

LE SERVICE MUNICIPAL D'HYGIENE (a)

“Un bureau d'hygiène est le point central où vient se concentrer chaque jour, tout ce qui a trait à l'hygiène et à la préservation de la santé publique”.

(Prof. Henrot, ancien Maire de Reims.)

En parcourant le compte-rendu des huit Conventions des Services Sanitaires de la Province qui ont eu lieu antérieurement, depuis 1908, je constate que le sujet que je me propose de traiter devant vous, n'est pas nouveau, et qu'il a été traité sous les aspects les plus variés. Ainsi, dès la première convention, tenue à Montréal en 1908, Mr. le Dr. J. A. Hutchinson, membre du Con. Sup. d'Hygiène, et médecin municipal de la ville de Westmount, parlant des “devoirs et des difficultés d'un médecin de santé”, a effleuré au passage le côté administratif de la question, se limitant à dire que le Con. Sup. d'Hygiène était en quelque sorte immobilisé par le budget plus qu'insuffisant d'alors. (1)

A la même convention, le Dr. J. W. Bonnier, alors Assistant-Inspecteur, a parlé “De l'organisation sanitaire dans les municipalités

(a)—Communication faite à la 9e Convention annuelle des Services sanitaires de la province de Québec, à Chicoutimi, le 29 juillet 1921.

(1)—Cf. Compte-rendu, 1ère Convention, Montréal, 1908, p. 36).

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICEMIES**

(Académie des Sciences et Société
des Hôpitaux du 22 décembre
1911.)

....LABORATOIRE COUTURIEUX....

18, Avenue Hoche, Paris.

Traitement

— PAR LE —

LANTOL

Rhodium B. Colloïdal
électrique

AMPOULES DE 3 C'M.

rurales ce qu'elle doit comprendre".(2) Puis le Dr. Elzéar Pelletier, Secrétaire-Directeur du Con. Sup. d'Hyg. depuis sa fondation, a traité "De l'organisation sanitaire municipale"; et à la 3ième convention, tenue à St-Hyacinthe, en 1910, le toujours actif et dévoué Secrétaire-Directeur, a fait un tableau "Des fonctions de l'Officier-Exécutif de l'autorité sanitaire municipale dans un village de 2000 âmes."(3) Ces deux communications, faites par un auteur d'une grande expérience, sont un véritable guide des municipalités au point de vue sanitaire et légal.

A la cinquième Convention, tenue à Montréal, en 1913, le Prof. T. A. Starkey, avait choisi comme sujet de sa conférence: "Responsibilities of Municipalities in carrying out Sanitary Measures."(4) Toujours à cette même convention, d'autres ont parlé de l'organisation sanitaire municipale relativement à certaines questions tout-à-fait spéciales, comme par exemple: "Ce que doit être l'organisation sanitaire municipale pour la lutte contre la Tuberculose", par le Dr. E. M. A. Savard, alors Directeur médical du Dispensaire Anti-Tuberculeux à Québec, et aujourd'hui Inspecteur-Général du Con. Sup. D'Hyg. de la Province;(5) et "Comment peut intervenir l'autorité municipale dans la lutte à faire contre la mortalité infantile", par le Dr. Adélarde Corsin, inspecteur-régional.(6)

Et puis, la 6ième convention tenue à Québec, en 1916 nous a valu le travail du Dr. J. A. Beaudoin, médecin municipal de la ville de Lachine, et Assistant secrétaire-directeur du Con. Sup. D'Hyg., sur "L'importance de l'hygiène dans l'administration municipale".(7)

Enfin, lors de la 7ième Convention tenue à Fraserville en 1918, un exposé "De l'organisation sanitaire d'une petite municipalité" a

(2)—Cf. Compte-rendu, 1ère Convention, p. 40.

(3)—Cf. Compte-rendu de la 3ième Convention, St-Hyacinthe, 1910, p. 106 à 112.

(4)—Cf. Compte-rendu, 5ième Convention, Montréal, 1913, p. 65 à 71.

(5)—Cf. Compte-rendu de la 5ième Convention, Montréal, 1913, p. 81 à 89.

(6)—Cf. Compte-rendu, 5ième Convention, Montréal, 1913, p. 102 à 111.

(7)—Cf. Compte-rendu, 6ième Convention, Québec, 1916, p. 177 à 189.

été fait par le Dr. Fred. Pelletier, Secrétaire et chef du bureau au Service de santé de la ville de Montréal.(8)

Ces communications, émanées d'hommes dont l'autorité en matière d'hygiène est incontestable et incontestée, portent la marque d'une très-haute compétence et d'une très grande érudition jointes à un sens pratique de la mise en opération des différentes parties d'un service d'hygiène municipal, que le champ de son activité soit vaste ou restreint. Aussi bien, dès à présent, leur ensemble constitue dans notre littérature médicale canadienne-française, une bibliographie riche en enseignements précieux, pour laquelle nous rendons hommage à tous ceux qui y ont contribué, et dans laquelle les autorités sanitaires des villes et des campagnes trouveront toujours les directives maîtresses et indispensables à leur activité, tant au point de vue des connaissances scientifiques les plus récentes que des pouvoirs légaux que notre loi et nos règlements leur accordent.

Cependant, dans la question du service municipal d'hygiène, il y a deux points dont, jusqu'à ce jour, on a peu ou pas parlé au cours de nos conventions; ou plutôt, pour être plus exact, dont on ne fait mention que d'une manière incidente dans la littérature précitée. Ce sont ces deux points que je considère indispensables dès l'origine même d'un service municipal d'hygiène, qui seront l'objet des quelques considérations qui vont suivre, convaincu que je suis, comme vous l'êtes tous, Messieurs, qu'un service municipal d'hygiène est d'abord et avant tout le service qui dirige et administre les affaires concernant l'hygiène; et ici le mot affaire est pris dans son sens réel et pratique le plus concret. Or, pour que toute administration non-seulement soit solidement établie, mais avant même qu'elle puisse procéder à des opérations, c'est-à-dire faire des affaires, il lui faut deux éléments primordiaux mais fondamentaux: un bureau de direction, et un capital. Par conséquent, dans le cas d'un service municipal d'hygiène il faut d'abord un bureau de direction: le bureau d'hygiène, et puis un capital, c'est-à-dire, un budget.

Qu'est-ce donc qu'un bureau d'hygiène ?

(8)—Cf. Compte-rendu, 7ième Convention, Fraserville, 1918, p. 22 à 24.

L'article 3884 de la loi d'hygiène publique de Québec (Chapitre 3e du Titre 7 des Statuts refondus de la Province de Québec, 1909) en donne la définition légale que voici: "Les bureaux d'hygiène sont les aviseurs des conseils municipaux en matière d'hygiène; et de plus ils agissent au lieu et place de ces derniers, dont ils ont toute l'autorité lorsqu'ils sont requis par eux de mettre le présent chapitre à exécution ou de le faire exécuter."

Voilà, que définit bien clairement le status légal d'un bureau d'hygiène dans une municipalité. Notre loi va plus loin: elle précise sa composition. L'article 3882 dit que le conseil municipal nommera pas moins de trois personnes résidant dans les limites de la municipalité, pour former le bureau d'hygiène de la municipalité; en outre, l'article 3886 dit que: "Le conseil municipal doit nommer un officier-exécutif chargé d'exécuter les décisions de l'autorité sanitaire municipale". Donc au moins trois personnes demeurant dans les limites de la municipalité, constituent le bureau d'hygiène, plus un officier-exécutif. Ces membres, cet officier-exécutif, que sont-ils en réalité? Sont-ce tout simplement des noms que l'on a jetés sur le papier, dans une formule très bien rédigée, pour répondre au desideratum de la loi, ou encore tout simplement satisfaire le Conseil Supérieur d'Hygiène? Non, messieurs. Ne nous payons pas de mots ni de phrases écrites, fussent-elles des résolutions adoptées par un conseil municipal. D'après la loi citée précédemment, les membres sont les aviseurs du conseil municipal, et, de plus, ils ont l'autorité de celui-ci en matière d'hygiène. Par conséquent, ils sont vis-à-vis le conseil municipal et ses administrés, c'est-à-dire les contribuables, les directeurs, les contrôleurs, l'autorité responsable du travail qui se fera dans la municipalité en matière d'hygiène: ils forment le bureau de direction indispensable, si l'on veut que les affaires marchent de l'avant. L'essentiel, qu'ils soient conseillers municipaux ou non, c'est que, d'abord, ils acceptent très-volontiers de faire partie de ce corps délibérant; puis, qu'ils possèdent déjà un peu de civisme, ce qui facilitera leur tâche; et, enfin qu'ils comprennent la nécessité et l'importance de l'hygiène municipale comme facteur de progrès des individus et de la collectivité.

L'officier-exécutif, c'est l'agent du bureau de direction, non pas l'agent isolé, laissé à lui-même, car très souvent les directeurs, com-

me dans toute compagnie ou société d'affaires, devront donner de leur personne, mais l'agent extérieur auquel le bureau dont il relève devra donner ses instructions concernant le travail à accomplir durant l'année.

Voici un bref aperçu du travail le plus élémentaire qui peut être fait dans n'importe quelle municipalité par l'officier-exécutif :

En ce qui concerne les maladies contagieuses, recevoir les déclarations, faire l'affichage, donner les instructions à la famille au sujet de l'isolement et de l'observance de la quarantaine, voir à ce que la famille ait le nécessaire pour sa subsistance, assurer que les services extérieurs, s'il y en a, se font sans danger pour la contagion, enfin aider le médecin traitant à faire la désinfection des maisons.

Lui faire faire la visite générale de toute la municipalité, une ou deux fois par année, au cours de laquelle il voit à l'assainissement progressif des habitations, des caves, des cours, et des dépendances ; il prend connaissance des nuisances fréquentes ou permanentes, comme les accumulations de déchets, de vidanges, les matières d'égoûts des habitations, les abattoirs privés insalubres ou nuisibles, la disposition insalubre des eaux résiduaires de ces mêmes abattoirs, de celle des beurreries et des fromageries, et peu à peu il travaillera à leur suppression ou à leur assainissement. En cours de route, il donne aux contribuables des renseignements relatifs à la construction de cabinets d'aisances salubres, la localisation et la construction des puits et des puisards en tenant compte des conditions locales, des renseignements sur une foule de détails dont est faite l'hygiène journalière dans les familles : il devient ainsi pratiquement utile en rendant service à tous. Durant la période scolaire, il visitera les écoles pour se rendre compte si les écoles sont propres, nettoyées et lavées assez souvent ; il verra à ce qu'il y ait dans chaque école tout le nécessaire pour que le balayage et l'époussetage soit toujours fait au moins par la méthode humide ; il s'assurera que l'école est fournie d'eau de boisson de bonne provenance, et présentée aux élèves pour le moins dans un appareil spécial et propre ; il verra à ce que les cabinets d'aisances de l'école soient d'abord salubres, protégés contre les mouches et la vermine, et parfaitement hermétiques contre la pluie et la neige tout en étant ventilés ; il se rendra compte que les sièges sont propres, et qu'il y a un chemin permettant aux élèves de s'y rendre sans se mouiller les pieds ; il fera faire la vidange des fosses-fixes, et surtout

celle des réservoirs étanches avant que ceux-ci ne soient trop remplis.

Au début de l'année scolaire, il contrôlera la vaccination anti-variologique chez les élèves par l'examen des certificats de vaccination; et dans les classes aménagées avec des bancs et des pupitres s'adaptant à la taille des élèves, il fera cette adaptation de concert avec l'instituteur ou l'institutrice. Fort nombreuses sont les écoles dont les bancs et les pupitres s'adaptent à la taille des élèves, et nous félicitons chaleureusement les commissions scolaires des efforts et des sacrifices qu'elles se sont imposés. Malheureusement, la plupart du temps, ces efforts et ces sacrifices sont perdus, et parce qu'ils n'y a pas dans la municipalité un officier-sanitaire pour s'occuper de la chose, les pupitres et les bancs ne sont pas adaptés à la taille des élèves, qui derechef ne jouissent pas des avantages que présente un tel mobilier, tant au point de vue pédagogique qu'à celui de leur croissance.

L'ensemble de ce travail est bien rudimentaire, il se limite à bien peu de chose, me diront les médecins ou les initiés qui m'écoutent. C'est vrai, je suis le premier à le reconnaître avec vous Messieurs, et pour cette raison il est en même temps simple, facile, et peut être fait par n'importe quel officier-exécutif sachant lire et écrire, pour peu qu'il s'intéresse à sa tâche; et c'est aussi parce qu'il est rudimentaire que je m'y attarde, convaincu, et en cela je ne crois pas me tromper, que nous sommes ici non pas pour enseigner des choses compliquées, mais pour faire de la vulgarisation. Aussi bien, sans vouloir limiter l'activité de l'officier-exécutif à l'esquisse superficielle que je viens d'ébaucher, j'ai cependant la conviction ferme et absolue après dix années d'inspection dans le district sanitaire de Québec que si les bureaux d'hygiène municipaux (exception faite toutefois des bureaux d'hygiène des grandes villes, et de quelques-unes des campagnes qui se sont mis franchement et résolument à l'oeuvre), se donnaient d'abord la peine de donner des instructions concrètes et précises à l'officier sanitaire de leur choix et de le faire travailler dans les lignes générales que je viens d'indiquer, c'est-à-dire commencer par le commencement, ces mêmes bureaux pourraient plus facilement mettre autre chose sur le chantier et peut-être même entreprendre un jour la lutte locale qui leur incombe contre la tuberculose et la mortalité infantile, lutte prêchée depuis vingt ans, partout dans la province de Québec. En hygiène municipale comme en toute autre ma-

tière, il faut commencer par le commencement. Et ce jour-là, nous aurons la certitude qu'il y a dans chaque municipalité de la province un officier-exécutif dont le travail sanitaire ne se résume pas seulement à répondre aux lettres qu'il reçoit.

L'officier-exécutif est-il médecin, (médecin officier de santé, disent les anglais; médecin municipal disons-nous, chez nous), il pourra étendre le champ de ses opérations en rapport avec ses connaissances. Je vous fais grâce du programme que je lui tracerais, si j'étais appelé à le faire par une municipalité; car, pour le moment nous n'avons pas le temps. Cependant, que l'officier-exécutif soit médecin ou non, une chose est certaine: la municipalité doit le payer. Pas d'argent, pas de suisse! Et ceci m'amène à vous parler du complément direct, indispensable à tout bureau d'hygiène: son budget.

Lorsqu'il est question de budget, trois questions se présentent d'elles-mêmes à l'esprit de tous ceux qui pensent:

1o—Ce budget, qui le fournira, et d'où proviendra-t-il ?

2o—De quel montant sera-t-il ?

3o—Comment en disposer, ou à quoi servira-t-il ?

Je n'ai pas l'intention de résoudre ces trois questions d'une manière définitive, je me propose d'y apporter un peu de précision. C'est ce que je ferai brièvement.

Et d'abord qui fournira, qui votera le budget nécessaire à assurer le fonctionnement du service municipal d'hygiène ? C'est le conseil municipal qui le votera à même son revenu; c'est-à-dire qu'il votera à même les sommes perçues des contribuables (taxes municipales), un montant proportionnel à ce revenu (taxes municipales) et proportionnel aussi à la population (population totale de la ville, du village, de la paroisse, du canton à desservir). Le conseil municipal, dans les limites de sa juridiction, a la responsabilité de la santé publique; or, d'après un axiome bien connu, "la santé publique s'achète jusqu'à un certain point". Par conséquent le conseil municipal se doit à lui-même et au bureau auquel in a donné le pouvoir et le soin d'administrer les affaires de l'hygiène municipale, de voter les deniers nécessaires aux fins de la santé publique, dont l'importance et la valeur économique ne se discutent plus.

En hygiène comme en affaires commerciales, industrielles ou financières, lorsqu'il n'y a pas un budget, le bureau de direction n'a pas sa raison d'être. Aussi bien, le conseil municipal vote-t-il un bud-

get annuel destiné à répondre aux besoins de l'hygiène municipale, son bureau local est prêt à commencer ses opérations; sinon, le bureau d'hygiène n'existe pas, son activité est nulle, et partant le service municipal d'hygiène reste fictif et imaginaire.

De quel montant sera le budget? Il est variable d'une municipalité à d'autre, suivant surtout la population, sa densité, ses besoins: il augmente avec la population, il diminue avec elle. Aussi ne peut-on établir à l'avance des données fixes, invariables pour toutes les municipalités; cependant voici des indications générales fort précieuses, sur lesquelles j'attire l'attention de cette convention, et surtout celle des conseils municipaux de la Province de Québec.

Dans le "Journal de la Santé Publique", ("The Public Health Journal") publié à Toronto, livraison de mai, 1921, je trouve une étude intitulée: Ontario Municipal Health Efforts", par le Dr. Robt. Wodehouse, inspecteur-régional.(1) Cette étude est des plus intéressantes, et c'est la seule du genre qui ait été publiée au Canada, jusqu'à présent je crois. Elle est le résultat d'une enquête faite par le Dr. Wodehouse lui-même, enquête qui couvre toute la province d'Ontario, dont les conditions, en ce qui concerne l'hygiène municipale, sont à peu près identiques à celle de la province de Québec. Ne faisons pas de comparaison. Receuillons, tout simplement les enseignements qui nous viennent du dehors, surtout lorsqu'ils résultent des faits et de l'expérience. Et parmi les nombreuses raisons qui nous incitent à nous inspirer de ce qui se fait chez nos voisins, il en est une qui me paraît péremptoire: C'est que dans Ontario, "toutes les municipalités organisées ont actuellement (1919) un Médecin Officier de Santé (Medical Officer of Health) qui est officiellement appointé".(2)

Résumant toute son enquête, le Dr. Wodehouse publie un tableau où il fait voir quelle est la proportion du revenu municipal (taxes municipales) qui a été dépensée par les bureaux d'hygiène en 1919, et le montant que cette dépense représente par tête de population; et aussi, les taux qui seraient mieux proportionnés à la conception moderne que nous avons des obligations d'un bureau d'hygiène envers la collectivité, et la fraction du revenu municipal que ces taux représenteraient ou nécessiteraient.

(1) Cf. "The Public Health Journal", Vol. 12, No. 5, Toronto, May, 1921.

(2) Cf. "Ont. Mun. Htalth Efforts", par le Dr. Wodehouse, loco cit.; p. 195.

	Population	Fraktion de la Province	Taxe du revenu	Fraktion du revenu la santé publique	Dépenses du bureau d'hygiène	Dépenses du bureau d'hygiène par tête de population	Dépenses du bureau d'hygiène par année. Recommandé :	Fraktion du revenu pour dépenses d'hygiène.	Dépenses pour hygiène par tête de population.
Province d'Ontario.....	2,599,950	1-1	\$19,000,000	1-34	\$528,000	\$0.20	.....	.....	.....
Ville de Toronto.....	489,681	1-5	20,234,656	1-34	600,180	1.23	1-34	1-34	\$1.25
Autres villes que Toronto.....	609,706	1-5	23,585,382	1-88	269,087	0.44	1-45	1-45	0.70
Campagnes plus de 5,000 population	155,622	1-5	2,695,756	1-67	40,244	0.26	1-45	1-45	0.70
Rurales.....	1,334,941	8-15	21,567,297	1-163	137,927	0.10	1-66	1-66	0.25

Des conditions étudiées dans Ontario, il appert, dit le Dr. Wodehouse, qu'on arriverait à subventionner convenablement l'oeuvre de la santé publique dans les trois types différents des municipalités étudiées, grandes villes, petites villes et municipalités rurales, si une partie du revenu municipal était allouée aux bureaux d'hygiène municipaux d'après les proportions indiquées au tableau, savoir : 1-34e, pour les grandes villes; 1-45e, pour les petites villes (de 5,000 âmes et au-dessus), et 1-66e, pour les municipalités rurales. Ces budgets, établis d'après ces proportions et administrés avec économie, couvraient tous les besoins de l'hygiène municipale, y compris l'inspection médicale des écoles.

Voilà des données qui nous indiquent bien quel doit être le montant du budget du service d'hygiène municipale, et c'est la réponse à ma deuxième question. Tous les conseils municipaux peuvent s'en inspirer, libre à eux de diminuer et surtout d'augmenter leur budget selon les besoins du moment de chaque municipalité.

Avant de passer à la troisième et dernière question, je crois devoir signaler aussi une opinion émise par le Dr. Wodehouse au cours de son travail, opinion qui marque très bien vers quelle orientation se fait l'évolution de l'hygiène municipale au point de vue administratif. "Il résulte nécessairement, dit le Dr. Wodehouse, que, pour les fins de l'administration de l'hygiène publique, les populations devront être groupées par zones ayant chacune au moins 40,000 habitants, afin de garantir l'emploi d'un médecin officier de santé, donnant tout son temps et recevant un salaire minimum de \$4,000.00 par année, dépenses comprises, salaire basé sur le taux établi par la loi de l'État de New-York, soit .10c par habitant par année. "Je ne discute pas au mérite cette opinion du Dr. Wodehouse, je tenais seulement à mentionner que c'est vers ce mode d'organisation que l'on se dirige dans Ontario. Et, ceci est intéressant au point de vue historique. Chose remarquable, c'est ce même mode d'organisation que Mr. le Dr. Elzéar Pelletier suggérait, il y a déjà trois ans, pour la Province de Québec, dans une communication intitulée: "How to provide effective Health Administration in small (rural) municipalities" qu'il a faite à la Convention de la Canadian Medical Association, tenue à Montréal, le 15 juin, 1918.(1) Dès l'année suivante, le Dr. W. Roberts, Ministre de la Santé Publique divisait la province du Nouveau-Brunswick en districts, et chacun de ceux-ci en sous-districts sanitaires comprenant un comté, et en janvier 1919(2) il invitait tous les conseils municipaux sans aucune exception à voter les crédits nécessaires à l'administration de l'hygiène pour l'ensemble du sous-district ou de leur comté respectif. Le Nouveau-Brunswick appliquait chez lui le projet de Mr. le Dr. Elzéar Pelletier, le distingué et dévoué Secrétaire-Directeur du Conseil Supérieur d'Hygiène de la Province de Québec Je ne pouvais

(1) Cf. The Canadian Medical Association Journal, Décembre, 1918.

(2) "The New Public Health Act". by Williams R. Roberts, Minister of Health, St. John, N. B., January 1919.)

passer sous silence ce côté historique de la question, qui fait que le Dr. Pelletier est un précurseur, non-seulement dans sa province mais aussi dans les provinces voisines, ce dont nous le félicitons cordialement, en même temps que nous rendons à sa science et à son talent l'hommage sincère et très vif de notre admiration.

Ce budget, comment en disposera-t-on, à quoi servira-t-il ?

Il servira à payer le personnel (Officier-exécutif et autres), à faire l'acquisition du matériel nécessaire, et à l'exécution du programme sanitaire de l'année. Les allocations à attribuer à chacun de ces items peuvent être basées sur des calculs scientifiques dont le but ultime est de donner les meilleurs résultats d'ensemble, proportionnels aux sacrifices consentis, et d'épargner des deniers aux individus et à la municipalité toute entière par la réduction de la mortalité due aux maladies évitables (Tuberculose, mortalité infantile, etc.), et aussi par la suppression ou la diminution de ces mêmes maladies.

Voici deux tableaux qui sont la reproduction d'une carte de contrôle dont se sert Robert Ilesen, du Service de Santé Publique des États-Unis, pour contrôler "l'efficacité du travail fait par les officiers d'hygiène locaux (officiers-exécutifs de notre loi).

TRAVAIL

Nature du travail :	Proportion des points.	
	Total	Alloués
1—Maladies contagieuses: Suppression et prévention..	18	.....
2—Laboratoire: Prélèvement et transmission des échantillons pour le diagnostic et les recherches. Distribution des antitoxines, sérums et vaccins.....	10	.....
3—Education du public: Expositions, conférences, circulaires, articles de journaux, etc.....	8	.....
4—Statistiques vitales	7	.....
5—Coordination des agences sanitaires du dehors.....	6	.....
6—Désinfection en cours de maladie.....	6	.....
7—Bien-Etre maternel et de l'Enfance.....	6	.....
8—Hygiène publique par l'infirmière	5	.....
9—Contrôle de l'eau de boisson.....	4	.....
10—Inspection et contrôle du lait.....	4	.....
11—Maladies professionnelles, prévention et contrôle....	4	.....

12—Inspection médicale des écoles et traitement des défauts constatés	4	.....
13—Hygiène mentale	3	.....
14—Contrôle des maladies évitables spéciales (cœur, maladies des reins, etc.).....	3	.....
15—Travail de bureau, correspondance, fiches, rapports.	3	.....
16—Disposition des eaux d'égoûts.....	3	.....
17—Assistance aux conférences, séance du bureau de santé	3	.....
18—Inspection des aliments et de la viande, contrôle des abattoirs, des étaux de bouchers, des épiceries.....	1	.....
19—Inspection des bâtisses publiques.....	1	.....
20—Désinfection terminale	$\frac{1}{2}$	.....
21—Enquête et suppression des nuisances.....	$\frac{1}{2}$	.....
Total.....	100	.....

MATERIEL

Nature du matériel :	Proportion des points.	
	Parfait.	Alloués.
1—Téléphone	20	.....
2—Moyen de transport.....	17	.....
3—Commis	12	.....
4—Bureau	10	.....
5—Cartes de rapports (a) Des médecins.....	5	.....
(b) Au Conseil Sup d'Hygiène.	5	.....
6—Cartes de quarantaine (affiches).....	8	.....
7—Vaccins et antitoxines, ou moyens de les obtenir facilement	7	.....
8—Livres, souches des documents.....	6	.....
9—Littérature pour son instruction et référence.....	5	.....
10—Littérature pour distribution.....	4	.....
11—Désinfectants ou facilités de les obtenir.....	1	.....
Total.....	100	.....

Mais le tableau le plus intéressant et le plus utile en pratique, c'est celui du Dr. Charles V. Chapin, Surintendant du Bureau d'Hygiène de la ville de Providence, R. I., qui attribue à chaque partie du travail du bureau d'hygiène municipal, une valeur relative(13), de

(13) "The relative values of the Public Health Procedures". Cf. Compte-rendu de la 8e Convention, Hull, 1919, pages 24 et 25.) telle sorte que l'on peut attribuer à chacune d'elles, le temps et l'argent proportionnés à cette valeur :

VALEUR RELATIVE DU TRAVAIL DE L'HYGIÈNE.

Statistiques vitales	60
Education	80
Laboratoire	50
Contrôle des médicaments secrets et brevetés.....	50
Soins des malades pauvres.....	50
Affaires :	
Falsification	0
Salubrité	10
Lait :	
Falsification	3
Salubrité	17
Nuisances :	
Salubrité des latrines.....	60
Habitation	20
Tuyauterie	10
Nuisances	10
Enlèvement des déchets.....	0
Contrôle des mouches et des moustiques.....	10
Mortalité infantile :	
Infirmières	80
Surveillance des accoucheuses.....	10
Maisons de pensions pour bébés.....	5
Gouttes de lait.....	5
Consultations	20
Cliniques prénatales	10
Inspection des écoles.....	80
Maladies contagieuses :	
Isolement à domicile.....	100
Hospitalisation	50
Immunisation	50
Maladies vénériennes	20
Tuberculose :	
Infirmières	60
Dispensaires	40
Hospitalisation	40
Total des points.....	1000

Comme vous le voyez, nous ne manquons pas de données positives qui, sans avoir une valeur absolue, n'en sont pas moins très précieuses pour guider les membres des bureaux d'hygiène municipaux et leurs officiers-exécutifs en ce qui concerne les multiples activités de leur département ou de leur fonction. Et je crois avoir amplement répondu à ma troisième et dernière question.

Je conclus: 1o—Nos conseils municipaux n'ont plus le droit d'ignorer ce que c'est qu'un service municipal d'hygiène, ou bien en-

core de croire que tout se résume à prendre de temps à autres quelques mesures contre les maladies contagieuses après une éclosion.

2o.—Il faut de l'argent, un budget pour réaliser un programme annuel d'hygiène publique adéquat aux connaissances modernes et aux nécessités de l'heure présente.

3o.—Les officiers-exécutifs, médecins officiers de santé ou médecins municipaux doivent être convenablement rémunérés.

4o.—Les argents obtenus pour les fins de l'hygiène municipale doivent être économiquement et sagement dépensés pour le matériel, l'administration et les diverses questions à résoudre, et proportionnés suivant les indications des tableaux 2, et 3, de Robert Olesen, du Service de Santé Publique des États-Unis, et aussi du tableau 4 du Dr. Chapin, de Providence, R. I.

Cette dernière conclusion s'applique aussi bien aux services d'hygiène de peu d'importance qu'à ceux des grands centres, en autant que sont concernés les attributions de temps, et de personnel, et les voies à suivre pour la prévention de la maladie, ce qui est en définitive le but ultime que se propose l'hygiène municipale.

E. Couillard, M.D., D.H.P.

COURS PRATIQUE D'ORTHOPÉDIE DE M. CALOT.

(11^e année) en sa clinique de **Paris, 69 Quai d'ORSAY**, du lundi **17 janvier** au 24 janvier 1921, avec exercices individuels en 1 semaine, à raison de 5 heures de travail par jour, de 2 h. du soir. **ENSEIGNEMENT DE L'ORTHOPÉDIE INDISPENSABLE AUX PRATICIENS (Déviations congénitales et acquises)**, et du traitement des **TUBERCULOSES EXTERNES OU CHIRURGICALES**, et du **traitement le plus pratique des FRAC- TURES.**

Pour médecins et étudiants français et étrangers. Explications en espagnol et en anglais. Droits d'inscription 140 frs (et de moitié pour les internes et les externes). Le nombre des places étant limité, s'inscrire d'avance en écrivant à **M. Calot à la Clinique-Calot, 69, Quai d'Orsay, Paris**, ou à **l'Institut-Calot à Berck-Plage**, (Pas de Calais).

(Le programme détaillé sera envoyé sur demande)

MALADIE D'OPPENHEIM

AMYOSTHENIE CONGENITALE

(Du grec *a*, sans, *muôn*, muscle, et *sthénos*, force)

Au cours du mois d'août dernier, j'ai eu l'occasion d'observer attentivement, à l'Hôtel-Dieu de Québec, un cas de maladie plutôt rare, que j'avais déjà vu deux ans auparavant en clientèle privée.

La maladie, dont j'ai à dire un mot, porte le grand nom de : "*amyosthénie congénitale*"—ou maladie d'Oppenheim, du nom de l'auteur qui le premier en a fait la description en 1900.

Voici en peu de mots comment on reconnaît cette affection. Elle se caractérise, comme son nom l'indique, par la faiblesse des muscles, faiblesse telle que le sujet ne peut se tenir ni debout, ni assis, et par conséquent ne peut ni marcher, ni se servir de ses mains, si ce n'est qu'imparfaitement.

Sans doute, en raison de sa rareté—ou n'en a rapporté que 132 cas jusqu'à présent,—la description de cette maladie n'offrira pas d'intérêt bien pratique. Mais il est bon, je crois, de pouvoir la reconnaître à l'occasion, afin de ne pas faire de traitement inutile.

HISTOIRE

L'enfant A... M....., qui fait le sujet de la présente observation, est un garçon âgé de 8 ans. C'est un jumeau,—son frère utérin vit et jouit d'une bonne santé. Tant il est vrai que dans les cas gémeaux, il y en a généralement un de développé aux dépens de l'autre.

Sa mère nous dit qu'il n'a jamais été au malade. Il a fait ses premières dents vers 6 mois, et a commencé à parler vers un an à peu près. Mais ajoute-t-elle, le bébé a mis beaucoup de temps, après sa nais-

sance, avant de mouvoir ses membres. Ce n'est que vers l'âge de 15 mois qu'il a pu saisir les objets, et encore pas très bien. Elle a constaté aussi que l'enfant ne pouvait se tourner dans son berceau. Jusque vers l'âge de 2 ans, il ne pouvait se tenir la tête droite, elle retombait en arrière. Aujourd'hui, il a 8 ans, il ne marche pas encore; il ne peut se tenir ni debout ni assis sans appui. La mère réussit cependant à le faire tenir assis dans une chaise à bras, pendant quelque temps seulement.

La mère ajoute encore que son enfant entend bien et comprend bien, de même qu'il parle raisonnablement pour son âge.

Voilà pour l'histoire personnelle de l'enfant. Quant à celle de la famille, elle peut se résumer ainsi: la mère jouit d'une bonne santé. Elle n'a jamais eu de fausses couches; et il n'y a pas chez elle aucune histoire de syphilis.

Le père vient justement de mourir de consommation (juillet 1921).

Quatre enfants sont issus de ce couple. Tous sont vivants. Deux sont en bonne santé. Des deux qui restent, l'un est celui qui nous occupe présentement, l'autre est âgé de 9 ans, a marché à 6 ans, n'a que quelques dents, parle à peine, et ne dit que quelques mots. C'est en somme un enfant en retard, et du côté physique et du côté intellectuel.

Description :

L'enfant, que je trouve étendu sur son lit d'hôpital, est assez bien développé pour son âge. Seulement ses muscles sont mous, et ses chairs sont flasques. Il n'est ni sourd, ni aveugle, et répond d'une manière intelligente aux questions qu'on lui pose.

Sa parole est peu articulée et quelque peu hésitante. Son intelligence semble normale pour son âge.

Sa voix est forte, quand il crie, contrairement à ce que l'on a l'habitude de rencontrer chez de pareils sujets.

Les organes importants de la vie, comme le coeur, les poumons, la foie, les rognons, fonctionnent normalement.

Sa digestion se fait bien, quoi qu'un peu constipé. Bref, son état général est bon.

A première vue, ce qui nous frappe, c'est l'état d'impuissance de l'enfant. En effet, il ne peut se tenir ni debout, ni assis tout seul. Il peut tout de même se tenir debout quelques minutes, mais en se tenant bien fixement appuyé par les mains. Il maintient sa tête droite par les seules forces de ses muscles du cou.

Les réactions musculaires aux courants électriques sont normales, au dire du Dr. R. Mayrand, à qui je dois l'épreuve électrique expérimentale.

Tête: L'expression du visage est celle d'un enfant intelligent. La tête mesure $20\frac{1}{2}$ pouces de circonférence. On n'y trouve aucun signe de rachitisme, ni aucun phénomène de paralysie des muscles de la face. Il n'y a pas non plus de ptosis, ni de strabisme.

La vue et l'ouïe sont correctes. Les pupilles réagissent à la lumière. L'enfant a 20 dents plus ou moins saines—il ne faut pas oublier qu'il est à l'âge où l'on perd ses dents de lait.

Au *cou*, on ne rencontre pas de ganglion, ni on ne constate la présence de la glande thyroïde et du thymus.

La poitrine est de forme normale. Il n'y a pas de chapelet rachitique, ni d'atrophie des muscles intercostaux, comme cela se rencontre assez souvent.

Il n'y a pas de déviation de la colonne vertébrale. La cyphose est une difformité fréquemment observée dans cette maladie.

L'abdomen est large, mesurant 20 pouces de circonférence, avec paroi abdominale mince.

Il y a du cryptorchidisme; le testicule droit n'est pas descendu dans les bourses.

Les extrémités.—Les membres supérieurs se meuvent plus que les extrémités inférieures. L'enfant peut porter la main à sa tête. Mais les mouvements sont lents et plus ou moins bien coordonnés. Il ne peut porter à sa bouche un bol rempli de liquide; il faut le faire boire. La main est fléchie sur l'avant-bras. Il y a de la contracture des tendons fléchisseurs des doigts. Et cette raideur l'empêche de saisir les objets facilement. De plus, chose caractéristique, il y a de la mobilité anormale de la jointure du pouce droit. On plie la phalange sur le métacarpe dans tous les sens.

Les membres inférieurs reposent sur le plan du lit, à demi-fléchis, raides, et pratiquement immobiles. Une légère pression suffit pour vaincre cette raideur. Les mouvements volontaires sont lents et très peu étendus. L'enfant ne peut soulever ses jambes au-dessus du plan du lit. Quand on les élève, l'enfant ne peut les tenir en l'air, et ils retombent comme une masse inerte. En piquant la peau de la cuisse avec une épingle, l'enfant pousse un cri, et retire brusquement ses jambes en les fléchissant.

La peau a conservé sa sensibilité au triple point de vue tactile, thermique et douloureux.

Les réflexes tendineux sont exagérés. Chose caractéristique, sous le talon, et un peu dans le voisinage, il y a comme un tampon, un coussinet qu'on dirait formé de tissu adipeux. C'est particulier à cette maladie.

La réaction de Wassermann est négative. Je dois à l'obligeance du Dr. A. Vallée cet examen du sang de l'enfant.

Caractères principaux :

Voici les traits principaux qui nous feront reconnaître cette maladie :

1o—L'impuissance des membres inférieurs est un symptôme constant. On l'a en effet constaté dans tous les cas.

2o—L'impossibilité pour le sujet de se tenir assis à cause de la faiblesse des muscles du dos et du bassin.

3o—L'atrophie des muscles intercostaux n'a été observée que 15 fois sur les 132 cas rapportés jusqu'aujourd'hui dans la littérature médicale.

4o—L'absence des réflexes tendineux est un phénomène que l'on rencontre dans le quart des cas.

5o—L'épreuve électrique fait constater d'abord qu'il n'y a pas de dégénérescence graisseuse, ensuite qu'il faut un plus fort courant galvanique ou faradique pour provoquer une contraction musculaire.

6o—L'intelligence est normale dans la grande majorité des cas : 22% sont des faibles d'esprit.

70—La mobilité anormale de certaines jointures est un symptôme constant dans cette maladie.

80—Les contractures sont fréquentes; on les rencontre dans plus de 80% des cas. Ces contrctures siègent particulièrement aux doigts des mains et des pieds.

90—Un phénomène caractéristique est un gonflement sous le talon et l'arcade plantaire.

100—Les convulsions ne sont pas rares chez ces sujets.

110—Le cryptorchidisme est aussi d'occurrence fréquente.

Pathogénie.—Quand à la pathogénie, la question n'est pas encore complètement élucidée. La plupart des auteurs l'apparentent avec la paralysie spastique de Little, et l'attribuent à un défaut de développement des nerfs moteurs périphériques.

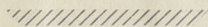
Pronostic.—Jusqu'à présent aucun sujet ainsi atteint n'a recouvert l'usage de ses membres. Il en est un qui, avec quelques améliorations passagères, a vécu pendant 50 ans. On cite aussi un autre cas d'une durée de 12 ans. La maladie ne tue pas par elle-même; mais presque tous ceux qui en sont atteints meurent jeunes, emportés par une maladie intercurrente, généralement la pneumonie.

TRAITEMENT

On a eu beau essayer de l'organothérapie et de la mécanothérapie, rien n'a réussi. En effet jusqu'à plus ample information, on peut dire que tout traitement est inutile.

Dr. Albert Jobin.

Québec, 15 août, 1921.



VARIOLE ET DIPHTERIE

Ces deux maladies sont, de toutes les maladies contagieuses, celles qui causent le plus de surprises au jeune médecin praticien.

A l'Université, pour ce qui regarde les maladies contagieuses, notre science est plutôt livresque, excepté pour quelques cas typiques qui ne sont pas ceux que nous rencontrons dans la pratique à l'heure actuelle.

A propos de la variole, le Docteur Beaudry, de regrettée mémoire, a fort bien parlé des formes anormales de la variole, dans l'épidémie de 1899-1900.(1)

Dans les épidémies endémiques dans certains comtés où la vaccination n'est pas en honneur, nous avons rencontré des formes semblables à celles que décrivait le Docteur Beaudry.(2)

Le grand caractère de la variole actuelle, c'est sa bénignité. Les individus ne sont pas malades; ils ne meurent pas de la maladie, et comme conséquence ils ne font pas demander le médecin. Dans d'autres cas, pour lesquels le médecin est appelé, la marche de la maladie est tellement curieuse que le diagnostic porté est faux, avec résultat que la maladie se répand de plus en plus.

L'invasion n'est pas soudaine comme dans la variole type; il n'y a pas de frisson, ni aucune douleur rachialgique. La température monte rarement plus haut que 100°, et la fièvre ne dure qu'un jour ou deux, pendant lesquels le malade continue à travailler.

L'éruption apparaît successivement par poussées, sur la figure, sur le corps, sur les membres; cette éruption n'est pas celle décrite dans la variole type; discrète ou confluyente, l'éruption ne se rend

(1)—Formes anormales de la variole épidémique de 1899-1900, par le Dr. J. A. Beaudry.

(2)—Ibidem.

pas toujours à la suppuration, et l'ombilication n'est pas toujours constante. Mais ce qui nous a le plus surpris, ce sont les poussées successives; et pourtant il était facile de reconnaître que c'était bien de la variole, car l'individu jamais vacciné prenant la maladie, est devenu subséquemment réfractaire à la vaccination.

Les cicatrices, après desquamation ne laissent souvent que des taches rougeâtres, qui disparaissent assez vite.

Chez un homme de 45 ans, chez qui la maladie a évolué pendant une quarantaine de jours, nous avons même observé une rechute; la première éruption se cicatrisait quand le bonhomme fut pris d'une fièvre intense, avec frissons; le lendemain nous constatons une nouvelle éruption, confluyente celle-là.

Ces constatations d'une telle évolution de la variole sont peu conformes aux idées que nous nous faisons de la maladie, en l'étudiant dans les livres. A notre avis, il serait bon d'étudier la variole surtout dans ses formes anormales, ce qui éviterait souvent des erreurs de diagnostic, et tous les ennuis qui s'en suivent nécessairement. (3)

* * *

Une autre maladie contagieuse qui cause souvent des ennuis plus désagréables, c'est la diphtérie. Voici les faits qui se sont passés dans une épidémie que nous avons été appelés à contrôler :

Dans la municipalité de X..., en mai et en juin, deux enfants meurent. Le médecin appelé à donner un certificat de décès, constate : diphtérie. Les maisons dans lesquelles ces enfants sont morts ne subissent aucune désinfection. Quelques semaines après, d'autres enfants des maisons voisines sont pris de maux de gorge. Le médecin appelé, diagnostique diphtérie et injecte ces enfants; ici la quarantaine est établie et la désinfection est faite. Dans les trois mois qui suivent, plusieurs enfants dans différentes familles sont pris de maux de gorge sérieux, mais ne meurent pas; ils sont traités par des soins populaires. Aucune mort n'a lieu dans ces quelques mois. Un jour le médecin est demandé dans une famille pour un enfant souffrant d'un mal de gorge: le petit X... âgé de huit ans est malade depuis une

(3)—Nous ne saurions trop engager nos confrères à se procurer le travail du Dr Beaudry, qui est une publication du Conseil d'hygiène.

journée; il a une fièvre légère; l'examen de la gorge ne décelle aucune fausse membrane, mais simplement une rougeur; il y a cependant des ganglions sous-maxillaires. Le médecin émet l'idée de diphtérie et demande que l'enfant soit injecté, mais les parents se récrient disant qu'il ne pouvait être question de diphtérie. Le médecin prélève un échantillon qu'il envoie au laboratoire où l'examen révéla la présence du bacille de la diphtérie. Devant ce témoignage le père consent à faire traiter son enfant, qui n'était plus malade et qui jouait au dehors. Dans le canton, beaucoup d'enfants souffrent de maux de gorge; nous faisons fermer l'école et recommandons la désinfection de toutes les maisons pouvant être infectées, et tout rentre dans l'ordre.

Que faut-il penser de l'évolution de cette épidémie? Comment la maladie très maligne au début, se montra-t-elle tout-à-fait bénigne vers la fin, tellement que si l'examen n'eût pas été fait au laboratoire, on aurait cru à des maux de gorge ordinaires?

Vraiment c'est un peu difficile à expliquer; mais il s'agit de tirer des conclusions. D'abord il ne faut jamais traiter à la légère des épidémies de "maux de gorge", c'est presque toujours de la diphtérie. Secondement si la clinique est incapable de fournir le diagnostic, ou que ce diagnostic est douteux, pourquoi ne pas avoir recours au laboratoire au plus tôt? Le laboratoire pour le praticien qui se trouve dans de telles circonstances, devrait être le premier aide. Cela lui éviterait peut-être la désagréable surprise de voir s'étendre une maladie, dont il a perdu le contrôle, et qui pourrait redevenir mortelle.

Nous ne saurions trop engager nos jeunes confrères à prendre tous les moyens de reconnaître les maladies contagieuses quelle que soit leur évolution, et à ne jamais négliger de recueillir dans l'enseignement du professeur, les descriptions des formes anormales de certaines maladies, leur diagnostic précoce et les moyens de les contrôler.

Ainsi la maladie sera vite arrêtée, et le peuple ne se fera pas une idée fausse d'une maladie qui peut être facilement mortelle.

Dr. Chs.-Henri Dumais,
Inspecteur d'Hygiène.

L'URETRITE POSTERIEURE ET SON TRAITEMENT

DANS LA BLENNORRAGIE AIGUE

Par le Dr M. CARLE (de Lyon)

Délimitons d'abord notre sujet. La question est de savoir quelle importance il convient d'accorder, dans la blennorragie aiguë *araitée par la méthode expectative*, à l'invasion de l'urètre postérieur, et quelles décisions thérapeutiques peuvent en découler. Je laisse donc de côté toutes les blennorragies au début et les traitements abortifs, pour m'occuper seulement des urétrites classiquement traitées par les antiseptiques internes et les alcalins, puis par les balsamiques, suivant la méthode de Fournier.

Dans ces conditions, la question de l'urétrite postérieure et de son rôle peut se poser en deux circonstances :

D'abord, vers la fin de la troisième semaine, d'une évolution normale, alors que la disparition des phénomènes aigus et l'assèchement relatif de l'écoulement ouvre la période répressible, comme l'appelait Diday, où les topiques urétraux, injections ou grands lavages, vont pouvoir entrer en jeu.

Ensuite, à tout moment de cette blennorragie où l'apparition de pollakiurie douloureuse, diurne et nocturne, avec épreintes, urines troubles et souvent urétrorragies terminales, annonce l'inflammation de l'urètre postérieur avec participation plus ou moins marquée de la prostate ou de la vessie.

I. *L'urétrite postérieure dans l'évolution normale.* — Au troisième septénaire et même avant, l'inflammation s'est toujours propagée à l'urètre postérieur : l'urétrite blennorragique est une urétrite totale, c'est là un fait aujourd'hui, et personne n'admet plus que le sphincter pût constituer une barrière de quelque valeur. Les recherches expérimentales déjà anciennes de Aubert en 1884, Eraud (*Thèse*

de Lyon, 1886), Rona, Audry, Janet ont démontré la présence du pus dans les filaments et flocons venus de l'urètre postérieur, souvent dès la première semaine. La majorité des urologues, dont la pensée a été synthétisée dans le dernier ouvrage de Guard en 1915, en ont conclu qu'il était nécessaire, à ce moment, d'ordonner les lavages urétrovésicaux (de préférence au permanganate de potasse) faiblement dosé, ceux-ci présentant l'avantage de nettoyer les deux urètres et par conséquent d'avancer la guérison.

Cette manière de faire ne soulèverait aucune objection si ces lavages étaient toujours pratiqués par des médecins ayant assez d'expérience ou de doigté pour amener le facile passage de la solution à travers le sphincter. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Car, souvent, le médecin ignore les détails de la technique, ou n'a pas le temps de les appliquer. Plus souvent encore, il laisse à un infirmier, ou au malade lui-même le soin de faire l'opération. Et c'est pourquoi, dans nos cabinets de consultation, et plus encore autrefois dans nos centres spécialisés, nous avons si souvent constaté la regrettable fréquence des cystites, prostatites et fausses rétentions, consécutives aux grands lavages administrés dans les ambulances des armées.

Or, les praticiens pressés doivent savoir que le lavage uréto-vésical n'est pas, à cette période, une inéluctable nécessité, et que les simples injections peuvent également donner de très bons résultats, au besoin en les prolongeant quelques jours de plus. C'est ce que je voudrais démontrer.

D'abord, il ne faut pas se laisser hypnotiser par cette participation de l'urètre postérieur, démontrée par les savants. Dans les urètres expérimentalement étudiés par les auteurs précités, les analyses ont dénoté la présence d'une *urétrite postérieure histologique*, pour ainsi dire, mais qui n'était accompagnée d'aucun des signes qui la relèvent cliniquement. Quand l'inflammation affleure la muqueuse rétro-sphinctérienne de façon si superficielle qu'elle n'engendre pas la plus petite impériosité dans la miction, ce qui est le cas habituel dans une blennorragie bien traitée dès le début, on peut penser qu'elle ne laissera pas des traces bien sérieuses, ni susceptibles d'occasionner, à elles seules, une rechute. En réalité, l'urétrite postérieure non compliquée de prostatite est une congestion éphémère, facilement curable par les plus simples moyens et qui n'explique presque jamais les re-

chutes, ni les chronicités, dont les causes se retrouvent neuf fois sur dix dans les glandulites ou les infiltrations de l'urètre antérieur.

Ainsi ont pensé ceux-là même qui ont proclamé la totalité du domaine de l'urétrite, Aubert, Éraud, Charpentier, Jadassohn et même Janet (*Assoc. franç. d'urologie*, 1910), qui font encore, dans leur thérapeutique, une très belle part aux injections, même dans les cas où, selon toute vraisemblance, l'urètre postérieur est déjà envahi.

D'ailleurs, plus forte que la théorie, l'expérience nous révèle chaque jour de belles et bonnes guérisons obtenues avec les injections, dans des cas où des incidents précis, tels que cystites ou orchites, avaient démontré de façon certaine qu'une urétrite postérieure avait existé, au moins passagèrement. Et ces guérisons seraient autrement plus fréquentes si l'on suivait toujours les règles inhérentes à la pratique des injections. En une affaire aussi modeste, les détails sont tout. C'est pourquoi je me permettrai de les répéter une fois de plus, sous forme aussi schématique que possible.

a. Bien attendre l'assèchement du canal et la limpidité absolue du second verre pour commencer les injections. Les prolonger pendant trois semaines au moins, quelles que soient les apparences de guérison, sans même se fier à la disparition des gonocoques, qui peut être artificielle et momentanée.

b. Enseigner au malade le maniement de la seringue et la pratique des injections. Employer à doses faibles le sel que l'on connaît le mieux, donc le permanganate dans la plupart des cas. Éviter les astringents, qui sont le meilleur des trompe-l'oeil pour un médecin non prévenu.

c. Multiplier les séances: principe essentiel et pas assez connu. Trois ou quatre injections par jour à dose faible sont d'un effet très supérieur aux classiques injections matin et soir, en général insuffisantes. Diminuer les doses ou espacer à la moindre réaction du canal.

d. Enfin et surtout trouver une seringue idoine à sa fonction. Je ne crois pas qu'il en existe en France... ni aux États-Unis, si j'en juge par les seringues laissées par les camps américains, qui paraissent faites pour des nourrissons. Nos pharmacies regorgent de seringues en caoutchouc durci de 6 centimètres cubes de contenance, ou de seringues en verre qui sont un défi aux lois sur l'expiration des li-

guides. Nous sommes réduits à utiliser le bock ou les seringues allemandes échappées à la vigilance des douaniers. Je demande une bonne seringue bien étanche de 10 centimètres cubes, et souhaite que ces lignes tombent sous les yeux d'un fabricant d'ébonite novateur et.... patriote.

II. *L'urétrite postérieure complication.* — Mais il arrive souvent, au cours de ces traitements expectatifs, que des mictions impérieuses, cuisantes, terminées par des douleurs caractéristiques, annoncent l'invasion des abords de la vessie. C'est *l'urétrite postérieure clinique*, celle qui doit compter pour le praticien. Je crois même avoir établi, dans ma communication à l'Association d'urologie en 1913, que ces incidents étaient autrement plus fréquents avec les traitements expectatifs qu'avec les abortifs, à l'encontre de l'opinion exprimée par la plupart des classiques du siècle passé. C'est là une des circonstances où, avec les meilleures intentions du monde, le praticien non spécialisé — pour lequel j'écris ces lignes — peut faire du mal, et beaucoup de mal. Que l'on me permette de préciser.

Il paraît logique, à un esprit imprégné de notions théoriques, de porter le remède là où se trouve l'inflammation, c'est-à-dire dans l'urètre postérieur. L'arsenal thérapeutique nous offre pour cela deux moyens : les instillations, les lavages uréthro-vésicaux.

Malgré de multiples et solennelles condamnations, on peut encore lire, sous la signature de noms respectés, le conseil de pratiquer, en pareilles circonstances, des *instillations* de nitrate d'argent dans l'urètre postérieur, et, trop souvent, je l'ai vu suivre. Or il est, en petite urologie, de grandes vérités qu'il est toujours bon de rappeler et de vulgariser, comme Cathelin vient de le faire tout récemment. En tête, plaçons celle-ci : Le médecin qui, sans avoir l'excuse d'une rétentation aiguë, résistant aux décongestifs, plonge une sonde dans un urètre récemment enflammé et purulent, oublie le premier principe de notre art, qui est de ne pas nuire. Je crois bien que Cathelin, plus énergique, qualifie quelque part cette manoeuvre de criminelle. Et ses suites désastreuses justifient quelquefois cette appellation. Sur ce point, la question me paraît jugée.

Plus souvent, et pour les mêmes raisons, on a recours aux *grands lavages*. Je crois que, à dose très légère et donnés par une main délicate, ces lavages peuvent ne pas aggraver l'inflammation... peut-être

même entraver sa marche. Mais ce que j'affirme avec vigueur, c'est que si la sédation des symptômes ne commence pas dès le second lavage, s'il y a le moindre signe d'augmentation de la pollakiurie douloureuse, il faut s'arrêter de suite, car on fait fausse route. Or j'ai eu, la semaine passée encore, dans mon cabinet, le cas trop fréquent d'un malade chez qui l'apparition des premiers signes d'urétrite postérieure avaient immédiatement déclenché l'ordonnance des grands lavages quotidiens. Et quand survinrent rapidement des symptômes de cystite aiguë, les grands lavages furent simplement portés à deux par jour. Devenu rétentionniste et pissant le sang, le patient se traîna chez moi. Huit jours de repos, de bains chauds, d'urotropine et de santal furent nécessaires pour ramener au calme l'appareil urinaire exaspéré.

Car pourquoi chercher des médications compliquées quand il est des moyens si simples d'arrêter au passage cette menace de complications? Les incursions de la phlegmasie dans l'urètre postérieur sont fréquentes au cours du traitement expectatif, ai-je dit, mais elles dégèrent bien rarement en facteurs de gravité ou de durée, à moins qu'elles ne soient aggravées par quelque imprudence du malade... ou du médecin, parmi lesquelles je range les interventions inopportunes. Quand apparaissent les premières mictions pressantes, il faut savoir mettre un frein à la fureur thérapeutique et se borner à l'administration graduelle des antiseptiques urinaires et des balsamiques, surtout du santal à doses légères d'abord, à doses fortes ensuite, le tout sans préjudice du repos, du régime et des bains chauds, locaux ou généraux. Éviter l'absorption immodérée des tisanes qui congestionnent inutilement la vessie. Interdisez les marches, les fatigues, les sports et les voisinages féminins, lors même qu'ils seraient platoniques. L'érection prolongée est néfaste pour une prostate disposée à la congestion. Avec ces très simples moyens, on fera disparaître en quarante-huit heures les phénomènes aigus, et en cinq ou six jours les mictions anormales. Les urines redeviendront claires et l'on pourra reprendre, avec prudence, les médications topiques terminales, s'il y a lieu.

J'ai passé, moi aussi, il y a quelque vingt ans, par la phase interventionniste. De cette période de ma vie médicale datent quelques assertions un peu risquées, que j'ai retrouvées dans la première édition de mon *Précis des maladies vénériennes*. A titre expiatoire, j'ai rédigé ces conseils pratiques, fruits d'une expérience assagie.

(Paris Médical, Mars 1921).

DIVERS

L'année 1921 marquera pour M. le Docteur Marois le 25^{ième} anniversaire de sa nomination comme chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Québec, et sa 39^{ième} année de service comme médecin de cette institution. Il faut l'avouer, un pareil état de service n'est pas banal, surtout pour un homme encore dans la vigueur de l'âge.

Aussi ses confrères de l'Hôtel-Dieu ont-ils saisi cette occasion de lui témoigner toute leur estime, en le recevant à dîner, le 5 Novembre. Le Docteur Rousseau qui présidait ces agapes fraternelles, s'est plu à signaler les qualités dominantes de l'hôte fêté, qualités qui n'ont pas peu contribué au succès de sa carrière, déjà si bien remplie, et qui s'appellent: la constance dans le travail, la ponctualité dans l'accomplissement de ses multiples devoirs, et une haute dignité professionnelle. Tous les convives souscrivirent à cet éloge si bien mérité, et souhaitèrent à l'ami commun de vivre longtemps encore, afin qu'il puisse voir réaliser son rêve: celui de l'agrandissement de l'Hôtel-Dieu.

* * *

Le Bulletin Médical sort, enfin, d'un long sommeil qui dure depuis plusieurs mois. Ce fut un vrai sommeil d'encéphalite léthargique. Le présent numéro marque sa convalescence. Naturellement il s'en ressent quelque peu. L'amélioration continue toujours; et nous croyons pouvoir prédire son retour complet à la santé pour l'aurore de l'année nouvelle—mais pas avant. Ceci me rappelle le pronostic un peu naïf que me fit un confrère, il y a de ça 20 ans. Une de ses clientes souffrait de fièvre typhoïde; je lui en demandai des nouvelles... Des bonnes, me dit-il, elle entre en convalescence... *demain*, (authentique).

Au risque de passer pour un naïf, je puis assurer nos amis que le *Bulletin* sera en parfaite santé au mois de janvier prochain.

Le Dr Racine, notre administrateur a su trouver un excellent remède, qu'on pourrait appeler un *elixir de longue vie*, bien supérieur à celui de Brown Séquard.

Nous en reparlerons du reste, lors de cette quasi-rennaissance.

* * *

Comme le *Bulletin*, notre société médicale a sommeillé pendant quelques mois, tant il est vrai que la vie de l'un se confond avec celle de l'autre. En effet ces deux organismes vivent quasi en communauté. Et comme de bons et fidèles époux, ils se lèvent et se couchent à la même heure. Aussi aux mois d'octobre et de novembre, nous avons eu deux belles séances de la société médicale, dans lesquelles les Docteurs Simard, Leclerc, Vallée et Vézina figuraient sur l'ordre du jour, avec des travaux intéressants et d'ordre très pratique.

Les réunions auront lieu régulièrement le 3ième vendredi de chaque mois. Avis aux médecins qui voudraient passer deux heures des plus profitables.

* * *

Le Bulletin Médical offre ses plus sincères sympathies à M. le Dr Sirois, de St-Ferdinand d'Halifax, pour la perte tragique et douloureuse de son fils.

Ecole Française de Stomatologie

L'Ecole Française de Stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la Stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend:

1.—La clinique générale des maladies de la bouche et des dents.

2.—Des cours spéciaux sur les différentes branches de la Stomatologie.

3.—Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au

Docteur BOZO,

Directeur de l'Ecole, 20, Passage Dauphine, Paris.

MORBIDITE ET MORTALITE

Dues aux Maladies Contagieuses, pendant le mois de Juin 1921,
dans la Province de Québec.

TABLEAU COMPARATIF

MALADIES :	JUN 1921		JUN 1920	
	Nombre de cas déclarés(1)	Décès(2)	Nombre de cas déclarés.	
Variole.....	14	0	16	0
Scarlatine.....	258	11	129	6
Diphthérie.....	136	37	137	18
Rougeole.....	388	7	278	28
Coqueluche.....	52	34	8	11
Fièvre typhoïde.....	26	12	24	12
Tuberculose.....	84	168	119	195
Poliomyélite.....	1	2	1	1
Méningite-cérébro-spinale.	2	4	2	0
Varicelle.....	54	0	32	0
Grippe.....	254	15	.....	.....
Typhus épidémique.....	3(3)	0	.....	.....
Total.....	1272	290	746	271

(1) N. de cas déclarés: Rapports faits par les bureaux d'hygiène locaux.

(2) N. de décès: Chiffres obtenus du chef de la Statistique Démographique, d'après les certificats de décès.

(3) Malades venus de l'étranger et détenus à la Quarantaine de la Grosse-Isle.

MORBIDITE ET MORTALITE

Dues aux Maladies Contagieuses, pendant le mois de Juin 1921,
dans le District Sanitaire de Québec.(1)

MALADIES :	MUNICIPALITES :	Nombre de cas déclarés :	Nombre de décès :
Variole		0	0
Scarlatine		25	1
	Ville de Québec.....	24	1
	Leeds (Cté de Mégantic).....	1	0
Diphthérie		8	3
	Ville de Québec	7	1
	St. Ls. de Gonzague (Cté de Dorch.)..	1	0
	St. Ed. de Frampton (Cté de Dorch.)..	0	1
	St. Honoré de Shenley (Cté de Bce)....	0	1
Rougeole		21	1
	Ville de Québec	21	0
	Halifax-Sud (Cté de Mégantic).....	0	1
Coqueluche.....		0	1
	L'Enfant-Jésus (Cté de Bce)	0	1
Fièvre typhoïde		3	1
	St-Edourad (Cté de Lotbinière).....	3	0
Tuberculose		0	17
	Ville de Québec	0	14
	Inverness (paroisse, Cté Még.).....	0	1
	Ste-Croix (Cté de Lotb.)	0	1
	Deschaillons (Cté de Lotb.)	0	1
Poliomyélite.....		0	0
Méningite cérébro-spinale.....		0	0
Varicelle		1	0
	Ville de Québec	1	0
Grippe		0	3
	Ville de Québec	0	1
	St-Honoré de Shenley, (Cté Beauce)....	0	1
	St-Malachie (Cté de Dorch.)	0	1
Typhus épidémique		0	0
	Total.....	58	27

(1)—Le District Sanitaire de Québec comprend: La Ville de Québec, et les comtés de Lotbinière, Lévis, Dorchester. Beauce, et Mégantic.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES TROIS-RIVIÈRES

Séance du 8 avril 1921.

M. le Docteur Renaud traite "des Chocs et Brûlures Electriques" et relate deux cas très intéressants.

M. le Docteur Normand, vice-président du Collège des Médecins, donne un résumé des délibérations du Conseil de Discipline au sujet des poursuites pour trafic de drogues, et attire l'attention des membres de la Société sur la partie réelle de la loi fédérale des narcotiques et aussi sur les moyens employés par les agents du gouvernement pour surprendre les médecins.

La question des modifications à faire au tarif pour le détailler, afin de répondre au registraire, est mise de côté, le rapport du Comité nommé à cette fin, n'étant pas agréé par les membres présents et on décide de maintenir le tarif tel que rédigé.

(Signé) *Dr. C. A. Bouchard,*
Secrétaire.

SEANCE DU 13 MAI 1921.

Le Docteur O. Desjardins rapporte l'observation d'un cas de pleurésie du médiastin.

Le Docteur C. A. Bouchard relate l'histoire d'un cas de tumeur dite stercorum ayant nécessité la résection d'une partie du côlon.

Ces deux travaux soulèvent une discussion scientifique intéressante.

Le Président, M. le Dr. O. Tourigny, fait rapport qu'à une dernière réunion de la Chambre de Commerce locale il a réussi à faire laisser sur la table un rapport au sujet de la question de l'aqueduc des Trois-Rivières. C'est déjà une victoire et le président espère que la Chambre de Commerce tiendra compte de la position prise par la Société Médicale des Trois-Rivières sur cette question.

Dr. C. A. Bouchard,
Secrétaire.

SEANCE DU 10 JUIN 1921.

I—Lecture du procès-verbal de la dernière réunion.—Adopté.

II—Le Docteur J. O. Belisle, présente un travail sur "le Rhumatisme articulaire aigu". Une intéressante discussion s'en suivit où l'on parla surtout des traitements employés: salicylate de soude, phyllocogens (P.D.), onctions sur les articulations et massage à l'eau chaude sur les articulations. On souligne l'importance du salicylate comme préventif des complications cardiaques.

Le Dr. O. Tourigny, Président, fait l'allocution de circonstance avant de procéder aux élections des officiers. Le résultat de l'élection est comme suit:

Président: Dr. J. H. Leduc.

Vice-Président: Dr. Gélinas.

Secrétaire: Dr. O. Desjardins.

Le Président sortant de charge est nommé Président honoraire.

Des remerciements sont votés aux officiers dont le terme vient de finir.

Le Secrétaire donne lecture de son rapport annuel (voir ci-après).

Il est ensuite unanimement résolu que le tarif actuel soit intégralement maintenu en vigueur dans l'avenir et que copie de cette résolution soit adressée à tous les membres de la Société.

M. le Président, le Dr. O. Tourigny, au nom des membres de la Société, présente à Messieurs les Drs. L. P. Normand et C. DeBlois, ses félicitations à l'occasion du titre honorifique que vient de leur décerner Sa Sainteté Benoît XV en les créant Commandeur de l'Ordre de St. Grégoire le Grand.

M.M. les Docteurs Normand et DeBlois remercient la Société de cette marque d'estime.

M. le Dr. Beaudry souligne la récente nomination du Dr. Normand à la Vice-Présidence du Bureau Médical du Canada et exprime au nouveau titulaire les bons sentiments des membres de la Société à ce sujet.

Docteur O. E. Desjardins,

Secrétaire.

RAPPORT PRÉSENTÉ PAR LE SECRÉTAIRE.

(Extraits)

Au cours de la dernière séance le Dr. C. Bouchard lut un rapport détaillé des activités médicales et para-médicales de la Société au cours de l'année 1920-1921.

D'après ce rapport il y eut treize séances et les travaux scientifiques suivants furent présentés :

Les maladies de la peau—Dr. E. F. Panneton.

Les moyens de refaire sa santé—Dr. C. DeBlois.

Affections chirurgicales de l'abdomen—Dr. L. P. Normand.

La grossesse extra-utérine—Dr. Gélinas.

L'appendicite—Dr Darche.

Placenta praevia—Dr Collin.

Accidents du travail—Dr. Cross.

L'Eclampsie—Dr Beaulac.

Syphilis et Blennorrhagie—Dr Malone.

Anesthésie au protoxyde d'azote—Dr. A. Achpise.

La Théorie de la corde mesentérique dans la dilatation aigue de l'estomac—Dr A. Achpise.

Rayons X et fractures—Dr. Beaudry.

La Neurasthénie—Dr. O. Tourigny.

L'Ophthalmie purulente—Dr. A. Panneton.

La Prostatite chronique au point de vue du praticien—Dr. C. Bouchard.

Brûlures et chocs électriques—Dr. Renaud.

Un cas de pleurésie du médiastin—Dr. O. Desjardins.

Un cas de résection étendue du gros intestin—Dr. C. Bouchard.

86

Nous ne saurions passer sous silence l'adoption d'un tarif qui a certainement rendu des services appréciables aux médecins, et la part active qu'a pris la Société Médicale dans la discussion d'une nouvelle prise d'eau (question de l'Aqueduc de la ville des Trois-Rivières), retardant ainsi l'adoption d'un projet très coûteux et insuffisamment étudié.

L'état financier de la Société accuse un surplus.

(Signé) *Dr. C. A. Bouchard,*

Secrétaire.

