

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

Vol. XLXII

NOVEMBRE 1922

No 11

BULLETIN

LE PRESIDENT DU COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUEBEC.

Monsieur le docteur Boulet, Président du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec, permet-il à *L'Union Médicale du Canada*, la revue scientifique dont il est l'une des âmes dirigeantes, de le féliciter chaleureusement sur la confiance que le public médical de cette province vient de lui témoigner en l'élisant pour un second terme au plus haut poste d'honneur?

Cette marque de confiance réitérée à l'un des nôtres n'est pas sans nous réjouir.

La mentalité idéaliste de monsieur le docteur Boulet lui vaut cette confiance. Si d'instinct nous allons vers ceux qui tendent à la perfection, à plus forte raison y allons-nous quand maintes fois la preuve a été faite des tendances de ceux qui nous dirigent.

Monsieur le docteur Boulet n'a absolument rien du démonstratif ni du démagogue. Il n'est pas de ceux qui attirent de prime abord. Il faut le fréquenter pour le connaître. Et qui le connaît l'estime. C'est un positif. Il ne recherche que ce qu'il veut. Il ne veut que ce qu'il croit juste et bon.

D'aucuns peuvent se méprendre sur ses intentions. Cela tient à un défaut de fréquentation de leur part. Evidemment nous ne parlons pas ici de ceux qui, de parti pris, prêtent toujours les plus mauvaises intentions aux dignitaires. Nous faisons simplement allusion aux critiques de bonne foi, dont il a pu être l'objet, à l'occasion de son premier éloge au fauteuil de la présidence du Collège des Médecins.

Nous sommes particulièrement heureux de faire coïncider l'expression de nos sentiments personnels à l'égard du Président du Collège avec la publication du magistral discours qu'il a prononcé

sur les "Intérêts professionnels", au dernier Congrès des médecins de langue française. Ce discours, à cause de son caractère idéaliste, a fait une impression profonde sur tous les médecins qui l'ont entendu. Il a même eu les honneurs de l'affichage au dernier procès-verbal de l'assemblée générale des gouverneurs du Collège des médecins. Nous savons aussi qu'il a fait plus qu'attirer l'attention de la mission française au Congrès.

L'heure est assurément bien choisie, nous disait l'un des délégués français, pour demander à la France "*de céder aux médecins français d'Amérique ou pour le moins au Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec quelques-uns sinon tous les privilèges accordés aux médecins de ses colonies.*"

Le passage du docteur Boulet à la présidence du Collège des médecins n'aurait-il eu que cet avantage de nous faire encore une fois retrouver par la France que nous lui en saurions gré. Mais il a fait davantage. Par sa dignité personnelle, son prestige et sa formation classique et française, il a rehaussé le niveau professionnel. En donnant au Conseil de discipline l'importance qu'il mérite, en s'appliquant à perfectionner nos lois comme il s'y applique à l'heure présente, en assurant comme c'est son désir, la stabilité matérielle de notre institution, il a mérité la confiance absolue de ses confrères et ses confrères sont heureux de le payer de retour, en l'élisant pour un second terme au fauteuil de la présidence.

LE SYPHILITIQUE ET LA SYPHILIS

Par le Docteur PAUL GASTOU,

Chef du Laboratoire Central de l'Hôpital St-Louis de Paris,
Ancien chef de Clinique de la Faculté de Médecine.

Généralités sur la syphilis et le syphilitique

L'accident initial passe souvent inaperçu, et, de ce fait, la syphilis n'est pas traitée utilement dès son début; ce qui est d'importance capitale pour la stérilisation des accidents contagieux et la guérison de la syphilis.

1° Le chancre peut avoir une existence éphémère, ou être caché, en particulier chez la femme.

2° Le chancre est souvent extra-génital.

3° Il existe des syphilis sans chancre initial.

Donc: toute lésion exulcéreuse ou ulcéreuse, siégeant sur n'importe quel point du corps (surtout bouche, lèvres, face, doigts, seins, région anale, etc.,) à tendance subaiguë, non douloureuse, s'accompagnant d'engorgement ganglionnaire, doit être tenue comme suspecte, examinée microscopiquement, et nécessiter une séro-réaction.

Il ya lieu de tenir compte, dans la thérapeutique, l'évolution et le pronostic de la syphilis, des constatations suivantes:

1° Nature et origine du virus ou de l'agent contaminant.

2° Localisation initiale du chancre.

3° Age et sexe du sujet contaminé.

4° Evolution de ou des accidents (chancres multiples).

5° Associations microbiennes.

6° Terrain du sujet syphilitique.

Ces constatations s'appliquent aussi bien au chancre initial qu'à l'ensemble de la syphilis.

1° *Nature de l'agent et origine.*—MM. Levaditi et Marie ont cherché à différencier un spirochæte neurotrophe produisant des lésions nerveuses, surtout la paralysie organotrophe donnant des lésions cutanées et viscérales.

Il me paraît important de signaler que l'on rencontre dans les chancres, des spirochætes à forme *longues, moyennes et courtes*, de gracilité et d'épaisseur variables. Les formes longues semblent comporter une virulence plus considérable: il en est de même de l'abondance des spirochætes.

L'origine contaminante semble également impliquer un pronostic plus sévère, en particulier pour les chancres contractés dans les colonies.

2° *La localisation* faciale, crânienne et digitale du chancre, comporte une plus grande gravité, surtout par suite de la méconnaissance du chancre et de l'extension lymphatique.

3° *L'âge et le sexe* impriment à la syphilis une allure spéciale. La gravité d'une syphilis est d'autant plus à craindre qu'elle survient en bas âge ou à un âge avancé. Chez la femme, la syphilis est souvent méconnue, parce que d'origine conceptionnelle, et d'un pronostic sérieux du fait de la maternité.

4° *L'évolution* du chancre et de la syphilis est subordonnée à la précocité du diagnostic et du traitement, et à l'intensité de celui-ci. On ne peut tabler d'une façon absolue sur l'envahissement plus ou moins rapide ou intense des ganglions, qui, si elle peut être considérée comme un facteur de défense, est en général l'indice d'une extension rapide de la septicémie syphilitique.

5° *Les associations microbiennes* : Ducrey, gonocoques, spirilles, microbes ou bacilles divers, champignons: modifient l'évolution du chancre ou des accidents secondaires et tertiaires de la syphilis.

6° *Le terrain individuel* sur lequel se développe la syphilis est un facteur considérable dans l'évolution, le pronostic et le traitement de la syphilis. Il dépend des antécédents héréditaires et pathologiques du malade, de ses habitudes (alcool, tabac) et genre de vie.

Il faut se rappeler que la syphilis réveille les tares nerveuses et viscérales, et que toute infection ou intoxication est provocatrice d'accidents.

Conclusions : Chaque localisation et chaque période de la syphilis a sa thérapeutique.

—Le traitement de la syphilis doit se préoccuper en même temps que de la syphilis, de ses associations.

—Le traitement s'adresse non seulement à la syphilis, mais au syphilitique.

Le diagnostic de l'évolution de la syphilis et de l'état du syphilitique déterminent les directives du traitement.

En 1910, dans la préface du *Guide pratique du Diagnostic de la syphilis* (1), j'écrivais :

“Le diagnostic de la syphilis entraîne à sa suite des conséquences individuelles, familiales et sociales sur lesquelles depuis longtemps et à plusieurs reprises a insisté mon Maître, le Professeur Fournier.”

Or ce diagnostic est des plus difficiles dans un grand nombre de cas; soit, que les signes de la syphilis ressemblent à ceux d'autres maladies, soit que ces signes n'existent pas et que la syphilis à l'état latent ne donne lieu à aucun accident.

Faire le diagnostic de la syphilis, alors qu'elle n'existe pas, c'est condamner le malade, en dehors du tourment moral qu'on lui inflige, à un traitement long, pénible et à toutes ses conséquences. C'est le laisser vivre dans une incertitude indéfinie, le faire trembler à chaque instant pour sa santé, celle de sa femme et de ses enfants.

Ne pas faire un diagnostic, lorsque la syphilis existe, c'est exposer le malade à des accidents souvent incessants, graves, quelquefois mortels. C'est l'exposer à contaminer les siens, à procréer des descendants malades de sa maladie ou dégénérés physiquement et moralement.

A cette question du diagnostic de la syphilis s'ajoutent encore d'autres questions excessivement complexes et des plus importantes à répondre.

Parmi elles: la contamination dans le mariage ou hors du mariage, la question de l'allaitement, celle de la nature et des origines des dégénérescences et dystrophies, enfin la question du traitement de la syphilis.

Jusqu'à présent la plupart de ces questions n'ont pas été résolues. Par la clinique et la statistique, on a posé quelques principes; mais, s'il y a de nombreuses probabilités, il y a peu de certitudes."

La découverte de Schaudinn a changé complètement l'étude de ces questions.

L'étude du diagnostic de la syphilis et des nombreuses questions que soulèvent son évolution et son traitement doit être entièrement reprise à l'aide de deux nouvelles méthodes: *la recherche du spirochète et le séro-diagnostic*.

J'ai, dans une monographie récente, montré de quelle utilité était, pour l'étude du diagnostic et du traitement des accidents primitifs et secondaires l'emploi de l'ultra-microscope, (1) que j'avais déjà mentionné dans un article de la *Presse médicale*, en avril 1908.

Si j'ai rappelé ici ce que j'écrivais en 1910, c'est pour insister longuement sur la nécessité absolue de baser tout diagnostic et tout traitement de la syphilis sur la recherche du spirochète (ultra-microscope ou coloration) et la réaction de Bordet-Wassermann.

On ne peut juger utilement de l'action d'une médication quelconque qu'en procédant ainsi.

Le traitement de la syphilis comporte un diagnostic précis. Or s'il existe une syphilis dermatologique facile à voir, il existe une syphilis latente, cachée viscérale qu'il faut dépister; d'où deux variétés d'accidents syphilitiques :

- 1° *La syphilis qui se voit;*
- 2° *La syphilis qu'il faut rechercher.*
- 1° *Diagnostic de la syphilis qui se voit.*

Le diagnostic de cette variété d'accidents syphilitiques est surtout d'ordre dermatologique; il vise les lésions de la peau et des muqueuses, et s'appuie sur:

- 1° La clinique;
- 2° L'emploi de l'ultra-microscope, des méthodes de coloration, de la séro-réaction de Bordet-Wassermann.

Dans certaines localisations il nécessite:

- 3° la biopsie et l'étude histologique (en particulier pour la langue).

Il faut se rappeler que:

Il ne faut jamais faire de traitement local, d'applications antiseptiques, ou de pommades quelconques sur un chancre génital, extra-génital, ou une ulcération suspecte, avant de l'avoir examiné à l'ultra-microscope. On ne doit appliquer que de l'eau bouillie, sinon les spirochètes disparaissent.

De même, ne pas faire de traitement spécifique avant d'avoir un diagnostic précis et certain.

Un grand nombre de chancres sont considérés comme chancres syphilitiques, de même que des chancres syphilitiques peuvent être considérés comme chancres mous, si au diagnostic clinique ne s'ajoute pas la confirmation du laboratoire: ceci en particulier est important pour les nombreux chancres mous papuleux et chancres mixtes que l'on rencontre depuis la guerre.

- 2° *Le diagnostic de la syphilis qu'il faut rechercher.*

Le diagnostic de la syphilis qui ne se voit pas est des plus importants et souvent des plus difficiles à réaliser.

Importance de ce diagnostic : La fréquence de la syphilis, de 1914 à 1918 a été d'environ 45,000 à 50,000 cas par an, ce qui fait 180,000 à 200,000 syphilis nouvelles. Or les syphilis acquises ou héréditaires interviennent, comme cause étiologique, dans la proportion de 40% dans les maladies chroniques ou viscérales des adultes. Nobécourt et Bonnet ont trouvé la réaction de Bordet-Wassermann

positive chez 4% des nourrissons et 4.38 des femmes récemment accouchées; tous ces sujets étaient indemnes d'accidents.

Chez tout sujet qui ne justifie pas la cause de la maladie: troubles de nutrition, maladie viscérale ou chronique, par une étiologie connue, il faut suspecter et rechercher:

A—*Une syphilis latente* que peuvent indiquer les signes cliniques, certains stigmates, les antécédents ou commémoratifs.

B—*La syphilis ignorée* ou méconnue, surtout chez les femmes et les enfants.

C—*La syphilis dissimulée* volontairement ou masquée par des lésions ou associations concomitantes: tuberculose, cancer, paludisme, infections, intoxications, etc.

D—*La Syphilophobie* ou syphilomanie, très difficile à éliminer et entraînant quelquefois des traitements inutiles et dangereux.

Le diagnostic de la syphilis qu'il faut rechercher se fait rarement par la clinique seule; c'est alors un diagnostic de présomption ou de suspicion qu'il faut confirmer par:

1° La réaction de Bordet-Wassermann du sang et du liquide céphalo-rachidien;

2° L'examen physico-chimique et histologique du liquide céphalo-rachidien;

3° La réactivation;

4° Les examens radiologiques: radioscopie et radiographie;

5° Les examens microscopiques et histologiques;

6° La luétine-réaction, procédé non entré dans la pratique courante.

Je ne puis m'étendre sur la technique de chacune de ces méthodes qui sont du ressort du diagnostic; je n'en dirai qu'un mot au sujet de leur interprétation en ce qui concerne le traitement.

Le séro-réaction (déviation du complément Bordet-Wassermann); ses causes d'erreur et son interprétation.—

La réaction de B. W. n'aura de valeur clinique certaine que le jour où les différents laboratoires et techniciens, auront les mêmes méthodes, les mêmes techniques, les mêmes réactifs et surtout un antigène spécifique.

La réaction B. W. faite selon la technique initiale de Bordet, avec un antigène de foie hérédo syphilitique contenant des spirochètes et sur sérum inactivé, est la méthode qui donne le plus de garanties.

La méthode de Hecht ou les procédés analogues, basés sur le sérum non chauffé, sont le plus souvent trop sensibles.

Il est indispensables actuellement de combiner les procédés au sérum chauffé et non chauffé.

Il est nécessaire le plus souvent d'employer des antigènes de sources différentes.

Il est indispensable, dans les cas cliniques douteux ou suspects, de pratiquer des réactions multiples, avec des procédés différents, et de renouveler les prises de sang à plusieurs reprises et à plusieurs jours de distance.

L'envoi du même sérum dans plusieurs laboratoires donne une moyenne d'indications quelquefois utile.

Il ne faut pas oublier que la réaction de B. W. nécessite une technique de prélèvement du sang aseptique, rigoureuse, ne laissant pas la possibilité d'actions hémolytiques ou anti-hémolytiques, surajoutées ou accidentelles.

Se rappeler que la réaction de B. W. peut être modifiée par la période digestive, les règles, la présence d'affections rénales ou hépatiques, de troubles endocriniens, l'existence de maladies infectieuses, la fièvre, la prise de médicaments.

C'est pour obvier aux résultats discordants des réactions sur sérums chauffé ou non chauffé que l'on ajoute la déviation du complément faite sur le liquide céphalo-rachidien ou les urines (Robert Simon).

Les réactions de déviation du complément faites sur des malades en traitement arsénical peuvent entraîner également des causes d'erreur. (Voir Réactivation).

La réaction de B. W. dans le diagnostic de la syphilis.

La réaction de B. W. est confirmative et adjuvante, quand la syphilis est en activité. Elle doit toujours être faite dès le début. Elle est quelquefois positive avec des méthodes sensibles, en particulier sur sérum non chauffé, à partir du 12^{ième} jour; elle l'est presque toujours à partir du 25^{ième} jour après l'apparition du chancre.

La réaction de B. W. sur sérum non inactivé est un moyen de présomption, quand elle est positive dans les cas douteux où la clinique reste hésitante.

Une réaction de B. W. négative, en dehors d'une syphilis avérée et traitée (où elle est alors un moyen de contrôle du traitement) ne saurait avoir une valeur diagnostique: une réaction de B. W. négative n'est pas l'indice de l'absence de syphilis.

La réaction de B. W. et le pronostic.

Dans les syphilis récentes, en activité ou traitées, une réaction de B. W. positive indique que l'évolution de la syphilis continue.

Dans les syphilis anciennes ou latentes, un B. W. positif n'entraîne pas un pronostic fâcheux, s'il n'existe aucun accident cutanéomuqueux ou viscéral; en tous cas, à lui seul, il ne saurait indiquer la possibilité d'accidents contagieux.

Il n'a de valeur qu'au point de vue du mariage, de la procréation et de la transmission héréditaire.

La valeur positive d'un B. W. du sang est plus importante quand elle s'accompagne d'un B. W. positif du liquide céphalo-rachidien.

La réaction de B. W. dans le contrôle et la direction du traitement.

On ne peut guère faire de traitement méthodique et raisonné de la syphilis sans le contrôle du B. W.

Ce contrôle doit être fait, pour le sang, après chaque période de traitement pendant deux années consécutives; ensuite tous les trois mois pendant la troisième année; deux fois dans la quatrième année. La fréquence du B. W. dans les années suivantes dépend de la positivité ou négativité successives et de la présence ou absence d'accidents imputables à la syphilis.

Il est utile de l'accompagner, si possible dès la fin de la première année, d'un B. W. du liquide céphalo-rachidien, même en dehors de tout signe de réaction méningée (1).

Une réaction de B. W. positive dans une syphilis en activité ou en évolution indique la nécessité de faire ou de continuer le traitement.

Une réaction de B. W. positive persistante après une ou plusieurs séries de traitements fait dès le début de la maladie indiquer l'insuffisance ou l'inactivité du traitement, la nécessité d'intensifier ce traitement ou de changer la médication (arséno-résistance; mercurio-résistance).

Une réaction positive irréductible à toute médication ne constitue pas une nécessité d'un traitement spécifique persistant, surtout dans les syphilis anciennes ou sans signes. Elle indique une surveillance et l'emploi de médications associées ou combinées (2).

Interprétation clinique de la réaction de B. W.

L'interprétation clinique de la réaction de B. W. se fait soit par des procédés colorimétriques (Echelle de Vernes, d'Hallion et Carrion, etc.), soit par des notations conventionnelles indiquant la quantité d'anticorps que contient le sérum examiné et, par suite, l'existence de la syphilis et son degré de virulence.

Cette notation varie selon les auteurs et les techniques. Voici celle employée au Laboratoire central de l'hôpital Saint-Louis.

Réaction positive totale	+++	Syphilis confirmée
— — partielle	—	— suspecte
— — faible	---	— douteuse
— négative partielle	----+	— présumée,
— — totale	-----	— absente

Interprétation du B. W. au point de vue du contrôle du traitement.

Réactions discordantes.

Lorsqu'on transporte cette interprétation dans le domaine thérapeutique, il est évident que plus la réaction est positive, plus elle indique de virulence et d'activité.

Pour avoir des renseignements plus complets, il est nécessaire d'émettre en parallèle les réactions de B. W. au sérum non chauffé et au sérum inactivé. Il se produit alors des réactions discordantes des plus importantes au point de vue thérapeutique. La signification à en tirer est indiquée ci-dessous :

1° Sérum non chauffé	Sérum inactivé
<i>Réaction Hecht et Similaires</i>	<i>Réaction de B. W. type</i>

++++	+++++
Maladie en évolution, latente ou méconnue, non traitée ou à traiter.	

2° +++++	-++++
Maladie en évolution: syphilis héréditaire ou ancienne, ou syphilis au début du traitement.	

3° ++++	ou -++++	---++
Syphilis vers le 25ième ou 30ième jour de son évolution ou syphilis ancienne ou syphilis en traitement depuis quelque temps.		

4° ---++	-----+	ou -----
Syphilis en traitement régulier ou syphilis n'ayant pas été traitée suffisamment ou traitement interrompu depuis longtemps et à reprendre, ou syphilis douteuse à réactiver.		

5° -----	-----
Syphilis stérilisée, sans accident, ou en voie de guérison. Traitement actif et suffisant. Syphilis à surveiller.	

Réaction de B. W. du liquide céphalo-rachidien, examen histologique ou physico-chimique.

Il est souvent difficile ou presque impossible pour le praticien de faire une ponction lombaire. Cependant celle-ci est souvent indispensable pour :

1° Se rendre compte, au point de vue des diagnostic et pronostic, s'il n'existe pas des réactions encéphaliques (Paralysie générale) ou médullaires (Myélite transverse, Tabès, etc.)

2° Cette ponction est indispensable dans certains cas, où la réaction de B. W. du sang est négative, alors qu'il existe des phénomènes cérébro-spinaux. Dans ces cas, la réaction de B. W. du liquide céphalo-rachidien est souvent positive.

De toutes façons, la constatation d'hyperglycosurie, la lymphocytose anormale sont des facteurs importants de diagnostic et de pronostic.

La réaction de B. W. et la réactivation.

M. Milian a démontré qu'on pouvait provoquer une réaction d'Erxheimer, c'est-à-dire réactiver des lésions syphilitiques latentes et, de ce fait, déceler l'existence de la syphilis, en pratiquant une ou plusieurs injections intra-veineuses de sels arsénicaux organiques, et en faisant ensuite, deux à trois fois, et à plusieurs jours de distance, des réactions de B. W.

La technique de la réactivation est la suivante: injections de 0.15, 0.30 et même 0.45 cent. de Novarsénobenzol à 8 jours de distance. Séro-réactions de B. W. successives, 10 jours, 15 jours, 25 jours après la dernière injection.

La positivité indiquerait l'existence d'une syphilis latente ou cachée.

Cette conclusion a été discutée, et certains auteurs admettent que le fait seul d'injecter des sels arsénicaux ou mercuriels peut déterminer une B. W. positive. Ce moyen est cependant à conserver, pour réveiller une syphilis avérée, momentanément endormie.

Les examens radiologiques et en particulier la radioscopie sont indispensables 1° pour le diagnostic des aortites, ectasies, lésions broncho-pulmonaires, pleurales, médiastinales; 2° pour en surveiller l'évolution, sous l'influence de la thérapeutique.

Il en est de même des *examens bactériologiques et histologiques*.

Le médecin praticien doit faire appel au Laboratoire chaque fois qu'il est dans le doute, ou qu'il désire un contrôle rigoureux du diagnostic et du traitement que ne peut pas toujours donner la clinique.

Messieurs, en vous remerciant d'avoir écouté avec bienveillance le commentaire d'un chapitre de la douloureuse histoire de la syphilis et du syphilitique, permettez-moi de vous dire combien je suis heureux d'être parmi vous et de vous apporter le salut fraternel de ceux qui vous admirent et surtout qui vous aiment.

Loin des yeux, près du coeur: telle est la devise du Français de France, pour le Français Canadien.

LA LUTTE CONTRE LA SYPHILIS HEREDITAIRE (1)

Par le traitement des procréateurs et du nouveau-né

ROLE DES DISPENSAIRES ANTISYPHILITIQUES DANS LES MATERNITES

Par MARCEL PINARD

Médecin des Hôpitaux de Paris.

La notion de syphilis tueuse d'enfants n'est pas nouvelle, mais depuis A. Paré qui avait insisté sur ses méfaits, elle continue à sévir.

Sur 500 ménages syphilitiques, A. Fournier note 40 pour cent de grossesses à résultat malheureux et le taux de la mortalité infantile sur ceux qui arrivent à naître vivants est de 42 pour 100.

Sur les malades de ville, Fournier compte, sur 527 grossesses, 230 avortements, soit 43 pour 100. Sur la clientèle de l'hôpital Saint-Louis, 148 grossesses de femmes syphilitiques donnent 125 morts et 23 enfants qui naissent vivants.

Jusqu'en 1920, les chiffres de mortalité hérédo-syphilitique sont restés à peu près les mêmes.

Or il suffit d'une lutte méthodiquement organisée pour obtenir des résultats excellents.

Le traitement mercuriel ne donne que des résultats médiocres et insuffisants. Ainsi que le démontrent les statistiques de Sauvage, le traitement arsenical peut donner des résultats parfaits à la condition d'être bien manié.

Le Dr Jeanselme a montré dès 1912 la tolérance parfaite du 606 intraveineux chez les femmes en état de gestation.

Il est nécessaire, avant toute chose, de faire l'éducation des médecins et celle du public.

On a jusqu'ici caché la syphilis, on en parle à mots couverts, les statistiques officielles de morbidité et de mortalité l'ignorent, les hommes de gouvernement présidant des conférences sur les fléaux sociaux en rayent le nom, la presse se refuse à l'imprimer.

Pourtant, des premiers résultats sont à enregistrer en France. Le Comité National de propagande d'hygiène sociale et d'éducation prophylactique a commencé cette éducation nécessaire, et le Dr Queyrat, avec sa grande expérience a récemment à Paris, obtenu un grand

(1) Communication au Congrès des médecins de langue française, à Montréal, septembre 1922.

succès en faisant deux conférences sur la syphilis devant des auditoires de jeunes filles et de mères de famille.

Quand cette éducation aura porté ses fruits, on obtiendra beaucoup plus souvent qu'aujourd'hui la stérilisation du procréateur syphilitique ou hérédo-syphilitique.

Celui qui a contracté la syphilis ne doit se marier qu'après la disparition de tous les signes de l'affection contrôlés par tous les moyens d'investigation actuellement connus (cliniques, sérologiques, céphalo-rachidiens, épreuves du temps et de la réactivation).

Mais beaucoup sont porteurs de syphilis ignorée acquise ou héréditaire; il serait donc nécessaire que l'on fasse pour le mariage ce que l'on fait pour entrer dans une administration d'Etat ou pour contracter une assurance sur la vie; le fiancé et la fiancée passeraient chez le syphiligraphe qui pratiquerait les examens nécessaires.

Mais avant d'arriver à cet idéal, le médecin doit mettre à profit l'excellent réactif qu'est la grossesse pour dépister une syphilis encore en activité.

Toute femme en état de gestation devrait être examinée par le médecin au point de vue de la syphilis, et son analyse sérologique pratiquée, ainsi que celle du procréateur.

L'examen clinique et sérologique des parents peut d'ailleurs ne pas révéler toujours une syphilis latente qui peut frapper durement la descendance.

Aussi faut-il donner une place importante dans ses recherches à l'enquête familiale qui doit être largement menée et porter non seulement sur la femme, le mari, sur les gestations antérieures, (fausses couches spontanées, dystrophies sur les enfants nés antérieurement, hydramnios, gros placentas, etc.,) sur les collatéraux et les ascendants, sur les affections, accidents ou dystrophies survenues dans la famille.

Dès que le diagnostic est porté chez la femme en état de gestation, il faut immédiatement instituer un traitement énergique aussi rapidement que possible.

La méthode de choix consistera en séries progressives et répétée d'arsenobenzol (606) ou de néoarsenobenzol (914) intraveineux, appliquées avec des précautions d'usage et séparées par un répit de 21 jours entre chaque séries :

606:	0,10	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,60	0,60
914:	0,15	0,30	0,45	0,60	0,75	0,90	0,90	0,90

On pourra mettre trois jours entre la première et la deuxième,

quatre jours entre la deuxième et la troisième, six jours entre les suivantes.

Si le traitement est commencé dès le début de la gestation, on pourra pratiquer trois séries arsenicales de sept ou huit piqûres chacune en ayant respecté les lois de l'arsénothérapie (atteindre les grosses doses, seules efficaces; ne pas prolonger les périodes de repos de plus de trois semaines).

Plus le traitement sera institué tardivement, plus les chances favorables diminuent, mais néanmoins il faut toujours y recourir, et nous répétons que la voie intraveineuse est la méthode de choix, et que les accusations portées contre elle sont démenties par les faits, comme nous le verrons tout-à-l'heure à l'examen des résultats. Signalons toutefois le fait intéressant que les femmes en état de gestation supportent mieux les arsenicaux à ce moment, de même que les femelles de cobayes ou de lapins.

Toutefois, si la difficulté de faire des injections intraveineuses se présente, on pourra recourir à la médication sous-cutanée en employant des corps comme le sulfarsénol ou le métarsénobenzol sous-cutané aux mêmes doses que le 914 intraveineux.

Chez l'enfant hérédo-syphilitique, ce ne sont pas les accidents qu'il peut présenter qu'il faut combattre, c'est la syphilis elle-même et c'est la stérilisation qu'il faut avoir également comme idéal.

Ici deux méthodes de choix:

° Méthode intraveineuse: Dans la jugulaire externe (technique de Blechmann), 914 en solution concentrée; série de huit injections progressives, par exemple pour un nouveau-né de 3 kilogrammes:

0,005 0,01 0,015 0,02 0,03 0,04 0,045 0,045

Les trois premières injections seront pratiquées tous les quatre jours, les suivantes tous les six ou sept jours. Le repos intercalaire sera de vingt et un jours.

A partir de la deuxième série, on pratiquera une analyse de sang avec le sérum non chauffé, et quand il sera négatif on pratiquera encore après deux séries successives à doses en rapport avec le poids de l'enfant, de manière que les deux dernières injections de chaque série soient faites à la dose d'un centigramme et demi par kilogramme.

Dans les cas très graves, on sera autorisé à négliger les fortes réactions qui pourraient survenir en pratiquant les grosses doses d'emblée et on pourra, suivant la technique de J. Renaut, injecter immédiatement une première dose d'un centigramme un tiers par

kilogramme et continuer cette dose chaque semaine pendant huit semaines.

2° Méthode sous-cutanée: Si des difficultés matérielles, notamment l'absence d'aide s'opposent à l'injection intraveineuse, on pourra recourir à la médication sous-cutanée qui donne d'aussi bons résultats à la condition d'employer un corps actif et bien toléré et de l'employer aux doses ordinaires. Nous recourons dans ce cas au sulfarsénol en suivant exactement la même ligne de conduite que par la voie intraveineuse et en atteignant également la dose d'un centigramme et demi par kilogramme.

Ce traitement, auquel nous nous sommes fixés, avec mon élève et ami Pierre Girand, dure en moyenne une année, comporte quatre à cinq séries arsenicales et exige ensuite une surveillance de l'enfant pour constater si la stérilisation a bien été obtenue.

OBSERVATION 21.05.286

Louis A.... Né à terme à Baudelocque le 10 mai 1921, pesant 3.850 grammes, Placenta 770 grammes.

Le nourrisson est amené à la consultation des Maladies héréditaires le 25 mai 1921. Il présente un ventre étalé, un foie très augmenté de volume, une rate perceptible, bulles de pemphigus au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds, des lésions papuleuses circonscrites sur le tronc et les avant-bras.

Examen microscopique. Coloration Fontana Trilondeau. Tréponèmes nombreux.

Examen sérologique. 25 mai 1921. Hecht. Positif.

Traitement au sulfarsénol sous-cutanée.

	PREMIERE SERIE: 25 mai au 29 juillet									
Piqûres	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°
Poids:	3.600	3.700	3.780	3.960	4.260	4.470	4.600	4.700	4.900	5.080
Doses:	0,005	0,01	0,015	0,02	0,03	0,04	0,05	0,06	0,07	0,07
										— 0 gr. 37

Repos de 3 semaines.

	DEUXIEME SERIE: 26 août au 28 octobre									
Piqûres	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°
Poids:	5.850	6.030	6.260	6.350	6.560	6.730	6.980	7.250	7.350	7.550
Doses:	0,01	0,12	0,03	0,04	0,05	0,06	0,07	0,08	0,10	0,10
										— 0 gr 56

Examen sérologique après un repos de 3 semaines.

Hecht 00. Négatif.

	TROISIEME SERIE: 18 novembre au 20 janvier 1921									
Piqûres	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°
Piqûres:	7.850	7.900	8.080	8.020	8.200	8.400	8.550	8.680	8.740	8.780
Doses:	0,02	0,03	0,05	0,07	0,08	0,08	0,09	0,12	0,12	0,12
										— 0 gr 74

Examen sérologique après un repos de 3 semaines.

Hecht 00 négatif. 17.2.22

Réactivation 1 piqûre de 0,04 centigr.

Examen sérologique 2 semaines après Hecht 00 négatif, 10 mars 22.

Examen du liquide céphalorachidien, 10.4.22

Tension: Gouttes normales

Albumine: 0,17

Lymphocytes: 0

B. W. type: 00

Observation : Les lésions spécifiques disparurent dès la 4ième injection de sulfarsénol.

Si les bons résultats sont faciles à obtenir en clientèle de ville, à la condition toutefois que le médecin ait l'énergie nécessaire et soit convaincu de l'importance de son action, il n'en est pas de même dans la clientèle hospitalière, souvent mobile, insouciant et ignorante.

On ne pouvait espérer en pratique attirer les futures mères dans des hôpitaux généraux et spécialisés; il fallait au contraire que le syphiligraphe se transporte avec son dispensaire dans la maternité même.

Aussitôt après l'armistice, le professeur Couvelaire voulut réaliser cette idée à la Clinique Baudelocque. Le dispensaire, dont la direction me fut confié, fut installé dans des locaux de fortune et fonctionna avec l'assistance dévouée de mes collaborateurs du centre de syphiligraphie militaire que la démobilisation libérait.

Le dispensaire pour traiter les maladies héréditaires ainsi qu'il fut dénommé, se développa peu à peu en enfant illégitime, mais bientôt l'Assistance publique en reconnaissait l'utilité et accordait son concours officiel et des crédits.

La Maternité est l'endroit de choix pour ces dispensaires: atmosphère familiale et morale où les femmes viennent plus volontiers que dans un hôpital, où elles reviendront facilement suivre un traitement pour elles ou leurs bébés, après leur sortie, sans avoir à craindre d'aller aborder un hospice nouveau et des figures nouvelles.

Endroit de choix parce que des quantités de syphilis qui seraient restées latentes sans la gestation se révèlent à la maternité par l'hydramnios, l'avortement, le gros placenta, les malformations de l'enfant, le manque d'accroissement pondéral, les troubles digestifs, etc.

Endroit de choix encore parce que l'on profite également du grand recrutement des consultations de femmes enceintes, du service d'accouchement, des consultations de mères nourrices et de nourrissons, tout ce qui est ou a été anormal dans l'histoire des consultants provoque une enquête.

La syphilis reconnue ne doit pas seulement être traitée pendant la gestation, mais pendant tout le temps nécessaire à sa stérilisation.

Il lui faut en outre faire comparaître toute la famille (père, mère, enfants), et traiter tous ceux qui sont atteints.

315 malades ont été soignées au dispensaire en 1919, 837 en 1920, 1,116 en 1921.

En janvier 1921, nous traitons 8 enfants par séance; nous en traitons 80 aujourd'hui.

Ces médications arsénicales intensives, intraveineuses chez les femmes, sous-cutanées chez les nourrissons, ne sont pas dangereuses et sont très efficaces.

Autrefois, on n'osait pas traiter les syphilitiques pendant leur gestation à cause "de l'émotion que donne le mercure" comme disait de Blégny. Une femme dissimulait sa grossesse pour faire traiter sa syphilis (Mauriceau).

Ces mêmes raisons furent invoquées lors de la découverte du 606. On a accusé la méthode de provoquer des avortements :

Les chiffres répondent :

Ce sont les femmes qui ont le plus de piqûres arsénicales intraveineuses pendant la grossesse qui ont les résultats les meilleurs :

Ainsi : 21 femmes traitées avant et après la gestation donnent :

enfants vivants	21
enfants morts	0

29 femmes traitées pendant la gestation (2 ou 3 séries de piqûres :

enfants vivants	27
enfants morts	2

36 femmes n'ayant reçu qu'une seule série de piqûres donnent :

enfants vivants	33
enfants morts	3

16 femmes insuffisamment traitées (moins d'une série complète de 914) :

enfants vivants	9
enfants morts	7

53 femmes syphilitiques non traitées donnent :

enfants vivants	20
enfants morts	33

Ces chiffres montrent à la fois l'efficacité et l'innocuité du traitement arsenical intraveineux chez les mères.

Pour les enfants, 1,200 injections ont été pratiquées chez les nouveaux-nés et nourrissons dans le premier semestre de 1922 sans un incident notable.

Nous concluons en insistant sur quelques points particuliers.

La constatation de syphilis virulente chez des nouveaux-nés dont les parents sont sains en apparence et dont la sérologie est négative est souvent expliquée par une syphilis d'un grand-père. L'étude de

la syphilis chez les nouveaux-nés ne tarde pas à rendre interventionniste chez les femmes suspectes, car au début, il arrive qu'on commet souvent la faute de ne pas traiter des femmes syphilitiques héréditaires qui accouchent ensuite d'enfants tarés.

Pour les enfants nés de syphilitiques, il faut être également interventionniste et les traiter. La sérologie est souvent négative chez eux; il faudra d'ailleurs se méfier des analyses faites sur sang prélevé par ventouse scarifiée souvent négatives, alors que le sang pris dans la jugulaire aurait donné au contraire un résultat positif.

Avec l'excellence des armes et des méthodes que nous possédons maintenant pour traiter la syphilis, on devrait, par une propagande énergique et une éducation rationnelle des médecins et du public, ne plus permettre la venue au monde d'un enfant taré et malade, qui sera souvent un infirme, à charge pour les siens et la société et qui pourra continuer à propager l'affection.

Les Intérêts Professionnels et le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec (1)

Par le Docteur BOULET,

Président du Collège des Médecins de la P. Q.

Messieurs,

Ce n'est qu'à la onzième heure, pourrais-je dire, qu'il nous fut donné de connaître l'honneur qui nous incombe de présider la section du Congrès des médecins de langue française, intitulée: "*Les intérêts professionnels*" A la vérité, nous'en fûmes pas tout à fait surpris, ce privilège étant surtout accordé au Président du Collège des médecins et chirurgiens de la province.

Vous nous saurez gré, j'espère, d'être plutôt bref dans ce petit discours d'ouverture, dans lequel nous ne désirons émettre que quelques idées générales et rappeler succinctement le caractère, les tendances, le rôle et la mission du Collège des médecins et chirurgiens que nous représentons en ce moment.

A notre sens, cette rubrique, *Les intérêts professionnels*, est d'envergure très large, et nous serions fort heureux de constater que c'est l'opinion du grand nombre, s'il nous était donné d'entendre quelques dissertations, non seulement sur les moyens à prendre et les mesures à obtenir pour endiguer le flot du charlatanisme sous toutes ses formes, mais encore et surtout, sur les moyens de moraliser de plus en plus notre profession, de faire connaître des caractères essentiels de notre vocation, de mettre bien en vedette les qualités physiques, intellectuelles et morales que nous devons tous posséder ou acquérir, sans omettre, pour le bénéfice de ceux qui s'en viennent, de causer des difficultés inhérentes à la formation du médecin, des préparations essentielles aux études médicales, de l'initiation à la clinique, de nos devoirs envers les malades, de l'acquisition des techniques, de l'apprentissage chirurgical, de la déontologie des étudiants, de la responsabilité professionnelle, des dangers de la spécialisation prématurée, des abus professionnels, de la thérapeutique intéressée, de l'art de formuler soi-même, et enfin de la critique des modes de rémunération, de la fixation des honoraires, de la collaboration médico-chirurgicale, des rapports des médecins entre eux, avec leurs auxiliaires et

(1) Au Congrès des médecins de langue française, septembre 1922.

avec leurs patients, des qualités essentielles aux directeurs de sanatoriums et de dispensaires qui se multiplient, enfin du courage professionnelle et de la responsabilité morale, civile et pénale du médecin.

Voilà, nous semble-t-il, autant de têtes de chapitres qui devraient, au préalable, être l'objet particulier de plusieurs causeries, afin de pouvoir mieux par la suite dissenter comme il convient sur les questions connexes aux intérêts professionnels.

L'on objectera peut-être que ces questions sont plutôt du ressort universitaire.

Nous n'en disconvions pas, mais soyez assurés, et c'est là l'un des résultats très positifs de nos Congrès, que les universités s'attachent d'autant plus à la considération d'une question ou d'un problème professionnel qu'elles savent cette question ou ce problème être l'objet constant de la sollicitude des praticiens.

Il est juste que le médecin songe à se parfaire en science et en dignité! Il est raisonnable aussi qu'il pense à tarifer la reconnaissance volatile de ses clients, qu'il songe aux moyens à prendre pour venir en aide aux confrères déshérités de la fortune, vieillis ou malades.

La question du tarif médical et celle de l'assurance-vie pour les médecins sont deux questions primordiales qui peuvent, peut-être, dans un Congrès comme celui-ci, trouver leur solution définitive.

Quelques sociétés médicales s'en sont occupées déjà, et le Collège des médecins loin de s'en désintéresser en cherche depuis longtemps la formule. En tous cas elles constituent, en deuxième plan, le cadre des intérêts professionnels, et nous serions heureux d'entendre toutes les suggestions nouvelles qui pourraient être faites sur ces sujets.

Vient, enfin, la question du charlatanisme, vieille comme le monde, toujours anciennes et toujours nouvelles. C'est la punition de nos propres abus. C'est le poids lourd et inaliénable de notre condition. Les médecins de tous les âges l'ont porté à leurs flancs et s'en sont plaints. L'histoire ne fait d'exception pour aucune époque. La nôtre n'en est pas exempte. Celle de demain en souffrira sûrement.

D'aucuns ne voient dans les intérêts professionnels que cette question du charlatanisme. Les esprits sérieux ne dédaignent sûrement pas de s'en occuper; mais ils estiment le maîtriser beaucoup plus sûrement par les compétences professionnelles qui ne craignent

pas de regarder en face les saltimbanques du charlatanisme quel qu'ils soient de, dénoncer leurs fumisteries au peuple, d'en démontrer la canaillerie par l'enseignement public de l'hygiène, par des conférences et par des tracts, plutôt que de tenter de faire croire au monde médical lui-même, qu'il y a péril en la demeure, que le charlatanisme n'est pas combattu avec assez d'ardeur par ceux qui ont mission de le combattre, chaque fois que l'occasion s'en présente.

Messieurs, il ne faut pas que les petites considérations deviennent le tombeau de celles d'ordre supérieur que je vais essayer de développer maintenant.

C'est pour s'occuper d'une façon tout à fait particulière des intérêts professionnels dont je viens d'énoncer les grandes lignes, c'est pour étudier, élaborer et définir toutes les autres grandes questions qui s'y rattachent que fut créé le Collège des médecins.

Le Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada date de 1847. Il devint le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec en 1867. C'est le nom corporatif des médecins de cette province.

Comme tous les noyaux qui se forment, le nôtre prit plusieurs années à se préciser, à s'arrondir, à devenir ce qu'il est aujourd'hui. La grande réforme date de 1909, alors que fut établi pour la gouverne de la profession, un secrétariat permanent, une tenue de livres adaptée à nos besoins, un contrôle rigide des correspondances, et un système de dossier à fiches pour chaque étudiant, pour chaque médecin et... pour chaque charlatan.

Pour renseignements aux médecins étrangers qui nous font l'honneur de nous écouter, que l'on me permette de donner quelques détails sur notre administration et sur son caractère.

Le Collège est régi par vingt-et-un gouverneurs dont dix-huit sont élus tous les quatre ans par le corps médical et trois par les universités. Les élections se font au scrutin secret. L'Exécutif comprend le président, trois vice-présidents et un registraire.

Ce dernier, dans l'esprit de la loi, est un officier permanent qui ne saurait être démis de ses fonctions sans raison grave et que sur un vote des deux-tiers des gouverneurs. Il est le chef du secrétariat de la profession médicale. Ses bureaux sont en permanence ouverts au public, à Montréal.

Permettez-moi d'ouvrir ici une parenthèse. Vous n'êtes pas sans remarquer l'absence du Registraire de cette réunion, Monsieur le docteur Gauvreau, je le sais pertinemment, devait vous entretenir aujourd'hui des amendements projetés à la loi médicale, étudiés et

acceptés par l'Exécutif, et qui doivent être soumis à l'approbation de l'assemblée générale des gouverneurs du Collège le 27 septembre courant.

Malheureusement, la semaine du Congrès soïncide avec la semaine de nos examens préliminaires à Québec. Le docteur Gauvreau, qui par devoir professionnel préside ces examens, ne pourra quitter Québec qu'après la clôture du Congrès.

Si au cours de cette séance, les amendements à la loi médicale sont à l'ordre du jour, je me'fforcerais, en l'absence du registraire, de vous donner les renseignements requis.

Le secrétariat du Collège des médecins est l'organisme le plus important de notre administration. Depuis treize ans, là s'accumule, dans des dossiers particuliers, tout ce que peut révéler, sur le compte des élèves, des médecins et des... charlatans, les notes d'examens, les rapports universitaires, les faits divers, les petites et les grosses annonces, les enseignes électriques ou les réclames perdues. Vous ne sauriez croire de quelle utilité sont ces dossiers pour la bonne gouverne de la profession. C'est par eux que nous pouvons juger de la mentalité générale à une époque donnée.

Je ne voudrais pas sûrement, en cette circonstance, parler en pessimisme, mais j'avoue très candidement que mon passage à la présidence m'a fait connaître bien des choses que je ne soupçonnais même pas.

J'étais sincère lorsque élu Président du Collège en 1918, je déclarais devoir consacrer mes efforts à l'assainissement professionnel. Je le suis bien davantage, aujourd'hui, en faisant la même déclaration, parce que l'expérience de mes quelques années au fauteuil de la présidence m'a prouvé, de façon à n'en pas douter, qu'il y a beaucoup à faire de ce côté, et qu'il ne faut pas être surpris des sévérités manifestées dans le passé par notre Conseil de discipline et des sévérités plus grandes encore qu'il devra manifester, même au lendemain de ce Congrès.

Il ne faut pas cependant s'attarder à croire que toute notre administration se ésume à un double rôle de police et de détective privé. Ce serait méconnaître tbsolument les services rendus par nos gouverneurs, et ce serait surtout diminuer le caractère essentiel de notre corporation.

L'aspect administratif sous lequel j'envisage présentement le collège des médecins comporte des devoirs et des responsabilités beaucoup plus étendus, qui s'appellent :

Nos relations avec les universités.

Nos relations avec le Conseil médical du Canada.

Nos relations avec les provinces-soeurs.

Nos relations avec le public canadien.

Nos relations avec le public étranger.

Je ne fais que désigner ces questions d'importance capitale. Ce n'est ni le temps ni le lieu de les développer. Permettez, un instant, que je m'attarde aux plus importantes.

Ainsi, je ne saurais omettre de vous dire que notre privilège d'échange, sans condition, de notre licence avec celle du Royaume-Uni de la Grande-Bretagne et d'Irlande, est un privilège qui vaut à nos médecins de pouvoir se qualifier, sans examen, pour exercer dans tous les pays du monde qui échangent avec l'Angleterre.

Malheureusement pour nous, l'Angleterre et la France qui depuis quelques années ont tant d'intérêts communs, n'en sont pas encore rendues à l'article du traité qui pourvoit à l'échange interallié du droit d'exercer la médecine. A cela, il n'y a rien d'étonnant. La mentalité et l'éducation des deux peuples sont trop dissemblables pour qu'un tel échange ne soit jamais possible.

Mais avec nous de la province de Québec qui luttons depuis trois cents ans pour conserver sur cette terre d'Amérique un rayon de la culture française, pour nous qui avons fondé ce Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord dans le but, très candidement avoué, de chercher à nous élever jusqu'à la science médicale française et de la faire rayonner de préférence à toute autre, ne serait-il pas possible pour la France, de céder, aux médecins français d'Amérique ou pour le moins au *Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec*, quelques-uns, sinon tous les privilèges accordés aux médecins de ses colonies?

J'attire particulièrement et respectueusement l'attention des représentants officiels de la France sur cette question, et je vous prie vous prie de croire, messieurs, que notre Bureau qui s'y intéresse depuis longtemps continuera à s'y intéresser. Mieux que personne, nous comprenons que des questions de cette importance ne peuvent se régler en un jour. Quand l'on sait, par exemple, ce qu'il en a coûté de correspondances, de rapports et de mémoires pour l'obtention de ce privilège d'échange avec l'Angleterre, ou pour la création du Conseil médical du Canada, l'on comprend assurément mieux le rôle efficace rempli, à certaines époques, par les gouverneurs de notre Collège, l'importance, j'ose dire, de notre bureaucratie professionnelle.

L'autre aspect intéressant et tout plein de responsabilité sous lequel le Collège des médecins doit être envisagé, c'est l'angle éducatif.

Nous ne sommes pas un corps enseignant, mais nous avons le privilège de décréter quelle doit être la culture générale des aspirants à l'exercice de la médecine en cette province, comment seront employées les cinq ou six années d'enseignement universitaire et d'enseignement clinique pour ceux qui désirent exercer, et à quelles conditions les examens de compétence professionnelle seront jugés satisfaisants. De cette prérogative nous sommes orgueilleux. Rien ne saurait nous en départir. C'est celle qui nous unit intimement à nos universités. C'est celle qui nous fait concentrer nos efforts pour élever nos collègues de demain au plus haut niveau professionnel qu'il soit possible d'atteindre. C'est la prérogative la plus caractéristique d'autonomie dont une profession puisse être gratifiée, et nous devons être satisfaits, tous tant que nous sommes, d'en être à jamais les bénéficiaires.

Notre indépendance professionnelle ne diminue en rien la cordialité de nos rapports universitaires. Nous nous comprenons très bien, les universités et nous; si bien, que l'examen de compétence professionnelle est aujourd'hui identique à l'examen universitaire, et que l'assesseur est réhabilité.

Les universités gardent bien toujours le privilège d'admettre à leurs cours des élèves qui ne sont pas en règle avec le Collège. Cela n'est que justice. Beaucoup d'élèves étrangers viennent demander à notre province l'enseignement universitaire qu'ils ne peuvent se procurer en leur pays. Ainsi à l'Université de Montréal, l'an dernier, il y avait des élèves canadiens-français de toutes les provinces de l'Ouest, même de l'Ontario, plusieurs des Provinces Maritimes, un Indien et un *nègre* français de la Martinique.

La tenacité du Collège des médecins à ne vouloir pas se départir de l'exigence de la formation classique pour les aspirants à l'étude de la médecine, à garder comme échelle pour nos examens préliminaires l'échelle des examens pour l'obtention du titre de bachelier ès-arts, a eu cet excellent effet d'éloigner de nos propres examens préliminaires les candidats d'aventure.

Nos examens préliminaires à l'étude de la médecine sont délaissés, mais par contre, depuis dix ans, notre cadre professionnel est rempli par des bacheliers ès-lettres, par des bacheliers ès-arts ou par des bacheliers ès-sciences: jeunes gens tous qualifiés pour devenir plus tard les compétences que nous cherchons.

Je ne sais si vous êtes de mon avis, mais j'estime que l'une des garanties les plus sûres de la survivance française en Amérique, se trouve dans la sélection des candidats professionnels.

Le jour où les professions libérales, dans la province de Québec, consentiraient à calquer leur programme d'admission à l'étude sur le programme des high schools anglaises ou américaines, il en serait fait de la mentalité française au Canada, et il en serait fait de la tournure latine de notre littérature et de nos sentiments.

L'esprit pratique et mercantile qui, malheureusement déjà nous talonne, après être entré dans nos moeurs n'aurait plus qu'un pas à faire pour pénétrer notre esprit national.

Il est à propos, croyons-nous, d'attirer l'attention de toutes les classes sur ce point capital.

L'impatience gagne aujourd'hui les gens. Arriver haut, et surtout arriver vite, semble être le motto de la masse. Dans ce but, les propositions qui tendent à raccourcir les programmes d'études ont toutes les chances d'être entendues.

Le Collège des médecins a le mérite incontestable de réclamer de ses membres la haute culture générale qui s'appelle la formation classique. Il n'a jamais cessé de grandir ses exigences d'enseignement théorique et pratique. Et nous pouvons sans crainte affirmer que l'opposition au P.C.N. et au cours de six ans, ne viendra sûrement pas du Collège des médecins.

Pour résumer les quelques pensées que je viens d'élaborer, le Collège des médecins, par la volonté de ses membres sanctionnée par les lois, — nous devons nous en réjouir, — est un corps professionnel fermé au triple point de vue de la culture générale, de l'enseignement universitaire et des garanties professionnelles.

Nous devons aimer notre Corporation et nous devons le défendre.

Quant à l'exercice illégal, veuillez le croire, nous avons l'oeil grand ouvert. Si nos interventions ne sont pas aussi fréquentes que certains le voudraient, il faut tenir compte des lois contradictoires qui entravent notre action, de l'esprit démocratique de certains législateurs, des dispositions plus ou moins hostiles des tribunaux à notre égard.

Avant que nous puissions jouir pleinement de nos prérogatives, il est toute une éducation sociale, indépendante de notre volonté, à parfaire. Des esprits d'élite s'y consacrent. Le jour où les compétences rêvées par les plus avertis des nôtres apparaîtront dans toutes les classes, ce jour-là, justice pleine et entière nous sera rendue par les gouvernements et les tribunaux de notre pays.

Enfin, ai-je dit, il faut défendre notre profession contre l'esprit mercantile qui tente de l'envahir. Cette tâche est celle de chacun de nous. De la valeur de ses membres est faite la valeur morale d'une profession. Dans la mesure où nous travaillerons à notre épanouissement intellectuel et moral, dans la mesure où nous lutterons contre les tentations des gains illicites, contre les compromissions immorales, contre les partages clandestins; dans la mesure où nous ferons servir tous nos talents à rechercher l'art de guérir sans convoitise de fortune: plus haut sera placé notre idéal; plus haut et plus net apparaîtra à tous l'idéal médical de cette province, et mieux seront compris et servis les intérêts professionnels.

IN MEMORIAM

Docteur HENRI LAROUCHE

En la personne du docteur Henri Larouche, la profession médicale perd un de ses membres les plus studieux et un travailleur infatigable. La mort l'a brutalement arraché, tout jeune encore, à sa famille et à ses amis. C'est le coeur serré que nous l'avons porté en terre, voulant lui rendre ainsi un dernier témoignage de notre estime.

Sa vie médicale, passée toute entière dans les laboratoires, peut se diviser en deux périodes : celle de son séjour à l'Hôtel-Dieu et celle de son travail au laboratoire municipal de Montréal. Toutes deux comportent des leçons que nous ne voulons pas laisser perdre pour la génération d'étudiants et de médecins qui grandit.

Après quelques mois d'internat, il fut attiré vers le laboratoire. Il succéda au docteur Lahaise comme bactériologiste et assistant-chimiste à l'Hôtel-Dieu. Ses débuts furent pénibles : les praticiens ne faisaient que commencer à prescrire des analyses cliniques. Les clients n'en voyaient pas encore bien la nécessité ; il fallait former l'opinion. Si le travail gratuit pour les salles était assez abondant, les analyses rémunératrices étaient plutôt rares. Le docteur Larouche ne se découragea pas. Il avait le feu sacré, et préférait attendre que son heure vienne, plutôt que de s'en aller en clientèle. Il a fourni un exemple de ténacité, d'abnégation et de courage que nous cherchons en vain autour de nous à l'heure actuelle dans la phalange de nos gradués, plus pressés de gagner vite de l'argent que de s'assurer une vie intellectuelle, qui comporte bien ses compensations.

A son diplôme de docteur en médecine, il ajouta celui de diplômé en hygiène publique. Engagé à fond dans l'étude, il voulut se documenter sur toutes les questions en rapport avec la bactériologie, la sérologie et la chimie biologique. Nous savons que depuis son entrée au laboratoire, il étudiait chaque soir de dix heures à minuit. Il compilait les notes qui devaient l'armer pour sa vie scientifique ; son libraire avait instruction de lui garder régulièrement les nouveaux ouvrages médicaux ou scientifiques de quelque intérêt. Sa bibliothèque médicale doit être à date et des plus intéressantes. Il trouvait en outre le temps de suivre le mouvement littéraire. En un mot, c'était un travailleur qui n'hésita pas à immoler un peu de son confort et beaucoup d'aisance sur l'autel de la Science. En somme, son séjour à l'Hôtel-Dieu fut pleinement pour lui un travail de formation personnelle et de préparation au poste qu'il allait bientôt occuper à l'Hôtel de Ville ; car on avait depuis quelque temps déjà

les yeux sur lui. Ce ne fut pas sans hésitation qu'en janvier 1919 il quitta notre service d'hôpital, où il avait été notre fidèle collaborateur pendant plus de six ans. A ce moment, il opta pour la bactériologie, ce qui ne l'empêcha pas de rester attaché de coeur à notre laboratoire de la Faculté, où il nous faisait de fréquentes visites, au cours desquelles nous causions surtout de l'avenir de l'enseignement universitaire. Nous avons dit ailleurs, (car la chose intéresse le grand public), le rôle qu'il a joué dans la ré-organisation du laboratoire municipal, et, la droiture et l'énergie qu'il a apportées dans l'exercice de ses nouvelles fonctions.

Dès les premiers mois de son séjour à l'Hôtel de Ville, il commença à faire des communications à la Société Médicale. Ce furent surtout des compilations soignées qui posaient bien l'état de la question au moment où il l'exposait. Elles ne présentaient pas de recherches originales à proprement parler: mais elles étaient toujours de nature à instruire les auditeurs. Deux cependant furent une contribution apportée à la statistique générale des laboratoires. La première parut dans l'*Union Médicale* en février 1919 et était intitulée: "*De la fréquence du bacille tuberculeux dans les crachats, les urines, le liquide céphalo-rachidien, et le liquide pleurétique*" (Communication à la Société Médicale, séance du 18 novembre 1918. Sa dernière communication, publiée en mai 1922 avait pour titre: "*La réaction de fixation du complément et la tuberculose*".

Entre ces deux travaux, il publia, en mai 1919: "*L'immunité*"; en juillet 1919: "*Le diagnostic de la syphilis par la réaction Bordet-Wasserman*"; en mars 1920: "*Les vaccins*".

Entre temps, il s'appliqua à apporter des modifications heureuses à plusieurs techniques de laboratoire. Seuls ses intimes étaient au courant de cette partie de son travail.

Nous ignorons ce qu'il eut produit s'il avait été placé dans des conditions lui permettant de faire des recherches scientifiques; car il avait soif de travaux de recherches. Quoiqu'il en soit, il restera pour la jeunesse étudiante un bel exemple du travailleur modeste et consciencieux. C'est le plus beau témoignage que nous puissions lui rendre.

Sur sa tombe, nous déposons l'hommage de ces notes, qui seront en même temps l'expression de notre reconnaissance pour la confiance et l'amitié qu'il nous a sans cesse témoignées.

Les lecteurs de *L'Union Médicale* voudront se joindre à nous pour réitérer à sa famille l'assurance de notre profonde sympathie.

Dr GEORGES BARIL,

Professeur à la Faculté des Sciences.

CHRONIQUE UNIVERSITAIRE

La ruche subit, depuis la rentrée, un renouveau d'activité. Du haut en bas de la grande maison s'agite un peuple d'étudiants et de professeurs. Ecoles et facultés rivalisent d'efforts et cherchent à qui mieux mieux la mise au point de leur fonctionnement et le rendement maximum des efforts de tous et d'un chacun.

Les résultats, on peut déjà les pressentir.

Un bon départ annonce presque toujours une course heureuse. Le nôtre, cette année, s'est fait dans d'excellentes conditions. Sous l'égide de la Commission d'immatriculation, les élèves se sont groupés à temps et c'est à peine si quelques retardataires mal informés ou escomptant de vieilles indulgences, en train de disparaître, ont fait trainer leur mise en règle au-delà des quelques heures de grâce réglementaires. "Rari nantes", pour cette fois, on peut espérer en voir disparaître complètement l'espèce, dès l'an prochain.

La faculté de médecine, comme de juste, nous intéresse plus encore que tout autre et nous sommes heureux de constater chez elle, une orientation plus décisive et plus marquée que jamais vers le progrès.

Nous savons bien que l'amorce de ce progrès ne date pas d'hier. *L'Union Médicale* a fait autrefois la critique de notre enseignement médical universitaire. C'est déjà de l'histoire, comme sont, du reste, la série d'efforts individuels et les résultats si consolants obtenus dès avant la refonte universitaire.

Il nous fait grand plaisir et ce plaisir sera sans doute partagé par tous les amis de l'Université, il nous fait grand plaisir, disons-nous, de constater la belle vitalité de notre faculté de médecine.

Cette vitalité se manifeste un peu partout, chez les élèves comme chez les maîtres. Elle vient tout récemment de produire au sein même de l'administration, bonne personne là comme ailleurs, mais parfois de mouvements un peu lents, une modification qui, dit-on, donnerait des espérances.

On se rappelle peut-être que, depuis deux ans, le conseil de la faculté avait confié la direction des études au professeur Gendreau. Cette mesure avait comblé d'aise les amis de l'oeuvre, en particulier ceux de qui le professeur Gendreau est connu. Malheureusement, ce dernier captivé de plus en plus par ses études particulières et le brillant enseignement qu'on lui connaît, forcément entraîné vers les

belles recherches que va permettre le dépôt du radium à l'Université de Montréal, a dû offrir sa démission comme directeur des études de la faculté de médecine.

De ce fait, la faculté s'est trouvée forcée de combler un vide dont les conséquences pouvaient devenir fort sérieuses.

Pour des raisons vraisemblablement très bonnes, elle a modifié sa conception des deux années passées. Au lieu d'un directeur des études, elle s'est nommé un comité exécutif, sorte de ministère d'où les portefeuilles seraient absents, chargé d'administrer l'enseignement sous l'égide du Conseil de la faculté.

Messieurs Harwood, Parizeau et Migneault constituent le comité en question. Sans qu'ils y consacrent tout leur temps, ces messieurs, nous dit-on, n'abandonnant ni travail d'hôpital, ni enseignement, ni clientèle, nous pouvons espérer que la somme de leurs efforts réunis donnera à notre Faculté de médecine des résultats tangibles et le meilleur rendement possible.

C'est le souhait cordial et très sincère que nous voulons exprimer en terminant.

Nous continuerons, chaque mois, de suivre, ici même le mouvement universitaire.

NOTE

Nous donnerons quelques nouvelles concernant nos amis de Strasbourg, le mois prochain.

clinique et le traitement d'un cas déterminé. Leur nom est un sûr garant de l'autorité qui s'attache à leurs articles.

Dans le même volume, on trouvera l'exposé des maladies des os. Conçus dans le même esprit, les chapitres qui les concernent sont précis et clairs. M. Sainton, qui a beaucoup étudié les affections osseuses, a donné à son travail une forme extrêmement nette. On remarquera en outre la documentation qui lui a servi de base et qui rend extrêmement précieuse au médecin les pages qu'il a bien voulu écrire. Le *Rachitisme* a été fait par un médecin d'enfants, M. Apert, dont les livres sont extrêmement connus et à juste titre.

Du reste, le livre est présenté au lecteur par M. le Professeur Besançon et M. Le Sourd, deux auteurs, dont la compétence est bien connue et qui ont en quelques pages, défini l'immense territoire de l'hématologie et montré l'intérêt qui s'attache à cette science.

* * *

L'ouvrage que nous vous présentons n'est ni une froide analyse ni une chauvine apologie de l'organisation sanitaire du Maroc.

C'est toute une doctrine magistralement exposée par les auteurs avec la sûre dialectique d'organisateur expérimentés, avec l'éloquence d'une foi ardente et l'oeuvre entreprise. La lecture en est donc attachante et facile.

Les faits, les résultats dont rend compte le *Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique au Maroc* (Etatisation de l'Hygiène sous forme d'un régionalisme largement autonome, toutes ressources sanitaire du pays s'articulant, se regroupant sans cloisons étanches administratives) prennent une réelle valeur d'arguments dans la discussion de notre réorganisation de l'Hygiène métropolitaine.

Les encourageantes constatations que l'on fait en étudiant le fonctionnement des organismes de prophylaxie sociale au Maroc, notamment les dispensaires antisyphilitiques, viennent heureusement s'ajouter et donner plus de poids encore à celles faites en France; elles devront aider à peser sur les autorités compétentes pour multiplier à travers le pays d'aussi utiles instruments de défense et de récupération sociale.

Enfin, dans le domaine de l'assistance médicale hospitalière, les facilités, les souplesses de fonctionnement, les énormes économies à réaliser en groupant sous forme de "quartiers sanitaires" les formations à destinations différentes autour de services centraux communs, la "gémellation" des hôpitaux dont le recrutement est voué à des variations profondes dans un avenir prévisible, sont de lumineuses con-

ceptions propres au maréchal Lyautey : elles ne manqueront pas d'intéresser le lecteur.

Et nulle part de vain orgueil dans l'exposé de cette geste de pionniers éclairés et vaillants : à toute page la référence des sources, l'hommage à l'oeuvre féconde — même aux erreurs qui furent d'utiles écoles — des devanciers métropolitain et coloniaux.

Mais tout le livre est à lire, évocateur bien vivant de l'existence médicale au Maroc faite d'éveil constant, de dur labeur quotidien, de hautes satisfactions morales, dans le cadre rude et attachant à la fois de l'Empire Fortuné.—*L'Editeur.*

* * *

L'ENFANT ET SON MEDECIN, par Albert BALL. — Ln-8, 1922
3ème édition sur papier indien, 420 pages. — 18 fr. Cartonné,
20 fr. — A. Maloine et Fils, Editeurs, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Ce livre est un guide pratique de *l'Hygiène et des Maladies de l'Enfance*, et renferme tout ce qui peut intéresser le médecin chez ses malades de 0 à 15 ans : Renseignements d'urgence, Formulaire particulier à l'enfance (doses par année d'âge, à 1 an, à 10 ans), Eaux et Stations, Hygiène de la 1re enfance, Dictionnaire médico-chirurgical ; ce dernier insiste particulièrement sur les *Syndrômes* (convulsions, douleurs, fièvres, etc.) pour lesquels le médecin est appelé d'habitude et qui sont à peu près ignorés dans les Traités de médecine. Enfin, réunion de renseignements de toutes sortes, sur oeuvres, stations, cures touchant à l'enfant, si développées et remaniées ces dernières années.

Complétant les précédentes épuisées depuis longtemps, la nouvelle édition insiste en particulier sur le rôle du médecin vis-à-vis des écoliers (examen général, de l'audition, de la vue, etc.) ; sur les nouveaux examens, les nouveaux traitements (surtout dans syphilis et tuberculose) ; sur l'hygiène en général, l'héliothérapie, etc.

Le succès des précédentes éditions doit se retrouver dans la présente, et le lecteur constatera toujours qu'on ne peut demander un renseignement à L'ENFANT ET SON MEDECIN sans être sûr de le trouver clairement et nettement exposé. Grâce à sa forme pratique, à son impression impeccable, il continuera à être l'indispensable compagnon de bureau et de route.