

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## L'INSPECTION MÉDICALE DE L'INDUSTRIE <sup>1</sup>

Dr E. COUILLARD D. P. H.

Inspecteur régional d'Hygiène

---

Lorsque j'acceptai de traiter devant cette convention, la question de l'inspection médicale de l'industrie, j'espérais à ce moment pouvoir me procurer les documents qui m'eussent permis de vous présenter, sinon une étude complète, du moins une mise au point plus précise et plus détaillée que celle que je vais vous présenter.

L'observation médicale journalière et mes devoirs d'hygiéniste public m'ont appris que les plus belles théories ne sont rien comparées aux données positives de la science et à l'observation des faits. Et lorsqu'il s'agit d'étudier les relations intimes qui unissent l'un à l'autre, le travail et la santé de l'ouvrier, seuls les faits recueillis sur place et au jour le jour par des observateurs compétents, doivent nous servir de boussole. Ces observations, jusqu'à présent, n'ont pas encore été faites d'une manière systématique et régulière au Canada, du moins

---

(1) Travail lu à la VI<sup>e</sup> Convention des Services sanitaires, en Septembre 1916.

Syphilis  
Artério-sclérose, etc.  
(Ioduro Enzymes)  
Todore sans Iodisme

**Iodurase**

de COUTURIEUX

57, Ave. d'Antin, Paris.  
en capsules dosées à 50 ctg. d'Io-  
dure et 10 ctg. de Levurine.

dans la province de Québec. Aussi les documents concernant la morbidité et la mortalité ouvrière, chez nous, sont-ils plutôt rares, pour ne pas dire qu'ils n'existent pas.

Puis, les nécessités absorbantes de l'inspectorat aidant, je me suis vu dans l'impossibilité de faire les observations locales que j'avais en perspective, et aussi de me procurer de l'étranger les renseignements dont j'avais besoin pour faire une étude comparative de la question.

En présence de cette situation, je me suis dit, qu'il serait peut-être préférable de ne pas parler aujourd'hui de l'inspection médicale de l'industrie, et d'attendre à la prochaine convention, afin d'obtenir ce que nous voulons dès la première tentative. Toutefois, je me suis vite ravisé en songeant que, entre nous et la réalisation de ce que nous demandons il y avait d'abord la force d'inertie d'un passé déjà long, force d'inertie qui s'accumule chaque année, et la somme des capitaux engagés dans l'industrie; force d'inertie et capitaux qui représentent des facteurs puissants contre lesquels nous aurons à lutter, nous le savons. Et comme l'étape à parcourir sera longue; nous avons préféré nous y engager dès maintenant.

Malgré l'importance du sujet, l'étude de l'hygiène industrielle n'a pas été fort en honneur dans nos conventions précédentes des services sanitaires. En 1910, à Québec, M. Louis Guyon inspecteur en chef des établissements industriels, nous a parlé "des dangers de la fabrication des allumettes", et M. J.-A. Beaudry, inspecteur en chef du Conseil supérieur d'hygiène présentait à la même convention l'étude de "l'hygiène dans les établissements industriels". Ces deux communications forment la part totale que nous avons donnée à l'industrie dans le passé, aujourd'hui une séance presque entière de nos délibérations est consacrée à l'industrie. M. le Dr Bouvier vient de nous faire

connaître les “statistiques de l'hygiène professionnelle” et M. Louis Guyon nous a fait de main de maître le tableau des “conditions d'insalubrité des usines”. L'étude de l'inspection médicale de l'industrie découle naturellement des deux communications que vous venez d'entendre. Aussi bien, me contenterai-je de vous dire brièvement quelques mots de la nécessité de cette inspection, en étudiant avec vous les influences morbides auxquelles sont soumis les ouvriers, et en vous donnant un bref aperçu de la législation étrangère à ce sujet.

“La plupart des industries, on pourrait dire presque toutes les industries sont insalubres”, disait en 1870, Charles de Freycinet. Cette pensée émise par un ingénieur et non par un médecin, n'en a que plus de poids; c'est la formule d'une inquiétante vérité, dictée par l'observation des faits. Une lutte redoutable est engagée entre l'industrie et la santé des individus, et malgré des améliorations de détail le problème énorme reste posé: de protéger la santé humaine contre l'industrie, sans enfermer cependant celle-ci dans un cercle trop étroit, puisque à d'autres égards, elle est une source de vitalité.

Il n'est pas besoin d'arguments, nous semble-t-il, pour prouver que la profession ou le métier d'un individu doit, après un temps plus ou moins long, réagir sur ses facultés physiques voire même intellectuelles. Le milieu dans lequel l'ouvrier vit réagit sur lui dans certains cas à son avantage, mais dans le plus grand nombre de cas est contraire soit dans un sens ou dans un autre, à sa santé. Plusieurs industries comportent avec elles des dangers directs et spéciaux à la santé de l'ouvrier, dangers dus à la nature même de ces industries et dont elles sont inséparables; mais elles réagissent aussi sur sa santé par des circonstances que l'on peut appeler contingentes quoique leur action soit souvent plus pernicieuse.

Il est assez difficile de définir exactement ce que l'on entend par une maladie industrielle, ce serait bien si nous pouvions avoir une conception plus claire de ce que comportent les mots, "*maladies industrielles*", et, "*industries dangereuses*", parce qu'il y a à peine une industrie ou une occupation qui ne comportent pas avec elles un risque ou un autre. Et, je le répète, l'expérience et l'observation des faits, et non pas la théorie, peuvent seuls déterminer quelles sont ces industries, et jusqu'à quel degré elles agissent directement ou indirectement sur la santé de l'ouvrier. Expérience et observation qui personne ne le contestera, j'en suis sûr, sont du ressort de la science médicale.

Aussi les médecins hygiénistes nous apprennent-ils, que l'alcoolisme et la tuberculose sont au premier rang parmi les maladies qui tuent le travailleur. Qui dira à celui-ci, avant qu'il ne soit trop tard, que l'alcool et la tuberculose sont en train de le faire mourir, si ce n'est le médecin? Laissé, à lui-même, cet ouvrier n'ira consulter qu'à une période avancée de sa maladie; il aura eu tout le loisir voulu pour infecter autour de lui des centaines de compagnons d'atelier, il se sera souvent promené d'un atelier à un autre, semant partout la contagion; et parce qu'il n'aura pas été surveillé médicalement et qu'il aura continué à travailler à l'atelier, il aurait eu le temps de devenir un incurable alors qu'il aurait pu être guéri, si l'inspection médicale adéquate l'eût dirigé chez un médecin dès le début de sa maladie. Il y a une limite à la puissance de travailler et lorsque cette limite est franchie c'est le surmenage avec toutes ses conséquences désastreuses, surtout pour l'ouvrier lui-même et souvent aussi pour le patron. Tel ouvrier robuste et bien constitué n'arrivera que très lentement à ressentir l'effet du travail excessif auquel il est soumis, tandis que tel autre dont le tempé-

rament et la constitution sont plus faibles, y arrivera en très peu de temps. Ce premier présentera quelques symptômes légers, de peu de gravité, s'il est arrêté à temps, tandis que le second sera profondément atteint dès le début. Ces nuances, ces divers degrés dans le surmenage, qui les appréciera, si ce n'est le médecin inspecteur?

Le travail en commun, l'air confiné, impur, qui sont des agents morbides que l'on rencontre dans la plupart des ateliers, favorisent la dissémination des maladies contagieuses, produisent parfois des anémies profondes et donnent souvent naissance à des déchéances organiques graves. Quel fonctionnaire autre que le médecin peut dépister ces maladies contagieuses, diagnostiquer ces anémies et reconnaître ces déchéances organiques?

Malgré les règlements les plus parfaits et leur application rigoureuse, les industries dans lesquelles se produisent des dégagements de vapeurs toxiques telles que celles du gaz d'éclairage, de la fabrication du caoutchouc vulcanisé, allumettes, celles des chapeliers, doreurs et étameurs de glaces etc., finiront toujours par donner lieu, chez tel ou tel ouvrier, à des intoxications soit aiguës, soit chroniques. Puis il y a aussi les broncho-pneumococcoses à formes multiples des métiers à poussières sans parler des lésions externes et des déformations dues aux attitudes vicieuses, lésions et déformations très fréquentes chez les travailleurs.

Voilà brièvement résumé les influences pernicieuses auxquelles sont soumis les ouvriers. Et, si, jusqu'à présent, dans le secret de son cabinet, ou parfois, mais hélas trop tard, au chevet du malade, le médecin est le seul témoin des misères de l'ouvrier, le seul confident de ses maladies et de ses déchéances physiques comme de ses déchéances morales, le temps est venu où parallèlement avec le développement immense des industries, une direction médicale compétente doit être donnée à l'ouvrier

dans le choix de son travail, et une surveillance médicale dans l'exercice de son métier. Avec la découverte et l'application des méthodes nouvelles, avec l'apparition d'industries dans des centres nouveaux, des dangers anciens et nouveaux deviennent de plus en plus évidents. Et l'intérêt national qu'il y a d'appliquer les données de la science médicale, à un degré égal au développement et à l'hygiène des industries insalubres est de beaucoup supérieur et de beaucoup plus urgent que leur application à la réglementation des heures de travail et de repos des ouvriers, qui, en somme, n'intéresse qu'indirectement la santé de ces derniers. D'autre part ce n'est pas tant la solution des questions ouvrières économiques, légales et sociales, qui préviendra la maladie chez l'ouvrier, et le guérira lorsqu'il sera malade, que la surveillance étroite et pour ainsi dire journalière de celui-ci par le médecin inspecteur compétent.

Le début du XX<sup>e</sup> siècle nous trouve discutant des problèmes et élaborant des projets pour l'amélioration de la vie du peuple.

Les quelques dernières années ont été témoin d'un réveil sans précédent de l'opinion publique devant la responsabilité qui lui incombe en ce qui concerne les conditions du travail et les industries insalubres. Le travail industriel s'est transformé, il a subi une évolution dont les étapes successives ont apporté avec elles des questions ouvrières, des difficultés sociales et des maladies spéciales. Au cours de l'époque démocratique que nous traversons, nous entendons souvent l'ouvrier faire appel au droit de vivre, droit de travailler et au droit de jouir d'une plus large part du produit de son travail. Eh bien, donnons-lui, avec l'inspection médicale, le droit de vivre en bonne santé et plus longtemps, le droit de travailler sans que ce soit au détriment de sa santé et de sa vie, et le droit, enfin, de jouir d'une plus large part de sa vie industrielle en lui conservant les qualités physi-

ques nécessaires qui lui permettront de rendre plus productive son industrie individuelle.

Dans notre province, l'ouvrier a à sa disposition la législation et les règlements concernant les établissements industriels, la "Loi relative à l'établissement des bureaux de placement pour les ouvriers," et la loi dite des accidents du travail. "Il y a encore une étape à franchir, et nous demandons à nos gouvernants de donner au peuple ce qui lui manque et ce dont il a le plus besoin, l'inspection médicale du travail et de l'ouvrier.

Voyons ce que comprend cette inspection et la législation étrangère à ce sujet.

L'inspection médicale de l'industrie comprend : 1° l'examen préalable des ouvriers, et 2° la visite médicale régulière, ou surveillance médicale des ouvriers.

Par leur constitution, par leurs antécédents, certains ouvriers sont plus exposés que d'autres dans les industries insalubres ; aussi a-t-on reconnu depuis longtemps que l'examen préalable des ouvriers est fort utile. Cet examen est pratiqué dans un certain nombre de professions insalubres, en Angleterre et en Allemagne, il est de règle pour les fonctionnaires des grandes administrations dans presque tous les pays. "Aucun ouvrier, vieux ou jeune ne devrait être employé dans une industrie dangereuse, dit le Dr Alex. Scott, sans un certificat d'aptitude physique, non seulement parce qu'il peut avoir des prédispositions personnelles, mais parce qu'il peut être anémique, mal nourri, malpropre, alcoolique, etc. Les considérations d'humanité ne sauraient entraver cet examen, et, s'il est vrai que les personnes ainsi écartées des professions qu'elles avaient choisies, ont droit à toute la sympathie de la société, agir différemment c'est simplement aggraver leur condition déjà misérable."

Malgré les mesures prescrites par les règlements, l'ouvrier des

industries insalubres court toujours un certain danger. Si ces mesures sont bien observées l'ouvrier n'absorbe que de très petites doses de produits toxiques, mais la répétition de cette absorption peut à la longue produire des troubles, et, bien qu'ils passent souvent inaperçus, celui qui y est exposé a grand intérêt à en être averti par le médecin à un moment où l'affection n'a pas encore eu de suites graves. Quelquefois il suffit d'organiser le travail plus soigneusement pour la faire disparaître, dans d'autres cas il est nécessaire que l'ouvrier change d'occupation pendant quelque temps. Ce système, dit *de l'alternance* est pratiqué dans quelques usines insalubres, en France, mais d'une manière imparfaite comme la chose a été constatée souvent, parce que les ouvriers répugnent à changer d'occupation. Ils acceptent plus facilement ce changement, quand il est prescrit par une autorité médicale.

Dans presque toutes les maladies professionnelles, le diagnostic précoce suivi de mesures immédiates peut rendre de même, les plus grands services.

D'autre part, si la surveillance se relâche, ou si les mesures de précautions adoptées sont insuffisantes, l'état sanitaire du personnel s'en ressent, et, s'il est soumis à un examen médical régulier le patron et l'inspecteur du travail sont avertis immédiatement et peuvent faire le nécessaire. Tant qu'il n'est pas fait, le registre de visite médicale est là, qui, comme un thermomètre de fièvre, annonce implacablement qu'il y a quelque part une cause de maladie qui travaille. Dans toutes les industries qui passent pour insalubres, la visite médicale régulière est la plus importante et la plus efficace des mesures qu'on puisse prendre pour les assouvir. En outre elle aura l'immense avantage pour les patrons eux-mêmes de faire connaître l'étendue réelle du mal dans chacune d'elles, et de permettre ainsi de pro-

portionner la rigueur de la prophylaxie à la gravité du danger. Une surveillance régulière du personnel ouvrier déciderait de nombreux cas d'intoxications qui passent inaperçus, et provoquerait des efforts en vue de les faire disparaître. L'existence de ces insalubrités latentes est certaine, et parfois elle est mise en évidence par des circonstances imprévues. Ainsi, je suis appelé un jour à faire l'examen médico-légal d'un ouvrier qui, un an auparavant, avait subi un choc traumatique grave. Ses blessures guéries, sa santé n'était jamais revenue aussi bonne qu'antérieurement. Je constate en effet, qu'il souffre d'une légère psycho-névrose traumatique pour laquelle il réclamait des dommages intérêts de son patron. Mais je découvre en même temps, que l'ouvrier en question, ne se sentant pas capable de reprendre son travail antérieur, avait choisi une besogne plus facile qui entretenait chez lui des symptômes d'intoxication chronique par l'oxyde de carbone, intoxication qui se surajoutait à sa névrose et en empêchait la guérison complète. Je lui recommandai de reprendre son occupation d'autrefois, au grand air.

C'est ainsi que dans son rapport annuel de 1899, l'inspecteur du travail de Chemnitz constate "qu'il n'a eu connaissance d'aucun cas d'empoisonnement par le plomb dans les établissements soumis à son contrôle." Or, il est avéré, écrit Boulin, qu'à cette époque même plusieurs ouvriers étaient en traitement dans l'hôpital de cette ville pour des empoisonnements par le plomb.

On peut espérer aussi que les maladies professionnelles et leur relation avec les opérations industrielles qui les causent seraient connues d'une manière plus précise, grâce aux études continues des médecins inspecteurs, et on peut penser que leurs suggestions et leur influence provoqueraient des améliorations sérieuses dans la technique de plusieurs professions. Les mé-

decins inspecteurs belges et anglais ont déjà produit des travaux d'un grand intérêt pratique.

Poincaré écrivait déjà il y a plus d'un quart de siècle : " Les ouvriers devraient être soumis à des visites médicales hebdomadaires, et le médecin renverrait immédiatement tout sujet présentant les prodromes de l'intoxication " et on peut ajouter aujourd'hui, ou d'une infection, surtout si elle est contagieuse pour son compagnon d'atelier.

Le Dr Sommerfield trouve que la surveillance de la santé des ouvriers ne doit pas dépendre " des forces et du temps dont les inspecteurs du travail peuvent encore disposer," ceux-ci n'ont pas la compétence voulue, et il propose de leur adjoindre des médecins.

D'après le Dr Oliver, l'éminent professeur de physiologie pathologique de l'université de Durham, il n'y a aucun doute à avoir sur les avantages qui découlent d'un examen médical systématique des ouvriers employés dans les industries dangereuses ; c'est une mesure excellente qui offre le moyen de prévenir ou d'écourter les maladies.

En France, et dans d'autres pays, un bon nombre de patrons ont organisé la surveillance médicale volontairement dans leurs usines, et on peut croire qu'ils s'en trouvent bien puisqu'aucun d'eux n'y a renoncé. Leurs sentiments humanitaires y trouvent satisfaction, et leur intérêt aussi. Car, si une usine a une trop mauvaise réputation pour les ouvriers, elle est réduite à accepter un personnel de rebut, ou, s'il lui faut de bons ouvriers, elle est obligée de les payer cher. Or, il vaut mieux changer souvent d'ouvriers que de les envoyer mourir à l'hôpital. C'est meilleur pour la réputation de l'usine, et c'est plus avantageux pour les ouvriers aussi, tout compte fait, malgré la difficulté momentanée qu'ils peuvent éprouver pour se placer. En Angleterre,

dans les industries où la mise à pied peut-être ordonnée par le médecin, le nombre de celles qui ont été prescrites en 1905, n'a pas dépassé 0.35 p. 100 du nombre des ouvriers examinés.

Le médecin appelé à exercer une surveillance médicale sur les ouvriers doit être indépendant du chef d'établissement, aussi bien que des ouvriers eux-mêmes. L'Association Internationale pour la protection des travailleurs, après avoir étudié la question, s'est prononcée nettement en faveur du médecin fonctionnaire. L'autorité du médecin sera certainement accrue vis-à-vis de tout le monde, s'il est indépendant du patron et des ouvriers aussi.

L'organisation de l'inspection médicale de l'industrie est commencée depuis quelques années déjà en Angleterre, en France, et en Belgique. A la tête du service anglais se trouve un médecin inspecteur placé sous l'autorité immédiate de l'inspecteur en chef des fabriques. Ce médecin a pour fonction de faire les enquêtes générales qui lui sont prescrites, d'analyser les rapports des *médecins certificateurs* et d'adresser chaque année un rapport qui est publié en même temps que celui des autres chefs de service de l'inspection du travail. Les médecins certificateurs sont nommés par l'inspecteur en chef des fabriques et révocables par lui. Ce sont ces médecins qui reçoivent les déclarations d'accidents pouvant généralement donner lieu à enquêtes. Ils ont à examiner les enfants passant d'une catégorie à l'autre, c'est-à-dire les enfants qui veulent être employés pendant toute la journée de dix heures, au lieu de travailler cinq heures seulement. Ce sont également les médecins certificateurs qui procèdent à l'examen médical des ouvriers occupés dans les établissements insalubres, et qui tiennent le registre sanitaire prescrit par la plupart des règlements spéciaux. Ce registre peut être consulté par les inspecteurs, qui y trouvent des indications intéressantes pouvant les aider dans leur propre action.

En 1905, les médecins certificateurs étaient au nombre de 1983 dans tout le Royaume-Uni. Ils ont examiné 321,634 enfants, dont 4,477 ont été refusés. Ils ont visité 178,135 ouvriers en vertu des règlements spéciaux sur les industries insalubres. Ces visites ont provoqué 650 mises à pied, dont 412 ont pris fin quand l'ouvrier a eu recouvré la santé. Ils ont eu à s'occuper de 663 cas d'intoxication professionnelle, et ont reçu 32,002 déclarations d'accidents. Si l'on s'en rapporte aux statistiques publiées, on doit reconnaître que l'organisation médicale anglaise a donné des résultats avantageux.

En Belgique, le service médical de l'inspection fut fondé par la création de cinq inspecteurs médecins, dont un attaché à l'administration centrale et quatre dans les provinces chargés spécialement d'assurer dans les établissements dangereux, insalubres ou incommodes, l'exécution des dispositions qui concernent la salubrité des ateliers. En vertu de l'arrêté du 31 janvier 1899, les médecins inspecteurs sont chargés, en outre, de veiller à l'interdiction d'employer au travail des femmes accouchées depuis moins de quatre semaines, et de procéder à des enquêtes spéciales, en se conformant aux instructions qui leur sont données. En Belgique, les établissements classés sont non-seulement ceux qui peuvent nuire aux voisins comme en France, mais aussi ceux qui peuvent nuire aux ouvriers attachés à l'établissement.

Dès l'année 1901, les inspecteurs médecins ont fait 2189 visites d'usines et d'ateliers, suivies de rapports de surveillance s'appliquant à 2058 établissements, dont 1939 visités une seule fois. Sur ces 1939 établissements, 1739 étaient en règle. Sur 2189 visites les conditions d'hygiène ont été trouvées bonnes 1861 fois, médiocres 370 fois, mauvaises 28 fois.

Comme enquêtes spéciales, les inspecteurs avaient déjà entre-

pris des études d'ensemble sur la santé des ouvriers occupés dans les filatures de lin, dans les dépôts de chiffons, dans l'industrie des peaux, poils et crins, dans l'industrie du secrétage des peaux et du coupage des poils, dans les ateliers de gazage des fils à coudre, et sur l'assimilation des affections contagieuses et des intoxications d'origine professionnelle aux accidents du travail, au point de vue de la déclaration.

En France, l'inspection médicale de l'industrie, n'était encore en 1908, qu'à l'état de projet. Sa création a été demandée fréquemment par la commission d'hygiène industrielle. La création de médecins inspecteurs en vue de la prophylaxie de la tuberculose dans les ateliers y est aussi demandée avec insistance par la "Commission permanente de préservation contre la tuberculose" du Ministère de l'Intérieur.

Je termine, mais le sujet n'est pas épuisé. Messieurs, nous luttons contre l'alcoolisme, nous luttons contre la tuberculose, nous luttons contre la mortalité infantile. Et après avoir assisté à toutes les séances de cette convention, après avoir entendu la plupart des communications qui nous ont été présentées, il me semble qu'une idée générale se dégage des études de chacun d'entre nous. C'est que l'éducation est le facteur principal, le levier le plus puissant qu'il faille mettre en jeu pour arriver à obtenir des résultats pratiques et pour ainsi dire palpables dans le domaine de l'hygiène publique et privée. Eh bien, je suis d'opinion que la meilleure méthode à appliquer pour faire l'éducation de l'ouvrier dans ses relations avec l'industrie et le travail industriel, c'est l'inspection médicale. Car, il ne faut pas oublier, les anciens avaient du bon, et leur *fabricando fit faber* est la méthode d'éducation la plus directe qui nous ait été transmise jusqu'à ce jour. En 1910, la province de Québec comptait 6,584 établissements industriels, employant 158,237 ouvriers. La

ville de Montréal avait 909 établissements, et 49,245 employés; la ville de Québec 170 établissements avec 8,608 employés. Par l'inspection médicale de l'industrie, l'éducation de ces 158,237 travailleurs sera bientôt faite.

En conséquence, j'ai l'honneur de soumettre à la Convention, le vœu suivant :

Considérant : 1° Que l'alcoolisme, la tuberculose, le surmenage sont des états pathologiques fréquemment observés chez les ouvriers;

2° Que le travail industriel, les métiers à poussières donnent lieu à des attitudes vicieuses, à des déchéances organiques et à des anémies;

3° Que l'inspection médicale est la meilleure méthode d'éducation directe, où qu'elle se fasse, et que l'éducation est le meilleur moyen d'obtenir le développement de la médecine préventive;

4° Que l'inspection médicale de l'industrie a donné les meilleurs résultats dans les pays où elle a été mise en pratique, et que cette inspection en même temps qu'elle protège les intérêts de l'ouvrier, protège aussi ceux du patron.

La sixième convention des services sanitaires recommande au gouvernement d'établir l'inspection médicale de l'industrie dans cette province.

REMARQUES SUR L'INSPECTION MÉDICALE DES INDUSTRIES <sup>1</sup>

Par le docteur ADJUTOR SAVARD, D. P. H.

Inspecteur régional d'Hygiène.

—

Monsieur le Président,

Après le travail que vient de lire mon confrère le docteur Couillard, il reste très peu de choses à dire. Outre qu'il est bien fait, le travail est complet. On y remarque l'érudition de l'expert et l'empreinte du travailleur.

Et je suis un peu dans le même cas que mon confrère : la documentation nous fait absolument défaut pour préparer un travail complet sur la question, pour cette bonne raison qu'il n'y a aucune inspection médicale organisée dans la province. Nous ne pouvons voir aucun casier sanitaire de l'industrie, ni aucune statistique vitale. Bref, la documentation manque pour un tel travail. Tout de même, Monsieur le Président, je vais tâcher de donner quelques aperçus pour compléter, ou plutôt pour corroborer le travail de mon prédécesseur sur la question traitée.

En ma qualité de directeur du dispensaire anti-tuberculeux de Québec, je suis à même de constater comment l'industrie dans la province de Québec, et plus spécialement dans notre ville, est plutôt insalubre : comment le travail de nos ouvriers se fait dans des conditions plus ou moins hygiéniques ce qui amène un pourcentage considérable de mortalité et de maladies.

---

(1) Travail lu à la VI<sup>e</sup> Convention des Services sanitaires, en Septembre 1916.

Je veux soumettre à la convention une statistique qui est loin d'être complète parce qu'elle ne s'applique qu'à la ville de Québec, et que, de plus, elle est basée sur la statistique du dispensaire anti-tuberculeux qui de par sa nature est un dispensaire pour les pauvres seulement. Nous ne recevons en effet, à ce dispensaire que ceux qui ne peuvent payer les soins du médecin. Nous sommes donc bien loin de contrôler tous les cas: nous n'en voyons qu'une faible partie. Tout de même, je crois que cette statistique pourra donner une idée de la véritable situation.

Nous avons donc eu depuis les débuts du dispensaire, soit depuis 5 ans, 221 morts de tuberculose. Je constate que sur ce nombre, les manufactures de chaussures qui sont la principale industrie de la ville de Québec, ont fourni 41 mortalités: 28 hommes et 13 femmes, ce qui représente un pourcentage de 19 p. c. Il y eut 10 mortalités dans les manufactures de tabac, 7 hommes et 3 femmes; 3 dans les manufactures de coton, 4 dans les manufactures de corsets. Les écoles, chose un peu surprenante, ont fourni 7 enfants. 4 garçons et 3 filles. Ce chiffre de 221 comprend encore 7 servantes, 8 femmes de peine, 3 blanchisseuses et 39 ménagères.

Dans cette appellation de ménagères, je range les mères de famille qui s'occupent des soins du ménage. Il ne s'agit pas de femmes de peine. La plupart de celles-là ont été contaminées par leurs maris, ou par d'autres membres de leur famille travaillant dans les manufactures. C'est là, sans contredit croyons nous, la raison de ce chiffre élevé de 39. Outre les travailleurs de manufactures, il se trouve encore 28 journaliers manœuvres, qui pourraient bien avoir été contagionnés, et 70 d'autres métiers. Il reste donc que les manufactures de chaussures fournissent le pourcentage le plus élevé de mortalité.

Maintenant nous avons 262 malades sous traitement. De ce

nombre, les manufactures de chaussures fournissent encore 42 sujets, soit 8 hommes et 34 femmes; les manufactures de tabac fournissent 2 hommes et 12 femmes; les manufactures de coton, 2 femmes; les manufactures de corsets, 8 femmes. Parmi les 37 écoliers que nous avons sous nos soins, il se trouve 15 garçons et 22 filles. Nous avons encore 8 servantes, 8 femmes de peine 4 blanchisseuses, 5 journaliers manœuvres, et 33 autres de différents emplois.

Cette statistique, je crois, Monsieur le Président, nous donne bien qu'incomplètement, une idée exacte du pourcentage de tuberculeux qu'on rencontre dans les manufactures de la ville. Et il n'y a là, messieurs, rien d'étonnant. Il est assez difficile de faire une inspection complète de nos manufactures, d'abord nous n'y sommes pas autorisés, et puis, j'hésiterais à aller faire comme expert une inspection de nos manufactures, car j'ignore si on nous le permettrait. Nous eûmes cependant, en suivant un cours d'hygiéniste expert, l'avantage de visiter nos manufactures. Sans pouvoir vous donner de chiffres, je crois pouvoir affirmer que les mêmes conditions malheureuses existent dans la plupart de nos manufactures: il n'y a aucune ventilation, et l'aération fait défaut durant l'hiver; le cubage d'air y est insuffisant; l'air y est vicié; les salles de travail sont trop souvent des milieux de culture où s'épanouit le bacille de Koch. Rien d'étonnant, donc, à ce que le pourcentage des tuberculeux y soit si élevé.

Mon confrère, le docteur Couillard, rappelait tout à l'heure ce que disait, il y a 46 ans, un ingénieur français, monsieur Charles de Freycinet: "L'industrie disait-il, est insalubre dans toute l'étendue du territoire français." Cette parole dans le temps, était vraie pour la plupart des autres pays aussi, pour le Canada, pour la province de Québec. Et après 46 ans cette

parole est peut-être encore vraie. Y-a-t-il dans notre province une amélioration notable dans les conditions hygiéniques du travail et de l'industrie?

On s'est occupé de toutes les questions philanthropiques, on prétend s'occuper encore de tout ce qui peut aider au bonheur de la communauté, mais il n'existe encore aucune loi dans notre pays, ordonnant, ou seulement autorisant l'inspection médicale de l'industrie.

Monsieur Guyon inspecteur-général des établissements industriels, nous disait tout à l'heure qu'il n'y a que dix inspecteurs pour 6584 industries (1914) dans notre province. Il y a de plus trois femmes. Comment voulez-vous que ces treize inspecteurs quelques dévoués qu'ils soient puissent exercer un contrôle efficace? D'ailleurs, ces inspecteurs, quelques distingués qu'ils soient, ne peuvent non plus exercer un contrôle suffisant vu qu'ils ne sont pas médecins.

Nous avons une législation que j'ai parcourue, et qui est assez complète. Mais comme il arrive souvent, la loi écrite est superbe, mais l'application laisse à désirer. Et puis on n'a oublié qu'une chose: l'on n'a pas nommé de médecin, lequel est bien le seul homme capable d'exercer un contrôle efficace sur la salubrité des industries, et sur les conditions hygiéniques dans lesquelles doivent travailler les classes ouvrières de notre province.<sup>1</sup>

L'hygiéniste est seul capable de contrôler et de surveiller l'hygiène dans l'industrie de notre province; pourtant, aucun ne fut nommé.

Je vois dans la législation que le gouverneur-en-conseil peut nommer des hygiénistes-experts comme inspecteurs des établissements industriels, mais je crois qu'en fait, l'inspection médicale n'existe pas.

---

1. Ceci sans méconnaître le travail des inspecteurs actuels.

L'inspecteur actuel, Monsieur Guyon, vous a dit que six médecins inspecteurs avaient déjà passé, et après un stage aucun d'eux n'avait voulu rester. Pourquoi? C'est probablement parce que le salaire était insuffisant pour payer ces hommes de science qui devaient travailler à la protection de nos ouvriers.

Le problème est sérieux, monsieur le Président. Qui ne serait désolé de voir tant de nos braves ouvriers mourir de l'industrie même qui devait leur donner la vie?

Il est grand temps que les pouvoirs publics soient avisés, et cela appartient à cette convention qui n'atteindrait certainement pas toute sa portée si nous ne faisons un effort suprême, pour obtenir des autorités publiques, d'abord: 1°. Une législation ordonnant l'institution de casiers sanitaires pour chaque industrie. 2°. L'adoption d'une loi identique à celle relative à la construction des écoles, par laquelle on devra soumettre à l'approbation du bureau des inspecteurs des établissements industriels les plans de toute construction nouvelle, (2) et, 3°. que l'on décrète immédiatement l'inspection médicale de l'industrie par toute la province.

Je crois que cette convention ne peut se dissoudre sans avoir exprimé ses vœux d'une manière énergique.

Ce sont là les vœux que je désire insérer dans les minutes des délibérations, mais je demanderai à la convention de maintenir ces vœux et de les soutenir jusque devant les autorités et surtout jusqu'à ce que nous ayons obtenu ce que nous demandons.

L'ouvrier de notre pays: mais c'est la classe la plus intéressante. Ses bras vigoureux sont le soutien de la patrie; la sueur qui coule de son front, c'est la semence qui fait germer les moissons d'or. Que l'Etat bénéficiaire donne à l'ouvrier, en retour des richesses que celui-ci lui procure, la somme nécessaire pour assurer l'inspection médicale qui doit le protéger.

---

2. Ce bureau d'inspecteurs, comprenant, évidemment, des hygiénistes experts.

UN CAS D'EXOMPHALE<sup>1</sup>

Par le DR GEO AHERN

Assistant-chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Québec.

Avant de vous présenter l'observation de la malade qui fait le sujet de ce travail, je voudrais vous rappeler en quelques mots ce qu'est l'exomphale et quels sont ses caractères et ses symptômes.

On compte deux variétés d'exomphale ou hernie ombilicale congénitale: la hernie embryonnaire et la hernie fœtale. La première de ces variétés, celle qui nous intéresse en ce moment, résulte de ce que la formation des parois abdominales s'étant effectuée d'une manière incomplète, un certain nombre des organes qui devraient être normalement contenus dans la cavité limitée par ces parois restent en dehors d'elle et ne sont point revêtus par ces parois. Ces ectopies viscérales qui ne sont pas des hernies au sens propre du mot, les viscères faisant partie de la tumeur n'étant pas sortis de l'abdomen, puisqu'ils se sont développés en dehors de lui, procèdent d'un arrêt de développement qui remonte à la période embryonnaire.

Elles ont pour caractère fondamental de ne pas être recouvertes par la peau et de ne pas présenter de sac herniaire. La couche de revêtement externe, mince et plus ou moins transparente se continue avec les enveloppes du cordon ombilical et se trouve constituée par l'amnios. Vers la base de la tumeur elle se continue avec les téguments péri-ombilicaux qui se terminent

---

1. Travail lu à la Société Médicale de Québec, séance du 6 novembre 1916.

d'habitude par un bourrelet bien marqué et dont elle diffère par un aspect caractéristique.

La membrane d'enveloppe profonde qui se continue avec le péritoine pour tapisser la cavité herniaire n'est pas vasculaire ou n'est vasculaire que dans une partie de son étendue et dans tout le reste de sa superficie elle a conservé ses caractères de membrane embryonnaire, caractères tout-à-fait distincts de ceux du péritoine fœtal. Elle n'est donc pas constituée par le péritoine (Berger).

Quelquefois ces deux membranes et le tissu analogue à la Gélatine de Wharton qui les sépare font complètement défaut. En 1891, à la Société Anatomique de Paris, Calbet rapportait un cas où le petit et le gros intestin faisaient issue à travers un orifice à bords nets et bien taillés et où tout sac faisait défaut. Le musée anatomique de l'Ecole de Médecine de l'Université Laval, de Québec, possède, conservé dans l'alcool, un fœtus atteint d'une hernie semblable. Le petit et le gros intestin, l'estomac et le foie sont libres en dehors de l'abdomen et il n'y a pas trace de sac. Le Dr Odilon Leclerc, qui dota le musée de cette pièce intéressante, dit que l'enfant vécut une couple d'heure.

Le contenu de l'exomphale est variable puisqu'on peut y trouver presque tous les organes; ceux que l'on rencontre le plus souvent sont l'intestin grêle, le gros intestin et le foie dont la présence est presque constante, soit seul, soit accompagné d'une certaine quantité de petit intestin. Les autres organes qui peuvent être trouvés dans la hernie sont l'estomac, la rate, les reins, le duodénum et le cœur lui-même. Il y a longtemps que nous savons que le cœur a ses raisons. . . . Quand la hernie contient un prolongement des cavités urinaires (dû à la persistance du pédicule de l'allantoïde dans le cordon ombilical et à la perméabilité de l'allantoïde) elle donne naissance à cette

variété d'ectopie partielle de la vessie désignée sous le nom d'omphalocèle urinaire.

De même quand la hernie ne contient que le diverticule vrai de Meckel (constitué par le pédicule de la vésicule ombilicale ou pédicule vitelle-intestinal, dont les derniers vestiges sortent par l'ombilic et sont contenus dans le cordon) elle porte le nom de hernie diverticulaire.

Les seuls organes qui aient toujours résisté à cette déplorable émigration sont le pancréas et l'épiploon.

Les grosses exomphales sont généralement irréductibles en totalité ou seulement en partie. L'irréductibilité est due à la nature des organes qui y sont contenus ou aux adhérences entre ces organes et l'enveloppe de la hernie.

Quand au cordon ombilical lui-même, il est implanté soit en bas, soit à gauche de la tumeur et celle-ci se limite d'habitude à la base du cordon, plongeant plus ou moins dans son intérieur et le dilatant. Elle est plus souvent sessile.

Les symptômes, nous venons de les voir en partie: tumeur globulaire, piriforme ou hémisphérique, largement implantée sur la paroi abdominale dans la région ombilicale et sus-ombilicale, et donnant insertion au cordon par son sommet, par sa partie inférieure ou par son bord latéral gauche.

Les enveloppes laissent quelquefois entrevoir les organes qu'elles renferment. Ainsi la présence du foie se manifeste par une coloration rouge foncée; l'intestin par une coloration plus pâle et quelquefois par la présence du méconium qu'on peut apercevoir par transparence. Pendant les efforts, quand l'enfant tousse ou pousse des cris, la tumeur devient plus grosse et plus tendue. Quand celle-ci est plus petite, elle peut se rattacher à l'ombilic dilaté par un pédicule plus ou moins marqué. Quelquefois même, elle est si petite et si bien dissimulée qu'elle peut

passer inaperçue au moment de la naissance et être ligaturée avec le cordon.

Cette tumeur peut être réductible, mais la plupart des grosses hernies sont irréductibles. Nous avons vu que cette irréductibilité est due à la nature et au volume des organes herniés et aux adhérences. L'intestin irréductible par adhérences se reconnaît à ce que la tumeur est sonore à la percussion et qu'en saisissant entre les doigts la partie irréductible, on peut la plisser et la déprimer par places.

Cette hernie ombilicale embryonnaire, manifestation d'un trouble, d'un arrêt dans le développement de l'embryon, s'accompagne souvent de malformations diverses dues à la même cause. Ainsi on a observé chez des enfants des troubles du côté de l'intestin : rétrécissements multiples, atrésie, défaut d'abouchement à l'anus ; chez d'autres l'élargissement des fontanelles, l'aplasie du crâne ; chez d'autres encore un spina bifida, un pied bot, une polydactylie.

Le traitement de ces hernies s'est longtemps borné à surveiller et à diriger le travail de la nature. Les anciens s'opposaient formellement à toute intervention. Il est vrai que quelques cas avaient guéri spontanément, mais la plupart de ceux qui étaient laissés à eux-mêmes se terminaient par la mort due à une péritonite consécutive à la chute du cordon. Ce n'est que vers 1880, pour préciser en 1882, en face des accidents qui emportaient rapidement la plupart des nouveaux-nés atteints de grosses exomphales congénitales, que les chirurgiens commencèrent à intervenir. Les premières opérations ayant été heureuses, l'exemple fut bientôt suivi et l'intervention est aujourd'hui la règle pour les grosses hernies irréductibles.

Lindfors et Berger ont compté de 1882 à 1893, dans leur statistique personnelle, 32 cures radicales avec 26 guérisons et 6

morts. Celles-ci se répartissent comme suit : un des enfants, opéré quatorze jours après sa naissance, était atteint de péritonite avant l'intervention ; un autre fut opéré chez des paysans, dans un local malpropre et dans les plus détestables conditions de milieu. Trois moururent entre deux et sept heures après l'intervention, probablement de shock opératoire ; enfin le dernier succomba trois jours après l'opération, emporté par la péritonite.

En 1890, Willis Macdonald, d'Albany, rassembla 19 observations comprenant 17 guérisons et 2 insuccès suivis de mort.

Sur 12 cas non opérés, 9 étaient morts et 3 seulement avaient guéri.

Nous avons pu recueillir dans la littérature chirurgicale quelques observations publiées de 1907 à 1910 et que nous donnons ici en résumé.

En 1907, Loubet présente à la Société de Marseille, l'observation d'un enfant opéré 48 heures après sa naissance. La tumeur du volume d'un gros œuf de poule, était sonore, irréductible ; l'enveloppe amiotique présentait déjà des petites phlictènes. Le nourrisson avait eu des vomissements porracés, sa température était 37.4 et son pouls imperceptible. A l'intervention, le chirurgien constata l'étranglement de l'anse grêle contenue dans le sac et la présence de fausses membranes dues à la péritonite. Les suites opératoires furent bonnes et la guérison se fit très simplement.

Pendant la même année, M. Nové-Josserand, à la Société de Chirurgie de Lyon, rapportait l'observation d'un enfant qu'il avait opéré 11 heures après sa naissance. La hernie contenait un peu d'intestin grêle et tout le foie adhérent au sac. Les suites immédiates furent bonnes, mais ultérieurement il y eut tendance à la désunion. A la suite de l'ablation de la mèche

on observa des phénomènes d'occlusion intestinale qui disparurent rapidement.

L'année suivante à la Société de Chirurgie de Marseille M. Pieri, racontait l'histoire d'un enfant qu'il avait opéré 15 jours après sa naissance pour une tumeur située au niveau de la cicatrice ombilicale. Au moment de la naissance, cette tumeur était recouverte d'une muqueuse rougeâtre qui s'était ensuite ulcérée et donnait passage aux matières fécales au moment où le chirurgien intervient. L'enfant mourut 12 heures après l'opération avec des signes de péritonite.

En 1910, Marek opéra avec succès un enfant âgé de 8 heures et pesant près de 6 livres. La hernie contenait tout l'intestin, à l'exception du rectum et de l'S illiaque. On voyait parfaitement par transparence le cæcum et l'appendice, l'estomac dilaté, le foie de coloration violacée. Les suites opératoires furent normales.

Le traitement de ces hernies est l'intervention et la méthode opératoire à employer est l'omphalectomie ou cure radicale. C'est celle qui présente le plus d'avantages et le moins d'inconvénients. Les autres méthodes dont nous ne dirons qu'un mot, se réduisent à deux : la ligature sous-cutanée et la méthode extrapéritonéale. La première consiste à réduire le contenu de la hernie dans le ventre et à saisir celle-ci à sa base avec une pince à mors plats. De crainte qu'une partie d'intestin soit restée dans le sac, on ouvre celui-ci dans sa longueur. Si on constate que la réduction est complète on abrase la hernie et juste au-dessous des pinces on passe des points de suture (méthode de Breus). Cette méthode est infidèle et dangereuse. La méthode extrapéritonéale consiste à ménager l'enveloppe profonde de la hernie, à plisser le sac par quelques points de suture et à le refouler dans le ventre après avoir décollé aussi minutieusement

que possible la Gélatine de Wharton. La réduction une fois opérée on procède à l'avivement des bords de la peau qu'on amène au contact en avant de la hernie et qu'on maintient au moyen d'une suture superficielle. Cette méthode est dangereuse parce qu'elle expose le péritoine à l'infection, et insuffisante parce que la réunion ne porte que sur la peau et ne forme pas une cicatrice ombilicale solide. Comme nous l'avons dit la seule méthode qui donne les garanties nécessaires de succès est la cure radicale. Et il faut l'employer dans toutes les grosses exomphales irréductibles, partiellement ou totalement, dans tous les cas où les enveloppes minces et transparentes menacent de se rompre. L'opération doit être hâtive. Elle peut être pratiquée immédiatement après la naissance, et il ne faut pas craindre de se servir de l'anesthésie chloroformique. Phoenomenoff (un nom prédestiné), de Kasan, donna du chloroforme à un nouveau-né âgé d'une heure. La plupart des observations que nous avons résumées plus haut avaient trait à des enfants opérés dans les premières 24 heures de leur existence, et tous sous chloroforme. Le shock sera moins considérable et l'intervention moins brutale que si on intervient sans anesthésie.

Voici maintenant pour terminer, messieurs, une observation personnelle. Le 5 novembre 1915 j'étais appelé à l'Hôtel-Dieu, en l'absence de mon chef, le docteur Dagneau, pour voir une petite fille, née la veille à St-Féréol, et qui présentait sur la paroi abdominale, dans la région de l'ombilic, une tumeur de grosseur de notre pomme fameuse. Arrondie, dure, de coloration grise foncée, cette tumeur semblait contenue dans le cordon, plus spécialement dans la partie latérale droite de ce dernier.

Quand l'enfant criait ou faisait des efforts, la tumeur devenait un peu plus volumineuse, mais sa consistance ne changeait pas. Sur l'enveloppe extérieure, à côté de phlictènes fermées, on en

voyait d'autres dont le contenu s'était écoulé au dehors et qui répandaient déjà une odeur assez désagréable. L'extrémité du cordon était franchement gangrenée. La hernie était irréductible et les tentatives de réduction faisaient pousser des cris à l'enfant. Celle-ci était elle-même congestionnée, sa respiration entre 55 et 60, son pouls incomptable, sa température normale.

Devant les troubles respiratoires et l'état général de la petite malade, surtout devant les menaces de rupture de l'enveloppe de la hernie, je décidai d'intervenir. Anesthésie générale au chloroforme. A l'ouverture du sac, je trouvai la place occupée par le foie dans sa totalité et adhérent à l'enveloppe sur toute sa surface. Après mille difficultés, mais sans trop d'hémorragie, je réussis à le décoller et à le réduire dans l'abdomen. Pendant ces manœuvres de décollement et de réduction, mon doigt introduit dans l'abdomen sentit battre le cœur et, ce qui attira mon attention, cet organe semblait situé un peu plus à droite que normalement. Je ne trouvai aucune trace de diaphragme. La malade était sous anesthésie depuis une heure et vingt à peu près, et je ne voulus pas prolonger cette longue intervention pour m'assurer de l'anomalie. Je commençai donc la cure radicale de la hernie par la suture des plans profonds et je terminais la suture du péritoine quand l'opérée fit une syncope respiratoire. La respiration artificielle et la traction rythmée de la langue n'ayant donné aucun résultat, j'eus recours au massage du cœur et profitai de cette manœuvre pour me rendre compte de la position de celui-ci. Il était situé tout-à-fait à droite de la poitrine, son bord gauche un peu à droite du sternum la pointe dirigée à droite, et la crosse de l'aorte se dirigeant en haut, en avant et à droite, puis s'infléchissant, continuait sa direction en arrière et à droite. Ayant fait constater ces faits par le docteur Lacroix, interne à l'Hôtel-Dieu, qui m'assistait, je me préparais à terminer

l'opération par une suture en masse, quand pour être certain que la vie avait cessé et que je n'avais rien négligé, je réintroduisis mes doigts dans l'abdomen et pressai sur le cœur deux ou trois fois. A ma grande surprise, celui-ci recommença à battre et la malade à respirer. La syncope avait duré trois ou quatre minutes. Je terminai alors l'opération le plus rapidement possible en laissant une mèche de gaze qui fut enlevée le lendemain. Sauf un peu de suppuration qui ne dura que quelques jours, les suites opératoires furent normales, et quand l'enfant quitta l'hôpital, quinze jours après l'opération, la plaie était fermée et la cicatrice solide.

Je n'entendis plus parler de la petite jusqu'à cet été quand je me rendis à St-Féréol pour en avoir des nouvelles et j'appris du curé de l'endroit qu'elle était morte le 5 janvier 1916, âgée exactement de deux mois, de broncho-pneumonie.

Voici messieurs, l'observation que je voulais vous présenter. Quelles leçons pouvons-nous en retirer? La première est que les nouveaux-nés atteints de hernie ombilicale congénitale embryonnaire tirent un bénéfice certain de l'intervention immédiate. Ils sont moins affaiblis et courent moins de dangers de péritonite que si on attend quelques jours. De plus toutes les menaces de rupture et d'événtration disparaissent et la hernie est radicalement guérie.

La deuxième, c'est que les enfants, quelque jeunes qu'ils soient, supportent très bien le chloroforme. Dans notre cas nous avons eu une syncope respiratoire, il est vrai, mais notre malade était déjà endormie depuis plus d'une heure et quart quand l'accident survint et celui-là pouvait tout aussi bien être du à un réflexe abdominal consécutif aux manœuvres opératoires qu'à l'anesthésique. D'ailleurs, c'est un accident qu'on rencontre chez des individus plus âgés.

Enfin la troisième leçon à retirer de cette observation, c'est que le massage du cœur, auquel j'attribue le retour à la vie de notre petite malade, peut donner de très bons résultats dans les cas désespérés. Il a été d'ailleurs préconisé et employé par nombre d'auteurs et de chirurgiens.

ON DEMANDE

Les confrères qui auraient en leur possession les publications suivantes et pourraient en disposer, seraient bien aimables de les faire parvenir à la bibliothèque de la *Faculté de Médecine*, Université Laval, Québec.

Rapports semi-annuels des Assemblées du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec : Tous les rapports antérieurs à 1894. Les rapports suivants : juillet et septembre 1895, septembre 1910.

Les Nos suivants du *Bulletin Médical* de Québec :

7ème année.—Septembre, octobre, novembre, décembre, janvier, février, mars, avril, mai, juin, juillet, août.

8ème année.—Septembre 1906.

gème année.—Octobre 1907, novembre 1907, décembre 1907.

10ème année.—Septembre 1908, octobre 1908.

12ème année.—Septembre 1910, avril 1911.

14ème année. — Janvier 1913.

## COURS D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Les cours d'hygiène publique, pour l'obtention du diplôme d'Hygiéniste expert, commenceront à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, au mois de janvier prochain.

Les médecins qui voudraient suivre ces cours sont priés de s'inscrire le plus tôt possible. Le droit à verser est de \$100.00. Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire de la Faculté de Médecine, Université Laval, Québec.

# INTERETS PROFESSIONNELS

---

## CONGRÈS D'HYGIÈNE

---

A. VALLÉE M. D.

Prof. à l'Université Laval

---

Trois importantes réunions d'hygiénistes ont eu lieu simultanément à Québec, en septembre : celle de la Canadian Public Health Association, de l'Association Canadienne pour l'enrayement de la tuberculose, et des services sanitaires de la Province. Tout bien considéré, ces réunions ont remporté un plein succès. Les travaux bien faits seront utiles, les relations entre confrères seront affermies, l'attention sera de nouveau attirée sur les questions d'hygiène.

Les séances de travail ont été bien remplies, les réunions mondaines, agréables, ont semblé plaire aux congressistes. Il est permis d'espérer que ce mouvement créé depuis plusieurs années va s'accroître et que les prochains congrès seront, sous tous les rapports, de francs succès. En plus de la question d'intérêt général qui doit nous attirer vers ces travaux, la nomination de deux présidents qui sont de chez nous. — M. le Docteur Pagé à la Canadian Public Health, et M. le Dr. Simard aux Services sanitaires — nous imposent des obligations qu'il faudra savoir rencontrer. Maintenant que les esprits semblent bien un peu calmés, aidons à préparer demain en regardant ce que fut hier.

Voyons rapidement quels doivent être les *résultats* de cette réunion de septembre, l'*indifférence* témoignée à l'hygiène, et la *critique* suscitée.

### RÉSULTATS

Que devons-nous attendre de ces congrès. Hélas ! trop de

choses pour que tout se réalise. Mais le moindre déclanchement d'idée devrait déjà satisfaire les plus exigeants.

Eveiller l'opinion publique en est sûrement le but principal. Attirer l'attention des gouvernants sur les choses de l'hygiène, leur en prouver la portée sociale, humanitaire et économique sont encore autant de résultats de même ordre puisque les autorités ne fonctionneront sur ces questions qu'au moment où le peuple éclairé l'exigera.

Mettre au point certaines données bien étudiées, exposer notre bilan, comparer et balancer avec ce qui se fait ailleurs sont les moyens nécessaires pour arriver au perfectionnement cherché, c'est de cette étude et de cette comparaison qu'il faut attendre les résultats, et c'est par cette étude et cette comparaison que le public sera le plus facilement et le plus sûrement édifié.

Enfin pour ce qui est de la profession médicale elle-même, compléter sa formation en lui enseignant les méthodes nouvelles, le fonctionnement des organisations de protection sanitaire, en lui rappelant même les principes généraux d'hygiène publique et en attirant son attention sur le rôle important que le médecin doit y jouer s'il veut remplir complètement son devoir, seront des réalisations possibles.

Mais dans ces derniers Congrès il est un autre résultat recherché et il semble bien que celui-là aussi soit réalisé ou du moins en bonne voie de l'être si le mouvement se maintient. Comme l'a dit un quotidien. " Nous coudoyions là des confrères d'autre nationalité, d'autre mentalité et d'autre culture scientifique ". Il s'agissait par conséquent pour nous de créer auprès d'eux bonne impression pour détruire certains préjugés chez eux, et de faire cesser également certains préjugés chez nous. Sur les questions scientifiques rappelons-nous, en effet, que le mot de Pasteur " la science n'a pas de patrie... " sera toujours vrai. Par conséquent, sur ces questions, cessons de nous tenir à l'écart en

nous mêlant à l'élément anglais que nous connaissons mal au point de vue scientifique et qui nous ignore complètement. Il ne pourra en résulter que du bien au point de vue de notre développement, et peut-être même au point de vue des relations d'ordre plus général entre les deux races. En tous cas nous n'avons rien à y perdre et ne pouvons qu'y gagner. Nous nous connaissons mieux, nous échangerons nos méthodes, on verra que loin d'être en arrière nous sommes tout à fait à point, et que si l'on croit nous traiter en parents pauvres c'est bien à tort puisque nous pouvons apporter à la communauté les qualités maîtresses de la race, la clarté, la précision, la souplesse intellectuelle.

De notre côté, nous reconnaissons l'esprit pratique, la tenacité qui force la réussite, l'assurance qui vainct la timidité, de nos confrères de langue anglaise.

#### INDIFFÉRENCE

Malheureusement pour réaliser ces progrès il faudrait voir disparaître l'indifférence générale. Car ne nous trompons pas, l'indifférence se caractérise ici par une inertie d'ensemble vraiment touchante.

Nous ne pouvons nous plaindre de voir le public rester insensible aux questions d'hygiène, lorsqu'il faut commencer par admettre que le médecin lui-même s'en désintéresse de façon incroyable. Combien de médecins de la ville ont assisté à ces séances des Congrès? Nous n'en avons jamais compté plus de dix et en tenant compte de ceux qui incidemment ont pu apparaître un instant il n'est pas exagéré de dire que moins de vingt médecins ont assisté à ces réunions. Des médecins du district, deux s'y sont rendus. On ne peut nous taxer d'exagération si nous disons que c'est presque ridicule. Je comprends que tous les confrères ne jouissent pas d'une liberté complète, loin de là,

mais on perd souvent tant de temps ailleurs ! Il est regrettable qu'on ne daigne pas venir en perdre là ou au moins ce serait donner l'exemple si rien d'autre chose ne peut en résulter. Et il est permis de supposer que tous peuvent apprendre sur ces questions surtout lorsqu'on se plaît à nous répéter que le médecin est souvent le plus grand ennemi de l'hygiène.

Lorsque le corps médical se sera montré intéressé dans son ensemble il deviendra plus facile d'accuser à leur tour les pouvoirs publics, non pas dans leurs représentants officiels, — quelques-uns de ceux-là heureusement, se sont au moins rendus aux séances du soir, fort surpris, du reste, de s'y trouver seuls, — les classes dirigeantes et la masse. Mais alors nous pourrions blâmer ceux qui s'abstiennent par ignorance et peur de savoir.

Alors aussi nous pourrions reprocher à ceux qui sont tout spécialement chargés de veiller à la santé publique de s'abstenir trop souvent d'assister à ces réunions où ils pourraient sinon apprendre, du moins comparer, ce qui ouvre déjà bien des horizons nouveaux. Que l'on soit simple inspecteur d'un bureau de santé, ingénieur, vétérinaire, bactériologiste, médecin municipal, voire même membre d'un comité de santé chargé de voir à l'administration de ce département, on est tenu de se renseigner et de prêcher d'exemple en assistant à un congrès d'hygiène, surtout lorsqu'il se fait à notre porte ou plutôt dans nos murs et dans notre propre maison.

Inutile jusque-là de reprocher au peuple son abstention, il aurait beau jeu de répondre par une contre-attaque difficile à repousser, et nous sommes en très mauvaise posture pour tenter sur ce point la critique.

#### CRITIQUE

Faut-il vraiment attaquer ce sujet ; avons-nous le droit de blâmer la critique, dans un pays où on lui conteste le droit de

vivre, et où il faudrait se borner à la critique de la critique, au moins lorsqu'il s'agit de nos défauts? Est-ce bien là le moyen de les guérir? En effet, il suffit que quelqu'un ose élever la voix pour laisser entendre que notre race n'est pas encore au sommet, pour laisser croire que nous pouvons encore progresser, pour insinuer qu'il y a certaines réformes à opérer, et aussitôt on l'accuse de trouble-fête, d'esprit-fort, de dénigreur et on lui assigne le rôle d'accusateur public. C'est exiger beaucoup, et l'on réussit par là trop souvent, sinon toujours, à obtenir un silence néfaste où viennent s'accumuler et se grossir nos faiblesses. A force de tout vouloir cacher on se ment à soi-même et la conscience individuelle faussée, toute la communauté finit par vivre de l'illusion heureuse d'avoir trouvé dans l'indifférence un séjour de tout repos.

Souvenons-nous que "la critique n'a jamais tué ce qui doit vivre". Et si nous voulons, au contraire, nous développer comme il le faut, loin de l'éloigner et de l'éteindre, ayons le courage de la supporter, sans la nier, lorsqu'elle est vraie, bien qu'un peu dure. Les fautes avouées sont facilement pardonnées surtout par ceux qui les voient et constatent que nous ne cherchons pas à les cacher.

Or, si la Presse dans l'ensemble s'est montrée fort indulgente pour les Congrès d'hygiène, si elle a publié même certain article fort élogieux à notre sujet, il n'en reste pas moins qu'elle s'est attaqué un peu durement, pour ne pas dire plus, à quelques travaux en particulier. Et chose banale, ce sont précisément ceux de ces travaux qui critiquaient l'hygiène de chez nous qui ont suscité sa colère et surtout celle de ses correspondants qui se piquaient de discerner sur des choses qu'ils ignorent ou connaissent mal et sont à peine en état d'apprécier.

Parce qu'un ingénieur sanitaire a osé répéter, ce que nous

connaissions depuis toujours, ce qui du reste est déjà consigné dans des rapports officiels et publics, on a crié aussitôt "harro sur le baudet," et il s'en est fallu de peu qu'on ne condamne pour toujours l'inspection des eaux, passée, présente et future. Nos eaux polluées, comment ose-t-on avancer de telles erreurs, n'en buvons-nous pas à la journée sans accident? Exagération ou zèle d'un monsieur qui veut nous vendre un filtre a-t-on même répété en certains milieux municipaux. Eaux polluées, mais il existe des aqueducs partout, répète un autre, de quoi vous plaignez-vous encore. Eaux polluées, mais qu'en savez-vous, vous faites des analyses sans avoir jamais le même résultat, la même eau est polluée ici et vous la déclarez excellente un peu plus loin. Vous n'arriverez par là qu'à éloigner les étrangers, détruire le prestige de la province, humilier la race. Constatez si ça vous amuse la pollution des eaux, mais de grâce, monsieur l'ingénieur, n'allez pas ainsi le crier en public, vous pourriez finir par convaincre les gens qu'il faut faire quelque chose.

On oublie malheureusement le point. L'eau polluée n'est pas nécessairement infectée, seulement la pollution indique qu'elle peut le devenir d'un moment à l'autre; vaut mieux prévenir que guérir!—Un mauvais aqueduc ne vaut pas un bon puit et trop d'aqueducs municipaux ne remplissent pas les conditions voulues pour avoir été installés sans prendre les précautions nécessaires.—L'analyse d'une eau peut varier d'un point à l'autre et par malheur dans le cas discuté il s'agissait de plus, de deux sources différentes. Comme c'est la voix du peuple qui a le plus d'autorité, c'est en lui disant la vérité que la solution sera le plus sûrement obtenue puisque les avertissements privés n'aboutissent à rien du tout.

Tout de même la critique fut brève sur ce sujet qui n'attaquait que nos cours d'eaux. Mais si un médecin a le courage,

après avoir soigneusement étudié une question, de dire franchement ce qu'il en pense ; s'il est assez audacieux pour critiquer non seulement l'administration, mais l'individu ; s'il est assez désintéressé pour travailler au bien commun sans en tirer autre chose que des ennuis personnels, alors c'est bien autre chose. Il faut à tout prix prouver qu'il a mal vu, qu'il exagère, qu'il dénature les faits et trompe ses auditeurs. Comment, nous qui habitons le plus beau pays, qui possédons les meilleurs orateurs, sommes servis par les meilleurs avocats, jugés par les meilleurs juges, administrés par les plus grands hommes, soignés par les meilleurs médecins, nous n'aurions pas aussi la population la plus instruite des choses de l'hygiène, la plus propre et la plus soigneuse ? Mais peut-on ainsi dénigrer la race alors qu'on nous fait déjà la lutte au dehors !

Concédon, je le veux bien, que M. le Docteur Émile Nadeau tout en étant de la Beauce soit un peu du Midi. Admettons qu'à ce soleil il doit d'avoir un goût exagéré du coloris, que les tons sont un peu durs, forts en couleur, trop crus, les contrastes trop marqués et les teintes trop vives. Avouons si l'on veut, qu'il peint trop en lumière et que l'éclat de son tableau nuit un peu à l'effet. Tout ceci n'enlève rien à la ligne. Il est peut-être impressionniste il n'est pas pour cela nécessairement cubiste. Pour avoir dit, en somme, que l'hygiène est encore mal connue de nos populations rurales et surtout qu'elle y est généralement fort mal appliquée, ce qui est vrai même aux portes de nos villes, ce qui ne peut surprendre puisque c'est encore exact dans les villes elles-mêmes,—il n'a pas semblé-t-il attaqué la réputation et l'honneur de la race.

Non, il eut mieux valu pour certains correspondants, admettre l'évidence, en critiquant si l'on veut le détail, que de saper par la base, de nier catégoriquement et de flagorner le peuple qui n'en retire aucun profit.

Ne fermons plus les yeux sur nos faiblesses, regardons-les au contraire bien en face et même à la loupe ; elles seront un peu grossies peut-être, mais, nous n'arriverons que mieux à les saisir et à les corriger. Cessons aussi de voir dans la critique une atteinte à l'honneur de notre nationalité ; on finirait par nous faire croire qu'il faut l'étiqueter du vers de Sully Prudhomme. "N'y touchez pas il est brisé"...

---

Au contraire pour tirer de ces Congrès un profit équitable, étudions les résultats acquis et possibles, cultivons-les, cherchons à les amplifier. Luttons généreusement contre l'indifférence si évidente qui accompagne chez nous toute manifestation de l'esprit et supportons courageusement la critique, nous souvenant du mot de Laténa. "La critique est un flambeau, la louange un bandeau".

---

:00:

## "UNE QUESTION DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE"

DR A.-J. BOISVERT

---

En lisant la 5<sup>ème</sup> leçon de Déontologie Médicale par M. le Prof. Dagneau (Bulletin Médical, Oct. 1916) mon attention a été particulièrement attirée sur la réponse à une question qui nous est quelquefois posée en pratique : "Un médecin est-il obligé d'aller chez son malade qui le requiert, ou peut-il refuser ?" Il ne fait pas de doute que, dans l'esprit des Déontologues

Médicaux, l'on a voulu répondre à cette question-ci, plus générale et d'intérêt primordial pour le médecin : Un médecin est-il obligé d'aller chez *un* malade etc. Je présume qu'il ne s'agit que d'obligation civile comportant recours en dommages contre le médecin ; l'obligation morale étant du ressort de la conscience.

La réponse affirmative donnée par les auteurs et entendue dans ce sens est bien grosse de conséquences pour la profession, surtout si elle doit servir de base aux jugements des cours de justice ; cependant elle ne saurait telle qu'elle, résoudre la question parce qu'elle est erronée et injuste.

Elle est erronée parce que, sous les circonstances actuelles, l'exception à la règle telle que posée ou plutôt la restriction qui dégage le médecin de telle obligation là où le secours médical peut se trouver à portée du malade, a une application plus générale que la règle elle-même.

En effet, l'on peut dire que le secours médical se trouve presque partout à portée du malade, autrefois et surtout de nos jours dans les villes ; même dans les campagnes là où la proximité et le nombre des médecins, les facilités de communications et de transport le favorisent.

Elle est injuste : Une telle règle doit obliger indistinctement tous les membres d'une même profession. N'est-il pas juste qu'un médecin pratiquant seul dans une localité jouisse des droits et libertés ou privilèges dont jouissent ses confrères pratiquant dans les villes, par exemple, qui, eux, pourraient toujours invoquer cette facilité de trouver le secours médical pour justifier leur refus à un appel.

Cette obligation civile existe-t-elle ? Je n'hésite pas à dire que non et je ne connais pas de loi qui la confirme.

Sans doute la charité, cette fleur des vertus chrétiennes, et le dévouement trouvent un champ d'exercice plus vaste dans la

professon médicale que dans tout autre profession, mais, de là à créer une obligation entraînant des effet civils et par conséquent perte pour le médecin des droits à la liberté commune, il y a abîme.

La pratique de la médecine n'est pas non plus liée par un contrat tacite envers la société. Un contrat oblige les deux parties contractantes; or, personne peut nier que la société reste libre vis-à-vis du médecin et qu'elle n'a pas été partie à sa formation.

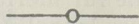
Le médecin ne doit donc rien autre chose à la société, à moins de conventions spéciales, que sa charité, son zèle, sa science et son dévouement dans l'accomplissement de ses devoirs professionnels; ses obligations civiles commencent avec l'exercice actif de sa profession et sont intimement liées à la responsabilité médicale.

C'est une vérité de La Palisse que de dire que l'exercice de la médecine est d'abord pour le médecin un moyen de gagner sa vie et sa liberré d'action dans ce but doit rester intangible.

Le médecin, en refusant souvent des appels sans raison, agirait sans doute contre ses plus chers intérêts; il doit répondre par sens moral et humanitaire mais non en vertu de l'obligation telle qu'entendue.

Si je devais répondre à cette question je dirais que le médecin n'est pas obligé en vertu de sa profession de répondre aux appels sauf quand le secours médical n'est pas à la portée du malade.

Pléssisville, le 30 Oct. 1916,



## LE CINQUANTENAIRE D'UNE GRANDE MAISON

La grande maison de pharmacie Parke, Davis & Co. fondée en 1866, vient de fêter son cinquantenaire le 26 octobre dernier. A cette occasion cette importante fabrique de médicaments chimiques et de produits biologiques, qui fait honneur à l'Amérique, a publié une plaquette fort intéressante à plus d'un point de vue.

On y trouve retracés les âpres débuts d'une "firme" américaine qui, née modestement dans une humble officine d'une ville à l'époque plus humble encore, se développe à travers mille difficultés pour s'imposer graduellement à l'univers entier. On y touche du doigt les premiers labeurs, puis les premiers succès d'hommes énergiques et compétents qui ne cherchent à s'imposer que par la valeur réelle de leurs produits et la confiance méritée qui peut s'en suivre. On y suit pas à pas les progrès accomplis, les transformations successives qui d'une arrière boutique de pharmacien ignoré ont fait surgir les immenses fabriques sans cesse en activité et les laboratoires les plus modernes et les mieux outillés. Et après avoir vu naître cette grande industrie, on la voit tour à tour envahir tous les marchés, établir partout ses comptoirs, de Détroit à Chicago, de Londres à Sydney, de Bombay à Pétrograd, de Montréal à Buenos-Ayres.

Mais ce n'est encore là que la partie matérielle si caractéristique du développement des forces américaines. Tout à côté l'auteur a su nous montrer la progression scientifique de cette œuvre tout en retraçant en même temps à grands traits l'évolution de la pharmacologie dans les cinquante dernières années. Aussi après avoir constaté la fabrication et la mise en vente de tous les produits pharmaceutiques de l'époque par la Maison Parke Davis, nous la voyons produire successivement toute la lignée des médicaments végétaux puis petit à petit les médicaments titrés, les produits biologiques et les préparations opothérapiques. Et cette évolution constante dans la modalité de la thérapeutique s'accompagne de la création de laboratoires de recherches, de laboratoires de biologie, de médecine expérimentale, d'essais physiologiques qui viennent par leur contrôle scientifique apporter au monde médical et au consommateur, les garanties nécessaires.

Ce court exposé justifie à lui seul la confiance accordée à cette grande maison et ne peut que lui mériter les félicitations du corps médical pour l'honnêteté avec laquelle tout en développant un commerce important elle sait évoluer et suivre au jour le jour les progrès scientifiques en augmentant, modifiant et adoptant sans cesse son outillage aux circonstances.