le réalise avec une rapidité et une sûreté surprenantes. Quelques jours suffisent pour guérir les plaques muqueuses, les condylomes, qui sont les agents habituels de la transmission, et pour peu que le traitement soit soutenu, les récurrences ne se produisent qu'exceptionnellement. Celui qui a l'occasion de suivre un grand nombre de malades traités énergiquement par le salvarsan (au moyen de la méthode des injections intraveineuses de doses fortes et répétées par exemple) a l'impression bien nette de se trouver devant une syphilis toute différente comme allures, des cas qu'il était habitué à voir avant la découverte du salvarsan, et le fait qui le frappe le plus, c'est l'absence des lésions contagieuses et l'extrême rareté des récurrences. Il serait facile d'en rapporter des cas typiques et démonstratifs; mais il suffit de s'en rapporter à l'accord unanime de tous ceux qui ont expérimenté le salvarsan (4). Notre conviction profonde c'est que, parmi

(4) Une statistique précise des cas de récurrences est extrêmement difficile à établir. M. le Prof. Kromayer a publié les résultats de ses recherches sur 136 cas dont il a pu, sur un total de

les services que l'on peut attendre de l'arséno-benzol, ceux qu'il est appelé à rendre dans la prophylaxie sociale de la syphilis sont les plus importants.

En préconisant comme moyen principal de lutte contre l'extension de la syphilis l'emploi d'une thérapeutique active contre le porteur de germes, nous nous écartons du point de vue où l'on s'est généralement placé jusqu'ici dans les congrès organisés pour la discussion des mesures de prophylaxie sociale. Là, certes, on considérait le traitement comme étant un des moyens à opposer à la dissémination du mal. Mais, à la lecture des comptes rendus de ces assemblées, on sent que cette question thérapeutique est toujours traitée en ordre subsidiaire et ne vient qu'après les dissertations sur l'éloignement ou la séquestration des individus infectés, par le moyen d'une réglementation de la prostitution. Ce qui marque la différence de notre point de vue, *c'est que nous mettons la stérilisation thérapeutique du sujet infecté, du porteur de germes, au centre des mesures efficaces à prendre contre le mal.*

En agissant ainsi, nous ne faisons que suivre l'exemple de ce que l'on a fait, avec succès, pour d'autres maladies. C'est également une prophylaxie chimique que l'on oppose à ces grands fléaux des pays tropicaux : la malaria et la maladie du sommeil. Dépister par la clinique et la bactériologie les porteurs de plasmodies de Laveran, des trypanosomes de Dutton, leur administrer la quinine, l'atoxyl, l'émétique pour tarir ainsi les sources d'infection que représentent les sujets parasités, tel est l'objectif capital poursuivi par ceux qui ont fondé la prophylaxie scientifique des maladies contagieuses et, à leur tête, par Koch qui a fait de ce dépistage des porte-germes et de leur énergique traitement la base de toute prophylaxie générale des maladies infectieuses.

C'est de ce programme qu'il convient de nous inspirer pour dresser le plan de la lutte contre la syphilis : c'est en médecins, en thérapeutes qu'il faut aborder la question.

365 malades traités, obtenir des renseignements précis. La méthode du Prof Kromayer consiste à injecter le salvarsan à doses faibles, fréquemment répétées.

Voici le résultat de sa statistique :

A. Sur 60 malades traités par 0^{gr}6 à 1^{gr}1 de salvarsan (doses faibles), 23 eurent des récives, soit 39 %;

B. Sur 40 malades ayant reçu 1^{gr}2 à 2^{gr}5 de salvarsan (doses fortes), 5 eurent des récives, soit 12 %. Ces dernières récives se produisirent au cours du traitement, chez 4 malades après avoir reçu 1^{gr}2; chez 1 malade après avoir reçu 1^{gr}6 de salvarsan.

On voit donc que la dose a une action. La combinaison du mercure avec le salvarsan paraît en avoir une aussi, car sur 7 malades traités par 1^{gr}2 à 2^{gr}5 de salvarsan en combinaison avec le mercure il n'a observé aucune récive.

Il ressort de cette statistique que tous les malades ayant reçu plus de 1^{gr}6 de salvarsan n'ont pas eu de récives. [KROMAYER, Chronische Salvarsanbehandlung der Syphilis. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1911, n° 34.)]

II. — CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES

Nous possédons, comme nous venons de le voir, un moyen de faire disparaître très rapidement les lésions que transmet la syphilis; grâce à lui, nous pouvons considérablement diminuer le nombre des récidives infectieuses; nous avons donc en main le pouvoir de réduire notablement la contagiosité de la syphilis.

Ce moyen, il s'agit maintenant d'arriver à l'appliquer au plus grand nombre de malades possible.

Pour satisfaire aux exigences de ce programme, réduit à une simple ligne, il faut réaliser deux desiderata :

- 1^o Le dépistage du malade;
- 2^o Son traitement et sa surveillance.

1. — Dépistage du malade.

A. — LABORATOIRES DE DIAGNOSTIC.

Ici la tâche incombe principalement au médecin. Comme les résultats concordants des expérimentateurs le montrent, c'est dans les premiers temps de la syphilis qu'on a le plus de chances de l'atteindre profondément par l'arsénobenzol. *La nécessité d'un diagnostic précoce s'impose*, d'autant que souvent c'est pendant cette période initiale que le syphilitique répand la maladie autour de soi.

Pour cela, il faut rendre aussi accessibles que possible aux médecins les laboratoires où il peut éclairer *rapidement* son diagnostic par la recherche directe du spirochète et la réaction de Wassermann. Ces institutions existent déjà en Belgique; les laboratoires universitaires, les instituts bactériologiques provinciaux ont, pour ces recherches, des services organisés; mais où l'on rencontre des difficultés parfois insurmontables, c'est dans la récolte des produits à examiner. Ce n'est pas s'aventurer que de dire qu'un grand nombre de médecins ne connaissent pas la technique du prélèvement du sang pour une réaction de Wassermann et qu'il n'en est guère qui soient à même de recueillir correctement le sérum d'irritation nécessaire à la recherche du spirochète. Il y a là de petits tours de main, très importants en eux-mêmes, car ils assurent la possibilité d'une recherche efficace. Et cependant, dans l'organisation actuelle, ces inconvénients sont inévitables; le médecin doit s'en tirer comme il le peut; car il n'y a guère qu'un laboratoire par province, et le médecin ne peut souvent y conduire son malade, en raison de l'éloignement.

Il serait indispensable de multiplier les centres où ces recherches pourraient être faites par des praticiens connaissant à fond ces techniques. A cet égard, les

hôpitaux des communes importantes nous paraissent tout désignés pour l'établissement de petits laboratoires où se feraient *gratuitement*, et avec les plus sévères garanties du secret médical, la réaction de Wassermann et la recherche du spirochète. Ces laboratoires serviraient, en outre, au médecin à suivre les progrès de la maladie et permettraient aussi, en soumettant certains candidats au mariage ou certaines nourrices suspectes à un examen sérologique, d'éviter un certain nombre de lamentables contagions. Pour donner une idée des services que pourraient rendre des institutions de ce genre, et cela rien qu'en se plaçant au point de vue de l'allaitement, signalons ce fait qu'à l'Etablissement communal de puériculture de Dresde, Rietschel et Galewsky ont constaté que 10 % des nourrices qui se présentaient avaient un sérodiagnostic positif, alors que seulement 1 % présentaient des lésions visibles de l'infection.

L'instruction des médecins chargés de ces recherches serait facile à faire. En trois semaines de cours de vacances, les directeurs ou les assistants des laboratoires bactériologiques auraient vite fait d'initier un certain nombre de médecins, déjà familiarisés avec la technique générale des laboratoires, à ces recherches spéciales.

B. — RÉORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT DE LA SYPHILIGRAPHIE DANS LES UNIVERSITÉS.

A cette question du dépistage des malades se rattache intimement celle de l'organisation de l'enseignement de la syphiligraphie. Il faut bien le dire, en Belgique, le médecin sort de l'université sans presque rien connaître de la syphilis. Il n'a pu suivre que quelques leçons; à l'Université de Bruxelles, ville où le matériel est des plus considérables, le professeur de clinique dermatosyphiligraphique a droit à vingt leçons pour enseigner toute la dermatologie et toute la syphiligraphie; l'enseignement théorique de la dermatologie est confié au professeur de pathologie interne et celui de la syphiligraphie au professeur de pathologie externe!

A Liège, la clinique syphiligraphique est un cours libre fréquenté seulement par les élèves les plus zélés. On sait qu'en Belgique la plupart des étudiants en médecine n'assistent régulièrement qu'aux leçons et cliniques dont la loi organique de l'enseignement supérieur impose la fréquentation. Cette loi, qu'il est grand temps de reviser, impose aux futurs médecins la fréquentation de la clinique ophtalmologique, mais nullement celle des cliniques dermatologique, syphiligraphique, etc.

Devant l'évidence, sans cesse plus grande, du danger social de la syphilis, une réforme radicale s'impose de ce côté. Il serait trop long d'en définir les détails; il suffit d'en indiquer les points principaux qui sont: l'augmentation des heures d'enseignement *pratique* de la syphiligraphie; l'interrogatoire de l'élève, à l'examen, sur les questions de syphiligraphie, par le professeur

chargé de la clinique syphiligraphique. Cet interrogatoire porterait aussi sur le diagnostic pratique de la syphilis par la recherche du spirochète et par la réaction de Wassermann.

C. — ACCESSIBILITÉ AU TRAITEMENT.

Pour dépister le malade, il ne suffit pas de faire le diagnostic de son mal, il faut aller au-devant de lui, l'inciter à se faire traiter, vaincre sa naturelle négligence, en un mot, il faut chercher à lui rendre le traitement largement et aisément accessible.

Or, cette accessibilité au traitement, il semble qu'au lieu de la faciliter, on cherche plutôt à la rendre difficile pour l'ouvrier et pour l'employé.

a) *Insuffisance du nombre des lits affectés aux syphilitiques dans les hôpitaux.*

Nous ne parlerons pas de l'insuffisance du nombre des lits affectés au traitement de la syphilis, même dans les grands centres. A Bruxelles, la section de dermatologie et de syphiligraphie (les salles d'enfants exceptées) contient 82 lits, dont la moitié est affectée aux maladies de la peau; et cela pour une agglomération de 700,000 habitants. La situation est la même presque partout. En 1899, à Berlin, pour 2,000,000 d'habitants, il existait dans les hôpitaux 155 lits pour hommes vénériens et 410 lits pour les femmes.

A Liège, à Gand, la situation n'est pas meilleure qu'à Bruxelles. Que dire des centres de moindre importance?

b) *Consultations du soir.*

Mais ce qui éloigne le plus les malades du traitement, c'est surtout la quasi-impossibilité, pour les ouvriers et les employés, de se rendre aux consultations des hôpitaux et des polycliniques aux heures où se donnent les consultations.

N'oublions pas que le maximum des cas de syphilis dans la classe ouvrière de Bruxelles (et certainement des autres villes) se manifeste, comme l'un de nous l'a montré ⁽¹⁾, vers l'âge de 24 ans et que plus de la moitié des cas se produisent entre 20 et 29 ans. C'est l'époque de la vie où l'ouvrier et l'employé donnent leur maximum de travail; c'est aussi l'époque de la vie où ils peuvent donner le moins de temps pour leur traitement. Or, pour traiter convenable-

(1) BAYET. *Observations sur 2,250 cas de syphilis observés à Bruxelles*. Bruxelles, 1907.

ment une syphilis, le médecin doit l'observer attentivement et pour cela exiger que le malade se présente fréquemment à la consultation (au moins une fois par semaine). Ces consultations se donnent d'ordinaire le matin, et, comme elles sont extraordinairement encombrées, l'ouvrier et l'employé perdent toute une matinée de travail. Au bout de quelque temps le patron s'impatiente, trouve mauvais que l'ouvrier ou l'employé quitte périodiquement sa besogne, et cela pour un motif qu'il ne lui est pas toujours facile d'avouer, et alors c'est l'éternelle histoire : dès que la syphilis a un peu « blanchi », que le chancre a disparu, ainsi que les premiers exanthèmes, le malade quitte le médecin et abandonne le traitement. Si d'aventure il revient, forcé de le faire par un symptôme qui l'inquiète, et qu'on lui reproche d'avoir cessé prématurément sa cure, la réponse est toujours la même : s'il n'a pas continué à se traiter, c'est qu'il n'en a pas eu le temps, qu'il risquait de perdre sa place et qu'il fallait avant tout manger.

Le seul remède est celui que le Prof^r Fournier a réclamé depuis des années et que le plus élémentaire bon sens indique : *l'organisation de consultations du soir, après les heures d'atelier ou de bureau*. Rien de plus simple à organiser, et cependant, jusqu'ici, rien n'a été réalisé dans ce sens.

Rien ne montre mieux que ce fait, l'indifférence du public devant l'un des plus grands fléaux qui le frappent; comme a dit Lévy, dans l'épigraphe de notre travail : « La société se familiarise avec les pestes lentes et continues qu'elle porte dans son flanc et dont elle subit le ravage héréditaire avec la même patience que la succession des phénomènes météoriques ». A l'appui de cette manière de voir, on peut apporter ce fait navrant que *presque tous, si pas tous les syphilitiques de la classe ouvrière sont insuffisamment traités*, et cependant leur nombre, bien que proportionnellement inférieur à celui de la classe bourgeoise, est très élevé, puisque de 1902 à 1906 l'un de nous a pu recueillir à l'Hôpital Saint-Pierre 2,250 dossiers d'observations de syphilitiques appartenant à la classe pauvre de Bruxelles.

Nous ne disons pas que tous profiteraient des avantages qu'on leur offre, mais au moins ceux qui voudraient traiter convenablement leur syphilis pourraient le faire, ce qui n'existe pas actuellement.

c) *Restrictions apportées à l'accessibilité au traitement pour les membres des sociétés des secours mutuels et pour les employés de l'État.*

Pour les membres des sociétés de secours mutuels, pour les employés de l'État, une disposition générale des règlements stipule *qu'il ne sera accordé aucun secours pour toute maladie contractée dans la débauche*. Ce dernier membre de phrase montre au vif la conception que se font et le public et les administrateurs de ce qu'est la syphilis. Nous ne nous y attarderions pas, si cette conception archaïque n'avait comme conséquence des dispositions aussi

désastreuses que celles que nous venons de citer et qui éloignent un grand nombre d'individus d'un traitement qui pour eux, sans aide ni secours, est une très lourde charge, souvent impossible à supporter.

Or, il ne faut pas une bien longue pratique des syphilitiques pour s'apercevoir qu'au point de vue moral ils valent tout autant que les autres malades; qu'au fond ce sont des malchanceux qui, comme l'a dit le Prof Fournier, ont tiré un mauvais numéro à une loterie à laquelle, au moins une fois dans notre vie, chacun de nous a pris un billet.

Et s'il fallait un argument plus topique et plus navrant, on le trouverait dans l'étude de ce que l'on a appelé la *syphilis de la femme honnête*. Le Prof Fournier, dans une retentissante communication faite à l'Académie de médecine de Paris, s'est occupé de cette question pour la classe aisée de la société. Son enquête a porté sur sa pratique privée, où il a relevé 512 cas de femmes contaminées par leur mari. Ce que le Prof Fournier a fait pour la classe bourgeoise, l'un de nous a tenté de le faire pour la classe ouvrière de Bruxelles (1). Une première enquête avait montré que 56 % des femmes syphilitiques venues demander des soins à l'Hôpital Saint-Pierre, de Bruxelles, étaient mariées, soit plus d'un tiers! Chiffre considérable, excessif. Mais nous savons qu'il ne faut pas le prendre à la lettre et que certaines de ces femmes pouvaient avoir contracté leur syphilis en dehors du mariage. Reprenant l'enquête par une autre méthode, nous avons démontré que sur 640 hommes atteints de syphilis primaire et secondaire (donc à la période du maximum de contagiosité), 195 étaient mariés; sur ces 195, 25 avaient reçu leur syphilis de leur femme; il restait donc 170, soit 25.5 %, qui l'avaient contractée en dehors du mariage, presque tous à la prostitution clandestine.

Or on peut, en toute assurance, affirmer qu'un ouvrier atteint de syphilis à la période contagieuse la transmet *inévitablement* à sa femme. Donc, *sur cent individus contractant la syphilis, dans la classe ouvrière de Bruxelles, vingt-cinq, soit le quart, la transportent dans leur ménage, infectant la femme et parfois les enfants.*

Nous le demandons, le seul fait de ces *syphilis insontium*, de ces *syphilis des innocents* ne suffit-il pas à démontrer le côté odieux des mesures réglementaires qui restreignent, sans nécessité, sans justification, les possibilités du traitement des syphilitiques?

Il faut absolument que l'on fasse campagne, dans la presse, dans les sociétés médicales et les congrès, auprès des pouvoirs publics, pour obtenir l'abolition de cette odieuse restriction. C'est un point sur lequel la victoire nous paraît aisée à obtenir.

(1) BAYET, Observations sur 2,250 cas de syphilis observés à Bruxelles. (*Étude sur les conditions sociales de la syphilis*. Bruxelles, 1907.)

2. — Traitement et surveillance des malades.

Nous touchons ici au nœud de la question, et c'est sur ce point que le gros effort des réformes doit porter.

Nous avons montré plus haut la valeur curative du salvarsan contre les lésions contagieuses de la syphilis. Le fait de posséder un agent thérapeutique développant une action aussi nette, aussi éclatante pendant la période où le mal est le plus contagieux nous crée des devoirs nouveaux et nous impose des organisations nouvelles.

Pour l'appliquer avec succès, il est démontré qu'il faut faire, à chaque syphilitique, une *série* d'injections intraveineuses. Or, ici, l'on se heurte à diverses difficultés que l'organisation actuelle des hôpitaux ne permet pas de vaincre.

La première est relative au temps que nécessite ce traitement ; la seconde est relative au prix du traitement.

Le temps nécessaire pour faire une injection intraveineuse est d'environ un quart d'heure. On comprend que, dans une consultation quelque peu fréquentée, le nombre des injections est trop considérable, que les malades perdent trop de temps, que cette besogne, surajoutée aux autres, est absolument impossible à bien faire. Pour remédier à cela, il faut, de toute nécessité, décentraliser et créer, comme pour la tuberculose, des *dispensaires antisyphilitiques*, sur le même type que les dispensaires antituberculeux.

Point n'est besoin, à cet égard, de constructions compliquées et coûteuses. Il suffit d'un local convenable avec une ou deux salles de consultation, une salle d'opération des plus simples où se feraient les traitements, un laboratoire. Là se donneraient, le soir, les consultations. Les médicaments seraient gratuits.

Ce serait une sorte de *dispensaire de prophylaxie antisyphilitique*, administrant le traitement spécifique à ceux qui ne sont pas en mesure d'en supporter les frais, contrôlant l'efficacité de la cure au moyen de la séroréaction et maintenant le contact avec tous ceux qui auraient eu recours à son intervention.

Ce dernier point a une importance capitale. Cette surveillance, cette sorte de tutelle que le médecin exerce sur ses malades de la classe aisée, qui ne se soustraient pas à son observation, est à peu près impossible dans l'encombrement des consultations d'hôpital. C'est à la réaliser pour les ouvriers et les employés qu'il faut tendre et c'est ce qui constituerait l'originalité de ces nouveaux dispensaires dont nous préconisons l'établissement.

Rester en contact avec les malades, obtenir d'eux qu'ils acceptent comme condition de gratuité du traitement l'obligation de se rendre au dispensaire quand le médecin leur en fait la demande, cela et la gratuité du traitement constituent le nœud de la nouvelle organisation.

Ces dispensaires antisyphilitiques (qu'il ne faut pas confondre avec les consultations telles qu'elles se donnent maintenant) seraient tantôt annexées aux

consultations hospitalières, tantôt organisées en œuvre autonome, comme le sont les dispensaires antituberculeux qui doivent leur servir de type.

La gratuité des médicaments est une nécessité imposée par le nouveau traitement; celui-ci, au fond, n'est guère plus coûteux qu'un traitement mercuriel quelque peu prolongé, mais il nécessite une dépense faite en une fois, devant laquelle l'ouvrier ou l'employé recule. Or, comme pour le syphilitique tout est prétexte pour ne pas se traiter, il est nécessaire que le traitement soit tout à fait gratuit. Avec une somme de 5,000 francs par an nous estimons que l'on peut traiter 150 à 200 syphilitiques. Ce ne sont pas là des budgets exorbitants pour arriver à un résultat aussi considérable.

Quant aux frais nécessités pour l'organisation de semblables dispensaires, on ne peut trouver de meilleure solution que celle qui a permis aux dispensaires antituberculeux de prendre leur magnifique essor.

Ces œuvres fonctionnent surtout au moyen de subventions des pouvoirs publics : État, Province, Commune.

Le budget du dispensaire antituberculeux de Liège, la plus ancienne œuvre de ce genre en Belgique, est assuré par une subvention de l'État, pour une faible part, de la Province et de la ville de Liège, pour la plus grande part, et par quelques dons et cotisations de membres.

Il faut souhaiter voir l'État, les provinces, les communes, conscients du danger permanent de l'infection syphilitique pour les populations, inscrire à leur budget des crédits affectés à la création d'œuvres de prophylaxie anti-syphilitique fonctionnant d'après le type des dispensaires contre la tuberculose (1).

3. — Le charlatanisme et la syphilis.

Il nous reste à parler d'un dernier point, d'une importance considérable dans la lutte contre la syphilis : le charlatanisme, avec son cortège d'annonces fallacieuses et de promesses éhontées.

Dans la section de l'Exposition d'hygiène de Dresde, consacrée à la Société allemande de lutte contre les maladies vénériennes, une place importante était réservée à l'étude du charlatanisme médical, preuve évidente de l'importance que l'on attache à ce facteur d'aggravation de l'endémie syphilitique.

(1) Soucieux d'ouvrir la voie à l'application de ces méthodes de prophylaxie de la syphilis, le Conseil provincial de Liège, dans sa session de juillet 1914, a décidé, à l'unanimité de ses membres, l'inscription au budget de 1912 d'un important crédit destiné, d'une part, à permettre à l'Institut provincial de bactériologie d'organiser le service de sérodiagnostic de Wassermann, que pourront à l'avenir réclamer les praticiens, et, d'autre part, à subventionner les institutions, organisées d'après le type des dispensaires antituberculeux, qui seront créées pour la mise à la portée des personnes nécessiteuses du traitement spécifique de la syphilis.

Le simple bon sens, à défaut d'études précises et de statistiques, démontre la réalité du tort causé par ces charlatans. Surtout à l'heure actuelle, où la découverte du salvarsan a mis entre leurs mains un moyen d'application facile, que le public considère comme scientifique, les annonces pullulent dans les journaux politiques, promettant la guérison par une seule injection du « véritable salvarsan » faite par un « élève » du laboratoire de Francfort. Ce que nous savons du traitement de la syphilis par l'arsénobenzol montre combien les malheureux qui se laissent prendre à ces annonces s'exposent à de graves dangers.

Nous savons (et les charlatans qui promettent la guérison en une seule séance le savent aussi) que le salvarsan n'est pas assez puissant pour guérir la syphilis par une seule injection. Mais comme il en fait disparaître, et parfois pour très longtemps, les lésions visibles, le malade peut se croire et se croit guéri. C'est dans cette fausse sécurité qu'est le danger principal de ces traitements par annonce; il vaudrait mieux qu'on administrât une drogue inactive qui, au moins, laissant la maladie évoluer, laisserait la méfiance du malade en éveil. Au contraire, avec un produit comme le salvarsan, la syphilis, momentanément « blanchie », continue à exercer sourdement son action nocive et le malade reste exposé à toutes les ultimes conséquences de son infection.

A côté de cette réclame pseudo-scientifique, l'ancienne méthode des charlatans ne perd pas ses droits. Ici ce ne sont même plus des médecins qui l'exercent, c'est le premier venu auquel l'idée a poussé d'exploiter la crédulité de son prochain.

Pour démontrer le degré de culture de ces charlatans qui pullulent en Allemagne, on a fait en Saxe, pour l'année 1908, le relevé des professions exercées par ces individus : il y avait 102 commerçants, 56 barbiers, 56 infirmiers, 40 servantes, 59 tailleurs, 57 tisserands, 24 cordonniers, 24 paysans, 25 employés d'hôtel, 25 ouvriers de fabrique, 19 manouvriers, 17 boulangers, 15 jardiniers, 11 serruriers, 11 valets de chambre (1)!

Nous avons fait cette énumération pour montrer le degré de crédulité qu'atteignent des populations cependant plus instruites que les nôtres. Elle démontre que rien n'est plus facile que de faire fond sur l'état d'anxiété que crée chez un homme une maladie vraie ou supposée et explique l'extraordinaire simplicité des moyens employés par les faiseurs d'annonces.

Le tort que font ces réclames est incalculable. Nous savons que la syphilis exige un traitement long, minutieux et surtout sévèrement individualisé pour chaque malade. Qu'on songe aux conséquences lointaines de l'infection, à la mortalité considérable qu'elle cause, et que l'unique correctif de sa nocivité

(1) Tiré du 40. Jahresberichte des könig. sächs. Landesmedicinalcollegium.

est un traitement convenablement appliqué, et l'on mesurera le côté hautement criminel de ces manœuvres de réclame, qui ont pour principal effet d'endormir le malade dans une fausse sécurité, dont souvent il paie plus tard les lourdes et irréparables conséquences.

Il n'y a qu'un moyen de remédier, en partie du moins, à cette situation : c'est d'*interdire purement et simplement toute réclame de ce genre et de frapper d'une amende les journaux qui l'insèrent.*

Nous savons qu'il est délicat de toucher aux intérêts de la presse, dont les annonces constituent un revenu considérable. Mais n'avons-nous pas vu récemment, en Allemagne, les journaux les plus importants s'entendre pour ne plus insérer des annonces contraires aux bonnes mœurs? N'avons-nous pas en Belgique d'exemples d'interdictions de ce genre, telle que celle qui se rapporte aux loteries, dont il est défendu de faire l'annonce dans nos journaux et dans les journaux étrangers qui pénètrent chez nous? N'est-il pas interdit d'envoyer, sous forme de circulaires ouvertes, des prospectus annonçant ces loteries? Et niera-t-on qu'il y ait chez nous moins de joueurs de loterie, de ce seul fait?

Nous sommes convaincus qu'une interdiction formelle de toute annonce relative à la guérison des « maladies secrètes » aurait pour effet, non pas de tarir les sources du charlatanisme, mais de diminuer considérablement le nombre des victimes qu'il fait.

4. — Conclusions.

Arrivés à la fin de notre travail, nous en résumons en quelques propositions les conclusions principales :

1° Etant donnés les progrès récents de la syphiligraphie et l'efficacité démontrée des médicaments arsenicaux pour la disparition rapide des lésions contagieuses de la syphilis, il est nécessaire de modifier d'une façon radicale les mesures de défense sociale contre l'endémie syphilitique ;

2° C'est aux moyens thérapeutiques qu'il faut s'adresser, en tout premier lieu, pour « stériliser » le sujet infecté, le porteur de germes, agent direct de la transmission du mal dans la très grande majorité des cas ;

3° Pour arriver à ce but, il faut rendre large et facile l'intervention du traitement au plus grand nombre possible de malades ;

4° Pour cela il faut créer des centres multiples (laboratoires) où le médecin puisse aisément faire exécuter les recherches nécessaires au diagnostic précoce et rapide de l'infection (recherche du spirochète, sérodiagnostic) ;

5° Il faut instituer, dans les hôpitaux et les polycliniques, des consultations du soir ;

6° Il faut obtenir, dans les règlements des sociétés de secours mutuels et dans ceux qui relèvent de l'État et des administrations publiques en général, la suppression de l'article qui refuse les secours de maladie pour ceux qui sont atteints de maladies vénériennes ;

7° Il faut créer, sur le type des dispensaires antituberculeux, des dispensaires antisypilitiques où le malade pourrait avoir son traitement gratuit et où il resterait en contact permanent avec le médecin pendant et après sa maladie ;

8° Il faut imposer aux étudiants en médecine la fréquentation des cliniques de syphiligraphie dans les universités de Belgique et organiser ces cliniques d'une façon parfaite.

Il faut, en outre, notamment par le moyen des cours de vacances, répandre parmi tous les médecins les connaissances techniques nécessaires aussi bien pour le traitement des malades que pour le prélèvement des produits de diagnostic ;

9° Il faut prendre des mesures radicales et énergiques contre le charlatanisme.

Telles sont les mesures qui pourraient être prises immédiatement ou du moins pour lesquelles il faudrait de suite faire campagne.

Nous n'avons pas la naïveté de croire qu'elles seront appliquées d'emblée et nous savons que nous nous heurterons à des résistances plus grandes même que celles qu'a rencontrées l'œuvre de la tuberculose. Les considérations de solidarité sociale ont toujours été de faible poids quand il s'agit de dépenser quelque argent pour sauver des existences humaines ; on est indifférent quand on se croit à l'abri. Heureusement, il y a, en fait d'hygiène publique, un grand éducateur, un grand promoteur de réformes, et c'est la peur. C'est par la crainte du mal qu'on arrive à la notion égoïste de la nécessité de le combattre. Il faut montrer au public la réalité des choses : la fréquence et la gravité de la syphilis dans toutes les classes de la société. Il faut montrer que, partant de la prostitution, la syphilis remonte et vient infecter toutes les classes sociales, pour redescendre de là et aller contaminer à nouveau la prostitution, dont elle émane, et qu'il faut briser ce cercle vicieux en quelque endroit, en stérilisant les porteurs de germes ; il faut montrer aussi qu'aucun de nous, si rigide soit sa conduite, si haute sa moralité, n'est à l'abri du mal. Il faut, enfin, faire comprendre que les salles d'hôpitaux sont remplies de malades qui, sans qu'on s'en doute même, succombent aux suites de leur infection ancienne, que nombre de maladies du cœur, des reins, des artères, du système nerveux ont la syphilis pour cause et qu'enfin, si l'endémie est très répandue dans la classe ouvrière, les classes aisées sont en proportion beaucoup plus atteintes encore.

Sous la poussée de cette conviction, l'opinion arrivera peu à peu à s'émeu-
voir, comme cela a été le cas pour la tuberculose. Mais l'exemple de la lenteur
initiale des progrès dans la lutte contre cette affection doit nous enlever pour
la syphilis l'espoir d'une réforme rapide. La propagande pour ces idées est plus
difficile, elle heurte des préjugés héréditaires, des conceptions religieuses et
morales fausses, mais puissantes, puisqu'elles prennent leur source dans le
sentiment. La conviction du danger que tous nous courons sera, elle aussi,
plus lente à se faire jour que pour la tuberculose. Et puis, les masses sont
conservatrices; on est fait à son mal et l'on ne le voit plus.

Il importait cependant que, devant les nouvelles découvertes de la syphili-
graphie, un nouveau plan de campagne fût dressé et que l'on sût sur quels
points devaient porter les premiers efforts. C'est le but que nous avons cherché
à atteindre en écrivant ce rapport.



U4282C

ALMA 261630

