

# Le Journal de Médecine et de Chirurgie Montréal, Canada

Paraissant les 2ième et 4ième Samedis de chaque mois.

<p><b>ADMINISTRATION :</b> Adresser tout ce qui concerne l'administration au Dr Wm. Jas. Derome, 27, Sherbrooke Est Abonnement: Un dollar par année</p>	<p><b>DIRECTEURS :</b> Wm. Jas. Derome, Frs. de Martigny Damien Masson, Fernand Monod</p>	<p><b>REDACTION</b> Fernand Monod, Secr. général. Alfred Marcell, Secrétaire adjoint. Adresser tout ce qui concerne la rédaction au Secrétaire Général à B. de P., 2188, Montréal.</p>
---	---	--

## SOMMAIRE

### TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique Obstétricale..... 17  
(Par le Dr E. A. René de Cotret)

A propos de la Bactériologie du lait... 21  
(Par le Dr A. Loir)

### THERAPEUTIQUE

La guérison radicale du Cancer de la matrice..... 24  
(Par le Dr A. Laphorn Smith)

### HYGIENE

De la Législation française en matière de logements insalubres. .... 26  
(Par le Dr A. Fillassier)

### NOUVELLES

Lettre du bureau des Gouverneurs..... 30

### SOCIÉTÉS SAVANTES

Société Médicale de Montréal. .... 31

### ECHOS DE LA LEGISLATURE DE QUEBEC

Le bill Roy devant la Chambre ..... 32

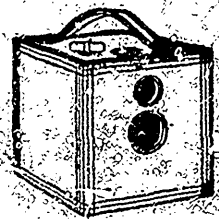


## INSTRUMENTS de CHIRURGIE APPAREILS pour LABORATOIRE

A des prix défiant toute concurrence. Demandez nos prix avant d'acheter ailleurs.

## APPAREILS ET PRODUITS

Photo-  
graphiques



Lecours & Décarv,  
PHARMACIENS.

(PHARMACIE DECARY)

310 rue Ste-Catherine Est. coin-St-Denis,  
MONTREAL.

## BANDAGE



Mon Bandage est reconnu par les médecins et chirurgiens les plus éminents au Canada et Etats-Unis comme le meilleur au monde ; et je garantis positivement de maintenir toute hernie pourvu qu'elle soit réductible.

**E. LINDMAN**

16 McGill College Ave.

MONTREAL

# Travaux Originaux

## CLINIQUE OBSTETRICALE

### Rigidité du col.

(Par E. A. René de Cotret, professeur adjoint d'obstétrique, accoucheur de la Maternité).

"C'est comme si l'utérus, présentant la lutte imminente, n'avait pas le courage d'ouvrir la bouche."

GARRIGUES.

Messieurs,

Je vous ai fait voir cette malade dont quelques-uns d'entre vous ont suivi l'accouchement caractérisé par un fait clinique assez important. La première fois que nous avons examiné cette malade, nous avons trouvé un col effacé, dilaté un peu plus qu'une pièce de cinquante cents. Il était alors deux heures de l'après-midi.

La patiente primipare est une femme maigre, d'un tempérament très nerveux ; elle est âgée de 20 ans. Son accouchement commencé le matin à 2 heures, a bien marché. A 8 heures le col est à demi effacé et il laisse pénétrer facilement le doigt entre ses lèvres. Les douleurs sont régulières et bonnes. A deux heures de l'après-midi donc, tout ayant bien été, le col effacé, présente cette dilatation citée plus haut, un peu plus qu'un cinquante sous. La malade nerveuse se laisse examiner plus ou moins facilement par le toucher. Le palper est pratiqué avec aisance par moi, mais quand quelques-uns d'entre vous veulent répéter mes manœuvres, l'utérus à l'air de s'irriter et entre en contractions fréquentes.

A 4 heures de l'après-midi, le col est dans le même état et cependant les contractions régulières sont bonnes, énergiques. Je prescris 15 grains de chloral et 30 grs. de bromure de potassium.

A 8 heures, tout est dans le "statu quo" : même effacement, même dilatation ; le col est toujours tendu ; la poche des eaux n'est pas rompue ; la malade souffre beaucoup ; nouvelle dose de chloral et de bromure de potassium. Une

heure plus tard la rigidité du col, oui j'ai bien dit la "rigidité" du col, cède et la dilatation progresse par la suite.

A minuit les membranes sont rompues artificiellement, le col étant complètement dilaté. La tête exécute lentement sa descente et sa rotation. A trois heures du matin, la malade épuisée n'a plus la force suffisante pour expulser son enfant et le forceps est appliqué.

Qu'est-ce qui a donc retardé ainsi cet accouchement et épuisé la malade au point de nous forcer à faire une application de forceps ?

Je l'ai dit, c'est la "rigidité du col." Qu'est-ce que cette "rigidité du col" ?

Il y a rigidité du col quand celui-ci faillit à la tâche de s'ouvrir de la manière normale sous l'effort de la contraction utérine ; on peut aussi dire que par "rigidité du col", on désigne un état particulier, caractérisé par la résistance passive ou active de ce col à la dilatation, et qui retarde ainsi l'accouchement.

On admet généralement trois variétés de rigidité : "la rigidité anatomique, la rigidité spasmodique et la rigidité pathologique.

Cette division, qu'un certain nombre, sinon la plupart des accoucheurs, semblent adopter à regret parce qu'ils la trouvent dans tous les vieux traités classiques, a quelque chose d'artificiel qui répond plus ou moins au besoin clinique. Si la question de la rigidité du col est controversée, c'est surtout au point de vue de cette division même qu'elle l'est. Pendant que tous admettent la variété pathologique, quelques-uns nient ou discutent les variétés "anatomique et spasmodique." La clinique, d'après quelques accoucheurs, semble cependant offrir dans une foule de cas certains états du col qui répondraient à ces deux variétés.

Pour la facilité de la description j'adopterai la division classique et j'expliquerai tour à tour ce qu'on entend par "rigidité anatomique, rigidité spasmodique et rigidité pathologique."

I.—RIGIDITE ANATOMIQUE. — La rigidité anatomique, rigidité mécanique de Pajot, ou rigidité simple, consiste, d'après Charpentier, en un

état particulier du col, qui oppose une résistance passive à la dilatation, malgré des contractions puissantes et énergiques. Elle est souvent confondue, bien à tort, avec cet épaissement du col, que l'on rencontre si souvent au bout d'un certain temps de travail, lorsque les contractions sont faibles et lentes.

Pour Tarnier, c'est un état du col dans lequel "ses fibres semblent avoir une résistance extraordinaire" que nulle altération ne peut expliquer ; c'est une espèce de résistance passive, en vertu de laquelle le col ne cède pas à la dilatation. Son tissu paraît dense et pourrait être comparé à du cuir imbibé de graisse."

Cette rigidité, comparable à la rigidité par défaut d'imbibition gravidique, ou état coriace des tissus qu'on rencontre à la vulve chez certaines primipares âgées, a des caractères particuliers spéciaux.

Les bords du col sont "durs, épais, résistants, non douloureux." On dirait le col à demi effacé. Il est plus ou moins ouvert. Il imite le col qu'on retrouve dans certains cas d'avortement. Le vagin, pas plus que le col, n'est ni chaud, ni douloureux. La chakur et la sensibilité n'apparaîtront au vagin que si la rigidité persiste longtemps, et même, à la fin, le col deviendra lui-même quelque peu sensible.

Cet état particulier du col ne s'accompagne, comme l'ont prouvé Tarnier, Porak et Wallich, d'aucune altération des tissus, d'aucune modification des éléments musculaires ; il n'y a ni sclérose, ni excès du tissu conjonctif ; et, c'est cette absence de toute lésion caractéristique qui a fait supposer à Pinard, Toledo, Wallich, Doleris et d'autres que cet état du col n'est qu'un phénomène secondaire, produit par défaut ou vice des agents dilatateurs, rupture prématurée des membranes, défaut d'engagement du fœtus, rétrécissement du bassin, présentation vicieuse, insertion du placenta sur le segment inférieur, et surtout le défaut de contractions utérines (l'inertie caractérisée par l'irrégularité et l'insuffisance des douleurs).

Ainsi la variété "rigidité anatomique" serait niée par un très grand nombre d'accoucheurs qui n'y verraient qu'un phénomène secondaire. Ce

pendant, Maygrier (in Tarnier et Budin) ne peut concevoir la négation de la rigidité anatomique. "De faits cliniques bien observés, dit-il, il ressort en effet, que le col peut résister primitivement, en dehors de toute cause de dystocie, et c'est pour ces cas qu'il convient de réserver, à défaut d'un terme meilleur, cette appellation de "rigidité anatomique". L'absence de lésions appréciables dans le col ainsi induré plaide en faveur de la réalité de cette rigidité. D'ailleurs la résistance exagérée des tissus chez certaines primipares n'étant pas niable, il est rationnel d'admettre qu'elle peut se montrer au col comme au niveau de la vulve et du périnée, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer pour l'expliquer une altération anatomique quelconque."

On rencontre cette rigidité anatomique surtout chez les primipares âgées dont les tissus ont perdu leur souplesse et leur extensibilité et ont subi une sorte de racornissement. On la trouve encore dans certains cas de travail prématuré, parce qu'alors le col n'a pas encore subi un ramollissement total.

II.—RIGIDITE SPASMODIQUE. — La rigidité spasmodique, la rétraction spasmodique, le tétanisme du col, c'est une triple appellation qui désigne la même chose : le spasme ou la contraction de l'orifice externe. La seule différence qu'on pourrait y mettre est celle-ci : la rigidité spasmodique c'est le spasme qui survient au début de la dilatation ; la rétraction spasmodique, c'est le spasme du col quand il s'est déjà dilaté plus ou moins largement ; c'est le spasme du col qui vient enserrer le cou de l'enfant dans la présentation du siège ; c'est le spasme du col au début de la période de délivrance.

Il ne s'agit plus ici d'un phénomène passif comme dans la rigidité anatomique ; c'est un phénomène actif qui se passe dans le col.

Cette rigidité spasmodique se rencontre surtout chez les primipares très nerveuses, impressionnables. Les causes les plus fréquentes sont les touchers, les examens trop répétés, les titillations du col, les tentatives intempestives de dilatation, col, les tentatives intempestives de dilatation, et prématurée des membranes, quand elle n'est pas indiquée.

Maygrier dit que la rigidité spasmodique est primitive, essentielle, quand elle se fait sentir chez les femmes nerveuses, fatiguées par des explorations répétées ou par un travail de longue durée. Elle est secondaire quand la dilatation est entravée par quelque cause de la dystocie ; rétrécissement du bassin, présentation vicieuse, rupture prématurée des membranes.

La rigidité spasmodique, qui occupe généralement l'orifice externe, peut remonter à l'orifice interne et même au-dessus, au segment inférieur de l'utérus ; d'autres fois elle se localise à l'orifice interne. C'est surtout dans les cas de version, d'extraction dans la présentation pelvienne, que se fait sentir le spasme de l'orifice interne.

La rigidité peut survenir au début de la dilatation, être passagère, et céder après quelques heures de repos. Quand elle survient près de la période d'expulsion, elle est plus tenace et s'étend très souvent à tout le canal cervico-utérin ; au moment de la délivrance elle peut être très grave à cause des hémorragies.

Le spasme des fibres circulaires de l'orifice, ou de certains sphinctères du col coïncide souvent avec l'irrégularité, la perversion des contractions utérines. Ce n'est plus ces alternatives franches de repos et de contractions. Les douleurs sont tantôt très vives, tantôt presque nulles. L'utérus peut rester constamment tendu et douloureux.

Au toucher, le col est mince, tranchant, dur, continuellement tendu, comme s'il était formé par un fil métallique. Il est extrêmement douloureux au contact et chaud sous le doigt. Quelquefois le vagin participe à ces sensations de douleur et de chaleur. Il peut exister en même temps du ténesme vésical et rectal, des nausées, des vomissements, une agitation extrême. La femme se plaint de souffrances intolérables.

Généralement cette rigidité spasmodique ne persiste pas au-delà de quelques heures. Le col cède, la dilatation se termine et l'accouchement finit heureusement. Mais ce n'est pas toujours le cas. Quelquefois, si les contractions utérines sont très fortes, le col, au lieu de se dilater, se déchire pour laisser sortir l'enfant. D'autres fois le col résiste et quand les membranes sont rompues la

femme affaiblie, épuisée, est grandement exposée à l'infection ; l'enfant peut succomber, et l'utérus est menacé de rupture. Il est assez rare que ces derniers accidents arrivent avec la rigidité spasmodique. On ne peut pas toujours en dire autant de la rigidité anatomique. Les phénomènes sont plus accentués, plus graves dans cette dernière variété, parce que la résistance est plus grande et plus persistante. Lorsqu'il y a rigidité anatomique, si le col résiste trop longtemps aux efforts de l'utérus, il est poussé en bas par le fœtus, et il apparaît à la vulve. Il s'épaissit de plus en plus parce qu'il s'y fait de la congestion et de l'œdème, et, dans des cas très rares, l'obstacle formé par le col n'est vaincu qu'au prix d'une perte de substance assez considérable, sous forme de plaques, de rondelles. C'est un arrachement circulaire qui se produit ; et, non seulement toute la partie inférieure du col se trouve ainsi expulsée, mais quelquefois une véritable calotte de tissu utérin, au centre de laquelle se trouve l'orifice, se détache du segment inférieur.

DIAGNOSTIC.—Théoriquement il est facile de distinguer la rigidité, mais pratiquement la distinction n'est peut-être pas aussi aisée. Même on ne doit pas se hâter d'accuser le col quand le travail marche lentement et que la dilatation ne s'exécute pas avec toute la régularité attendu. Le col n'est pas le plus souvent en faute ; il peut y avoir très souvent des anomalies provenant de l'utérus, du bassin, du fœtus, qui agissent secondairement sur le col, et ce sont ces anomalies qu'il faut ou corriger ou faire disparaître, si l'on veut que la marche du travail, un instant troublée, reprenne son cours normal. Comme dit Tarnier, il ne faut pas confondre cet état anatomique de l'orifice avec un col qui reste simplement épais parce que les contractions utérines sont insuffisantes, mal dirigées, ou annihilées par un obstacle mécanique à l'engagement du fœtus." Sous l'influence de l'inertie utérine, le col revient sur lui-même après la rupture des membranes ; il s'épaissit, s'œdématie et devient le siège d'une "fausse rigidité."

Quelques auteurs reconnaissent la rigidité spasmodique par l'absence de tension de la poche des eaux, et l'absence du mucus normal du col, et surtout par la sensibilité et la chaleur au col, par ses bords durs, minces, tranchants, fermes. Dans

la rigidité anatomique, le col est épais, ferme indolore.

Ainsi donc avant de se prononcer, dans un cas de dilatation lente, il faut éliminer toute cause d'erreur possible et reconnaître exactement la variété de rigidité, si rigidité il y a vraiment, et savoir distinguer entre la vraie et la fausse rigidité. Il est extrêmement important, même vital, d'établir un bon diagnostic en vue du traitement, car il s'agit d'intervention ou de non-intervention.

**PRONOSTIC.** — La pronostic, qui peut acquérir une gravité très grande pour la mère et l'enfant varie suivant certains phénomènes et suivant l'époque du travail à laquelle apparaît la rigidité. Le pronostic n'a rien de sérieux quand la dilatation se fait, bien que lentement, malgré la rigidité. Mais si des contractions très fortes très rapprochées se font sentir en même temps qu'une rigidité persistante apparaît au début de la dilatation, la vie de l'enfant est menacée, parce que ces contractions troublent la circulation placentaire. Ce qui augmente encore le danger dans ces cas c'est la rupture prématurée des membranes. Alors le fœtus succombe rapidement; il se déclare des phénomènes de putréfaction et la femme est exposée à l'infection si l'accoucheur n'intervient pas assez tôt et surtout si les règles de l'asepsie et de l'antisepsie sont le moins négligées.

Il y a encore le danger des déchirures du col ou du segment inférieur et des ruptures utérines.

**TRAITEMENT.** — D'abord, à moins d'indication formelle, il ne faut jamais rompre les membranes, au début de l'accouchement, et l'on évitera souvent ainsi des lenteurs dans le travail et même de la dystocie causée par la rigidité du col.

La rigidité est établie, que faut-il faire ? Est-ce bien réellement de la rigidité ou de la fausse rigidité produite sous l'influence de l'inertie ou de toute autre cause possible de dystocie ? Il faut constater la chose et bien établir le diagnostic et agir en conséquence. Si la rigidité n'est qu'un phénomène secondaire, il faut généralement s'adresser aux agents qui agissent sur l'utérus ; excitation de la paroi abdominale, injections

chaudes, sulfate de quinine, bains chauds prolongés.

La rigidité est réelle, spasmodique ou anatomique que convient-il de faire ? Avant tout il ne faut pas oublier que bien souvent cette rigidité n'est que passagère, et qu'un peu de patience de la part de l'accoucheur fera tout autant que toute autre chose. A cette patience on peut ajouter les calmants ou les antispasmodiques. Chaussier et Dubois ont employé la pommade ou l'extrait sec de belladone sur le col. C'est un moyen infidèle. L'application sur l'orifice utérin d'un tampon imbibé d'une solution de cocaïne à 10 pour 100 réussit souvent. L'injection hypodermique de morphine (1-4 grain), ou un quart de lavement contenant 20 ou 30 gouttes de laudanum ont donné de bons résultats ; il en est de même des suppositoires d'hydrochlorate de cocaïne (1-2 grain), qu'on peut répéter au besoin après une heure et demie.

Ce qui m'a toujours le mieux réussi, c'est le chloral associé au bromure de potassium. Je prescris généralement 15 grains de chloral et une dose double de bromure, pris par la bouche, ou une quantité 2 fois plus forte en lavement. Je fais répéter les médicaments une fois ou deux à intervalle d'une heure. On peut même donner 15 grains de chloral et répéter de vingt en vingt minutes pour deux ou trois doses.

Quand le col est épais, c'est-à-dire dans la rigidité anatomique, on peut y faire une injection hypodermique de sulfate d'atropine (1-60 grain).

Les bains chauds entiers ont un effet calmant sur tout le système nerveux ainsi que sur le col. Les injections vaginales chaudes à 48 degrés souvent répétées et prolongées produisent une sédation marquée, un ramollissement ou une dilatation efficace du col. Le chloroforme manié avec prudence est d'un grand secours. Il peut être donné à simple dose analgésique ou poussé jusqu'à la résolution.

On évitera de pratiquer trop souvent le toucher qui irrite le col ; et surtout, on se gardera de ces manœuvres que, trop souvent, des médecins pressés pratiquent dans le but imaginaire de hâter le travail, manœuvres qui augmentent la rigidité du col ou la contracture de l'utérus entier,

Si, malgré ces différents moyens, on ne réussait pas à faire progresser la dilatation, il faudrait intervenir à la moindre indication, donnée par l'état général de la mère ou l'état de souffrance de l'enfant. Il peut y avoir élévation de température annonçant l'infection du côté de la mère. L'intervention se fait de différentes manières.

Si l'enfant est mort, l'embryotomie ou le broiement de la partie fœtale qui se présente aidera, parce que cette partie fœtale réduite fera office de dilateur. Si l'enfant est vivant on essaiera la dilatation manuelle, ou la dilatation par l'écarteur de Tarnier, (et je cite pour la forme le dilateur de Bossi), les ballons de Barnes ou de Champétier de Ribes dont on surveillera l'action avec le plus grand soin, à cause des ruptures graves cervico-segmentaires dont ils pourraient devenir l'occasion.

Enfin, si tout échoue, on aura l'ultime ressource de recourir à l'emploi des incisions peu profondes du col. Ces incisions, au nombre de quatre ou cinq, pratiquées de préférence sur les parties latérales, se font facilement au moyen d'un bistouri boutonné dont la lame est presque toute couverte d'une bande de gaze. On peut aussi se servir de ciseaux. Ces petites incisions de quelques millimètres ou d'un quart de pouce sont très efficaces et donnent un résultat immédiat. Elles ont quelquefois l'inconvénient de s'étendre au segment inférieur de l'utérus. Elles sont alors la cause d'hémorragie, grave, ou la porte d'entrée de l'infection.

La méthode de Duhrsen, condamnée par la plupart des accoucheurs, va beaucoup plus loin. Elle consiste à pratiquer deux incisions latérales, et même deux incisions antérieure et postérieure, depuis l'orifice utérin jusqu'à l'insertion du col. Il va sans dire que ces incisions sont suturées après l'accouchement.

III.—Avant de terminer je veux vous dire en peu de mots ce qu'on entend par *rigidité pathologique*.

La *rigidité pathologique* du col comprend toutes les affections néoplasiques, inflammatoi-

res, traumatiques, qui en modifiant la texture du col, produisent des altérations qui s'opposent plus ou moins complètement à la dilatation de l'orifice (Riberiont Dessaignes et Lepage). On peut aussi dire : Cette variété est d'origine cicatricielle ou à proprement parler d'origine pathologique : " cicatricielle, quand elle survient à la suite de traumatismes opératoires, obstétricaux ou gynécologiques, cautérisations du col avec le chlorure de zinc ; " pathologique quand elle est due à des altérations pathologiques du col, cancer, tumeurs fibreuses, syphilis.

Le pronostic varie avec l'étendue de la lésion. Si les cicatrices sont peu profondes, si les lésions spécifiques sont limitées, l'accouchement peut se faire. D'un autre côté, si le col est envahi complètement ou sur une grande étendue par du tissu cicatriciel ou par de la sclérose syphilitique, l'accouchement n'est possible qu'au prix de beaucoup de délabrements du côté du col ou du segment inférieur.

Le traitement dans la rigidité pathologique est semblable au traitement de la rigidité anatomique et consiste surtout dans la dilatation artificielle ou les incisions du col. Quelquefois on est obligé d'avoir recours à l'opération césarienne.

## A propos de la Bactériologie du lait

(Par le Dr. A. Loir)

Mon cher Directeur,

On parle beaucoup en ce moment de la question du lait, elle est importante au point de vue de la santé de l'homme, elle est non moins importante au point de vue de la richesse du Canada. C'est la science de Pasteur qui permet de donner des règles sûres pour conserver au lait ses qualités d'aliment parfait. C'est cette science qui est à la base de toute l'industrie de la laiterie.

Qui mieux que le Médecin peut répandre dans C'est à lui, le médecin de campagne, qu'il appar-

le grand public des notions de saine propreté ? tient d'initier vos habitants. Voici des notes courtes sur cette question, elles répondent, je crois, à ce que vous me demandez, nos confrères pourront les communiquer aux personnes avec lesquelles ils sont en contact. Elles n'ont pas de prétention scientifique, je voudrais qu'elles puissent être utilisées.

Les phénomènes de putréfaction sont chargés dans la nature de décomposer ce qui a été produit par la vie des êtres supérieurs. Au milieu du siècle dernier, jusque vers 1860, on croyait que ces phénomènes de décomposition étaient d'ordre chimique. On avait bien vu de petits êtres des bactéries, vivre dans ces corps en décomposition, mais on pensait qu'ils étaient le résultat et non la cause du phénomène. C'est Pasteur qui le premier nous a montré le rôle de ces microbes et nous savons maintenant, grâce à lui, qu'ils sont à l'origine des putréfactions.

Parmi ces phénomènes quelques-uns ont été utilisés par l'homme, il les a domestiqués pour s'en servir pour son alimentation. Au lieu de les désigner alors sous le nom de putréfaction on leur donne celui de fermentation. Mais les deux phénomènes sont de même nature, de même essence.

En les domestiquant l'homme, s'il ne connaît pas bien les conditions dans lesquelles ils se produisent peut entraver leur évolution naturelle et les empêcher de fournir les résultats attendus.

Par exemple. Le lait abandonné à lui-même devient acide, puis il se caille. C'est un phénomène naturel sous la dépendance des microbes, les ferments lactiques. Dans l'industrie laitière, l'homme utilise ce phénomène naturel.

Les germes des microbes qui font cailler le lait se trouvent partout, dans l'air, sur les objets, etc. Le lait est le milieu de culture de prédilection pour ces microbes et ils vivent naturellement dans ce liquide de sorte qu'en abandonnant du lait à lui-même, on obtient toujours une culture de ferments lactiques. Ces ferments prennent possession du lait, ils l'envahissent et si un microbe d'une autre espèce vient en contact avec le lait, il trouve la place prise, il ne peut pas se développer. Il existe des microbes qui peuvent vivre dans

le lait, au moment où il sort de la vache s'ils sont là présents avant l'arrivée des ferments lactiques. Ils sont moins répandus dans la nature que ne le sont les ferments lactiques, mais ils se trouvent normalement dans l'intestin de tous les êtres supérieurs. On les désigne sous le nom de coli commune. Ils ne font pas cailler le lait, il le transforme en des produits qui ont des goûts qui déplaisent dans l'industrie laitière.

Si un peu de fumier est tombé dans le pot au moment de la traite, si le poil des animaux n'a pas été humidifié à ce moment-là, pour empêcher les poussières des déjections de se détacher de ces poils, si le fumier de l'étable a été remué immédiatement avant la traite, et ses poussières mises en mouvement, prêtes à tomber dans le lait, si le pis de la vache, si les mains de l'opérateur, si les habits sont souillés de déjections, alors des particules peuvent tomber dans le pot et servir de semence pour un mauvais microbe. Lorsque le ferment lactique voudra faire son œuvre, il trouvera la place occupée et ne pourra plus pousser. Une autre cause de contagion fréquente est l'état de saleté des récipients. Ces ustensiles ne sont pas nettoyés et un peu du lait de la traite précédente est là dans un repli de la paroi. Les mauvais microbes ont pu à loisir se développer dans ce coin sale et lorsque le lait propre arrivera en contact il sera de suite ensemené avec des microbes en pleine activité. Si ce sont de bons ferments lactiques tant mieux, mais malheur si ce sont des microbes de la mauvaise espèce.

Une source de contamination possible, c'est l'eau avec laquelle on lave les ustensiles. Il en restera toujours un peu à la surface des vases ; si elle est souillée, elle servira à contaminer le lait que l'on va y verser. C'est pour cela que l'on recommande de nettoyer tous les objets avec un jet de vapeur, car la température ainsi atteinte est suffisante pour détruire ces mauvais ferments.

Ces microbes nuisibles donnent donc au lait un goût désagréable, le fabriquant de beurre les retrouvera, il aura de mauvais résultats, sans savoir pourquoi ; il pourra en être de même pour le fromager. Pour remédier à tous ces inconvénients, on ajoute au lait de bons ferments lactiques qui viennent de différents laboratoires. C'est une bonne semence qui permettra aux ferments

lactiques de prendre possession du liquide à l'exclusion des mauvais microbes. C'est un moyen d'obtenir des goûts fins dans le beurre et de remédier aux inconvénients produits par les autres bactéries.

On voit l'utilité d'être propre, d'avoir des ustensiles propres.

Si l'on maintient dès après la traite, le lait au froid, ces microbes poussent mal aux températures basses tandis qu'ils pullulent rapidement aux températures moyennes, on empêchera la culture des microbes et le lait se conservera plus longtemps. Mais il est un autre côté de la question du lait qui est non moins importante, je veux parler non plus de l'industrie laitière, mais de l'hygiène de l'homme. L'eau est un des principaux véhicules de la fièvre typhoïde à l'homme. On peut dire que cette maladie n'est pas contagieuse dans le sens ordinaire du mot. Les cas de contagion de l'homme à l'homme sont rares et encore il faut, pour qu'ils existent, que les matières de l'intestin du malade soient arrivées d'une façon ou d'une autre, dans l'intestin du bien portant, pour pouvoir lui transmettre la maladie.

J'ai, en 1887, été l'un des premiers à fournir la preuve de la transmission de la fièvre typhoïde par l'eau. J'ai publié à cette époque dans les annales de l'Institut Pasteur de Paris un procédé d'analyse de l'eau suspecte qui est devenu classique et je parle souvent de la contagion de la typhoïde par l'eau.

Il y a trois ans, j'arrivais dans une famille et le père me dit : "Elles sont probantes vos théories, voilà mes deux filles atteintes de fièvre typhoïde. Selon vos indications, elles ne boivent cependant jamais que de l'eau bouillie." J'étais piqué au vif, si la contagion par l'eau me semblait la plus importante, je savais qu'il y a d'autres moyens de prendre la maladie, je fis une enquête et j'appris que tous les matins un laitier apportait du lait dont une partie était bue de suite, par les deux jeunes filles, sans être bouilli, tandis que le reste était soumis à l'ébullition pour servir aux usages de la maison. Le laitier était connu, je sus, en allant le visiter, qu'environ un mois avant, un garçon de sa femme avait été

pris de fièvre typhoïde et en était mort, qu'il y avait des cas de cette maladie dans le village où il habite. La période d'incubation de la typhoïde est d'environ 21 jours. Qu'une mouche soit allée sur les déjections du malade, que, avec ses pattes souillées, elle soit venue se noyer dans le lait, ou que les récipients à lait aient été lavés avec de l'eau contaminé par les déjections de ce malade on comprendra comment la contagion a été possible dans ce cas.

On peut se faire une idée de la quantité de microbes de la fièvre typhoïde qui seront absorbés par celui qui boira du lait souillé, sans l'avoir fait bouillir, lorsque l'on saura que ce microbe de la typhoïde a ceci de particulier, qu'il pousse admirablement dans le lait sans le faire cailler. De sorte que l'on boit des purées de ce microbe sans s'en douter. Si c'était du véritable ferment lactique cette quantité de ferment aurait depuis longtemps fait cailler le liquide, mais avec celui de la fièvre typhoïde rien ne recèle sa présence dans le lait, on remarque au Canada que les années de sécheresse, paraît-il les cas de fièvre typhoïde augmentent. L'eau est, ces années-là, en petite quantité, les précautions pour éloigner les déjections sont mal prises. L'eau souillée par ces déjections servira tout de même à nettoyer les pots à lait. Le germe de la fièvre typhoïde se cultivera dans le lait et sera vendu avec ce liquide pour aller donner la maladie à ceux qui, ayant la réceptivité voulue, boiront ce lait sans le faire bouillir.

On voit l'intérêt qu'il y a à être propre, à connaître toutes les conditions qui permettent d'être propre, de façon à pouvoir les mettre en usage. On évitera ainsi les mauvais ferments dans les industries laitières et les microbes qui sont la cause des maladies que le lait transporte.



## Thérapeutique

### La Guérison Radicale du Cancer de la Matrice. <sup>(1)</sup>

( Par A. Laphorn Smith B.A. M.D. )

Au milieu du sombre désespoir dans lequel se trouvent la profession et le public en présence de cette terrible maladie, le cancer de la matrice, je suis plein d'espoir que la situation doit s'améliorer tout a fait, que même le temps n'est pas éloigné où il n'y aura plus de cancer de l'utérus à opérer, tous les cas pouvant dégénérer dans ce sens ayant été guéris avant l'établissement de l'état cancéreux.

Mais pour arriver à la réalisation de cet idéal, il faut que certaines vérités soient reconnues : 1o Le cancer n'est pas une maladie héréditaire ; s'il était, tout cancéreux devrait avoir une mère ou un père cancéreux, ou un grand parent ; or, ce n'est pas le cas. A maintes et maintes reprises, une enquête rigoureuse a démontré que pas un ascendant n'était mort de cette affection. Qu'on établisse qu'un seul cas seulement n'est pas héréditaire, et cela suffit pour prouver que l'hérédité existe une autre condition étiologique, cette condition peut être l'unique.

2o Le cancer est contagieux. A maintes reprises l'auteur a vu mourir de cancer des femmes, dans l'ascendance desquelles, jusqu'à trois générations, on n'avait pu trouver un seul cancéreux ; mais ces femmes avaient vécu dans l'entourage de femmes atteintes de ce mal. n'est pas la seule condition étiologique, et s'il

3o. Le cancer est dû à des germes ou à des cellules spécifiques.

4o. La graine de cancer comme les autres microbes, ne pousse pas sur des tissus bien nourris. Elle pousse de préférence sur un tissu de cicatrice, cicatrice d'un ulcère de la lèvre de la gorge, de l'estomac, ou de l'utérus. Mille sujets, sans dou-

te, ont des cicatrices qui ne sont pas atteints par le cancer, mais uniquement parce qu'ils n'ont pas été infectés. c'est un fait très rare que la présence d'un cancer dans une région qui n'a pas eu d'ulcération suivie de cicatrice.

5o. Le cancer d'utérus s'accompagne d'une sécrétion avec éléments infectieux, et la femme qui en est atteinte, tout en veillant à sa propreté, infecte ses mains et, de cette façon, contagionne ses amis, qui, à leur tour, contagionnent des personnes qui ne l'ont jamais vue.

6o. Le cancer de l'utérus a presque disparu de ma clinique aussi bien que de la pratique de mes amis. Pourquoi ? Simplement parce que nous ne laissons pas, sans l'opérer, une femme qui, à notre connaissance, a un col déchiré plein de tissu cicatriciel ; or, ces femmes, si elles n'avaient pas été opérées, auraient non seulement fourni, elles-mêmes, un lot considérable de cancer d'utérus, mais, en outre, elles auraient contagionné d'autres centaines de femmes. Même les femmes célibataires peuvent avoir des ulcérations du col suivies de cicatrices, particularité qui explique les cas exceptionnels de cancers du col dans lesquels il n'y a pas eu antérieurement des déchirures.

7o.— Les médecins qui ne croient pas que le cancer est contagieux se lavent bien les mains après avoir examiné un cas, mais ils ne désinfectent pas à fond ; aussi infectent-ils la demi-douzaine de femmes qu'ils examinent après, si ces femmes ont du tissu cicatriciel au col de l'utérus ou au vagin. Après opérations ou examens pour cancer les mains devraient être désinfectées à fond comme pour une laparatomie, en vue de n'infecter personne.

8o. Tous les cas de cancer devraient être isolés, et les médecins devraient convaincre le public de leur extrême contagiosité.

9o. Le cancer est en décroissance dans les pays qui ont eu foi en l'opération d'Emmet' de coudre les déchirures du col) Etats-Unis et au Canada et il augmente au contraire dans les pays où on en fait pas de cas du déchirure du col comme cause de cancer, tels que l'Angleterre, France et Allemagne.

(1) Communication lue au Congrès de Trois-Rivières.

10. Le médecin de famille ne doit pas attendre jusqu'à ce qu'une femme lui dise qu'elle a un cancer ; il devrait pouvoir dépister le mal et prévenir la femme de trois mois à un an avant qu'elle ait pu s'en apercevoir.

Il faut enseigner que toutes femmes qui a mis au monde des enfants doit être examinée vers la trentaine, et, au cas de cicatrice du col, être opérée. Il faut encore enseigner aux femmes que, passe trente ans, la ménorrhagie est un des premiers signes du cancer, et que le retour de la menstruation après la ménopause est une indication, presque formelle, à l'extirpation de l'utérus. Le moment pour enlever l'utérus est celui où le médecin de famille et un gynécologue autorisé "soupçonnent" le cancer. Quand médecin de famille, gynécologue et histologiste sont sûrs qu'il s'agit de cancer, déjà il est trop tard pour faire quoi que ce soit pour sauver la femme. Trop de femmes sont mortes de cancer parce qu'on a trop attendu cette preuve histologique qu'il origine bien de ce mal.

Au début le cancer est une maladie locale. Il est un jour où il n'y a pas cancer en ce point, et le jour suivant il y en a. Il est un jour où la grosseur du mal est plus petite qu'une tête d'épingle. L'excoision à ce moment donnerait cent pour cent de guérisons. Mais on n'a pas, objective-t-on, l'occasion de découvrir le cancer dès ce moment. Or on y arrivera si l'on tend de toutes ses forces à y parvenir. Il faut créer un état mental nouveau chez les médecins. Il faut être entièrement convaincu : 1o que tout col déchiré peut devenir cancéreux s'il est infecté par un des nombreux modes d'infection ; 2o que le seul symptôme d'hémorragies, particulièrement après les rapports, a plus de signification que de nombreux examens histologiques négatifs ; 3o le moment le plus propice pour enlever le néoplasme cancéreux est celui où il a la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un pois cassé. Les opérations plus tardives n'ont qu'une valeur plus ou moins palliative et sont capables d'assurer la guérison seulement de temps à autre.

En ce qui concerne la nature de l'opération nécessaire, quand on arrivera à ce diagnostic du cancer seulement gros comme une tête d'épingle, l'auteur pense que la technique suivante suffira ;

tailler loin dans le tissu sain ; curetter soigneusement l'utérus et le toucher avec l'acide phénique pur ; stériliser le vagin avec du bichlorure ; cauteriser le moignon cruenté avec le cautère actuel et le recouvrir avec du tissu emprunté au vagin. Mais dans les cas où le processus cancéreux a évolué depuis plusieurs mois, l'utérus étant toutefois resté mobile et les annexes, en apparence au moins, indemnes, il faudra une intervention plus complète ; excoision du néoplasme aux ciseaux, désinfection du vagin, ligature des utérines, extirpation de la portion restante de l'utérus et comme complément, de sécurité, ablation des annexes.

Quant aux cas avancés, quoiqu'ils soient injustifiable de toute opération radicale, néanmoins on peut faire quelque chose pour ces malheureuses malades : curettages à fond de tout le tissu nécrosé et cautérisation des surfaces cruentées avec le cautère actuel repriment sûrement le néoplasme et entravent l'absorption septique par l'oblitération des lymphatiques.

Quant aux opérations énormes, ultra radicales, tentées dans ces derniers temps, l'auteur les condamnerait par le seul fait de leur haute mortalité immédiate, qui vient forcément à la connaissance du public, et du public inapte à discerner les véritables raisons, ne peut que retenir et rendre à leur tour inopérable beaucoup de femmes qui, au début du mal, auraient pu être sauvées.

Au résumé (a) réduire au minimum les cancers de l'utérus, en réparant toutes les déchirures du col utérin ; (b) si en dépit de cette prophylaxie, quelques cas isolés se produisent, s'efforcer d'enlever le mal alors qu'il est encore tout à fait local, et en sacrifiant une large part du tissu sain ; (c) enfin, isoler les cancéreux, cancéreux qui diffusent la maladie parce qu'on ne dit pas au public qu'elle est éminemment contagieuse.

La loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique répondit à quelques-unes des critiques adressées à la loi de 1850 ; elle est obligatoire, elle s'applique à toutes les agglomérations quelle qu'en soit la nature, à toute cause d'insalubrité inhérente à la propriété privée ; sa procédure, bien que contradictoire, est sensiblement plus rapide.

En vertu de l'article 1er de la loi de 1902, le maire est tenu de déterminer sous forme d'arrêté réglementaire les mesures destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances, des voies privées, des logements loués en garni, des autres agglomérations quelle qu'en soit la nature notamment les prescriptions relatives à l'alimentation en eau potable et à l'évacuation des matières usées.

Des arrêtés réglementaires types ont été élaborées par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, et ils ont fixé les règles générales de la salubrité des habitations. Ils ne sont toutefois applicables qu'aux maisons à construire et non aux maisons existantes dont le régime est fixé par le chapitre 2 de la loi nouvelle.

Par application des dispositions du chapitre II, art. 12, 13, 14, lorsqu'un immeuble, bâti ou non, attenant ou non à la voie publique est dangereux pour la santé des habitants ou des voisins le maire visite l'immeuble, dresse un rapport dans lequel il énumère les causes d'insalubrité, et indique les moyens d'y remédier, et son rapport est mis à la disposition des intéressés. Si l'intéressé se soumet, la procédure est terminée ; s'il résiste il est convoqué devant la Commission sanitaire qui l'entend, procède contradictoirement à une visite sur place, et s'il ne s'exécute pas encore, un arrêté d'injonction le met en demeure, arrêté qu'il peut cependant déférer au Conseil de Préfecture et au Conseil d'Etat. S'il renonce à l'exercice de ce droit et s'il ne se soumet pas aux injonctions du Maire, il est poursuivi devant le tribunal de simple police qui autorise le maire à exécuter les travaux d'office et aux frais du contrevenant.

Cette procédure paraît inattaquable. Il convient cependant de signaler quelques imperfections :

C'est ainsi que la loi prévoit l'exécution des travaux par le propriétaire, et l'y contraint par

la menace d'une exécution d'office avec privilège sur les revenus de l'immeuble.

Mais n'arrivera-t-il pas que le propriétaire sera, bien des fois, hors d'état de faire face à la dépense, alors que la propriété sera de si peu de valeur que le gage disparaîtra ? Bien mieux, s'il s'agit de l'assainissement d'un terrain non bâti, d'une mare, il ne saurait y avoir de revenu à saisir ! Ne serait-il pas préférable de venir en aide au propriétaire ? Les propriétaires mis en cause recevront à leur domicile propre toutes significations utiles. Mais sera-t-il toujours possible de les découvrir ? Qu'arrivera-t-il si la propriété est l'objet de quelque mutation ? Cette critique est plus vive encore lorsqu'il s'agit des voies privées. Ici, les propriétaires sont souvent très nombreux, 10, 20, 100 même ; il sera, en fait, très difficile de les atteindre ; de plus, si les travaux prescrits ne peuvent être exécutés que d'ensemble, il suffira de la mauvaise volonté d'un seul pour tenir la procédure en suspens.

L'article 18 de la loi de 1902 décide que la commune pourra, dans certaines conditions, recourir à la procédure d'expropriation de la loi de 1841. Sera-ce suffisant ? La loi de 1902 prévoit bien l'autorisation préalable de bâtir, mais outre que cette mesure n'est obligatoirement applicable que dans les villes de plus de 20,000 habitants, le maire est désarmé lorsque cette autorisation est délivrée, et si, les travaux terminés, il note des dérogations, il n'a d'autre recours que d'appliquer les dispositions du chapitre II de la loi dont la procédure est assez longue.

La loi du 15 février 1902 ne s'est préoccupée que des causes d'insalubrité inhérentes à l'immeuble ; elle n'a pas eu souci des causes d'insalubrité qui dépendent de l'usage qui en est fait. Soit un propriétaire qui livre à l'habitation des locaux salubres ; au bout de peu de mois, le locataire, par sa malpropreté, son incivisme, nécessite de nouveaux travaux ; le propriétaire seul pourra être mis en cause ; il y a là une injustice réelle et un véritable non-sens. Que le propriétaire se soumette et exécute des travaux, faudra-t-il que demain il recommence parce que son locataire persiste dans ses procédés blâmables ? Il y a mieux, le maire prescrit l'interdiction d'habiter une chambre, le propriétaire en informe le locataire qui se dérobe ; va-t-on poursuivre le propriétaire ? Une

## De la Législation Française en Matière de Logements Insalubre.

### Etat Actuel, Réformes Nécessaires.

(Par M. Alfred Fillassier, Docteur en droit, docteur en médecine (Paris)).

Il ne nous appartient pas de démontrer aux membres du IIe Congrès international de l'Assainissement et de la Salubrité de l'habitation, l'influence que peuvent exercer sur la santé des habitants des villes les habitations insalubres. Cette influence a été invoquée bien des fois ; elle a été démontrée par de nombreux travaux parmi lesquels il suffira de rappeler les rapports de M. Paul Juillerat, au Ier Congrès International de l'Assainissement et de la Salubrité de l'habitation, et au Congrès de la Tuberculose, tenus à Paris en 1904 et en 1905.

Nous nous proposons de rechercher simplement de quelles armes la législation française a muni les autorités pour assurer l'assainissement des logements et comment ces armes doivent être fortifiées dans l'avenir.

Cela dit, si nous négligeons les textes antérieurs à l'époque révolutionnaires, qui eurent cependant leur utilité, mais qui s'inspirent plus des nécessités du moment que d'une pensée directrice, nous en arrivons immédiatement aux textes de 1789 et 1790, qui confiaient au pouvoir municipal le soin de veiller à la salubrité publique dans la commune. La loi du 5 avril 1884 sur l'organisation municipale, de laquelle il faudra rapprocher celle du 21-23 juin 1898 sur la police rurale, reprit, sauf de légères modifications, dans son article 97, les dispositions de la loi des 16-24 août 1790.

De l'examen de ces différents textes, il résulte que le Maire est, en France, le principal fonctionnaire sanitaire, et M. Léon Say écrit que "le Maire en matière municipale—et l'hygiène fait partie de la police municipale—est administrateur, juge et exécuteur de ses décisions." Quel

usage pouvait-il faire de ces pouvoirs en ce qui concerne l'assainissement des maisons ?

D'après cette législation, le Maire peut prendre, dans l'intérêt général, toutes les mesures propres à faire disparaître les causes d'insalubrité relevées dans les maisons. C'est ainsi notamment qu'il peut intervenir chaque fois que la cause d'insalubrité qui existe à l'intérieur d'une propriété prolonge en quelque sorte ses effets sur le domaine public ; tel l'arrêté municipal qui interdit toute communication entre les fosses d'aisances et les égouts, ou défend de placer des écuries le long de la voie publique. Il interviendra également chaque fois que la salubrité publique est en cause et en vertu du même principe, le Conseil d'Etat a déclaré légal un arrêté qui prescrivait à un propriétaire d'assurer l'entier assainissement de sa propriété dans un délai déterminé.

Ces pouvoirs semblent vastes, ils ne tardent pas à recevoir de nombreuses limitations : c'est ainsi que le Maire n'a pas le droit de prescrire le "moyen à employer" pour remédier à l'insalubrité signalée ; c'est ainsi qu'il ne peut intervenir si seule la santé des locataires est en cause, il faut que tous les habitants de la commune y soient intéressés, et dès lors, la salubrité publique.

Enfin, et cette critique sera encore vraie sous l'empire de la loi du 15 février 1902, il ne faut pas oublier que le maire est un magistrat élu par ceux-là précisément contre lesquels il lui faudra peut-être sévir, et bien souvent cette dépendance gênera son initiative.

Dès 1850, ces critiques frappèrent le législateur et il tenta d'y remédier en promulguant la loi du 13 avril 1850 sur les Logements Insalubres qui ne porta nullement atteinte au pouvoir des Maires de prendre, dans l'intérêt général, toutes mesures utiles, mais créa de nouvelles garanties pour la salubrité des logements occupés par d'autres que le propriétaire, l'usufruitier ou l'usager. Ce que fut cette loi de 1850, nul ne l'ignore et nous ne le redisons pas ; elle marqua une phase de cette évolution qui, se dégagant du respect exagéré et faussé des droits de la propriété privée, tente d'aboutir à une formule de conciliation très large entre les droits de la propriété et les lois de la solidarité humaine.

des principales causes d'insalubrité provient de l'encombrement des locaux ; est-ce le fait du propriétaire ? Il semble donc nécessaire de permettre la mise en cause du locataire lorsque la cause d'insalubrité est dépendante de l'usage qui est fait des locaux.

Mais à côté de ces textes, il en est d'autres que les administrations peuvent invoquer pour assurer l'assainissement des maisons.

Parmi eux, nous citerons la loi du 16 septembre 1807 sur le dessèchement des marais, dont l'article 35 est ainsi conçu : "Tous les travaux de salubrité qui intéressent les villes et les communes seront ordonnés par le gouvernement et les dépenses supportées par les Communes intéressées."

Ces textes furent employés en 1887 pour assurer l'épuration de l'Espierre et en 1863 de la Dives.

Les articles 30, 31 et 32 de cette loi décident que les propriétés privées qui tireront des avantages de l'exécution des travaux prévus contribueront à leur exécution dans la mesure des avantages qu'ils en retirent. Ces différentes dispositions sont tombées en désuétude et cependant on comprendra de quel secours les articles 30, 31 et 32 seraient dans l'assainissement des villes, si l'on retient qu'à Paris seulement il a été fait de 1852 à 1870 pour 12000 millions de travaux de voirie.

Citons également la loi du 21 juin 1865 sur les associations syndicales, complétée par celle du 24 décembre 1888 et le décret du 29 novembre 1904 sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir.

Il nous reste maintenant à examiner quelles sont les réformes qui doivent être apportées aux textes que nous venons d'étudier sommairement, pour assurer le parfait assainissement des maisons.

Tout d'abord, il convient de distinguer les immeubles situés à la campagne, éloignés souvent les uns des autres, possédant tous des jardins ou ouvrant directement sur les champs, peu élevés, peu encombrés, et les immeubles édiflés dans les villes où le prix du terrain et l'exploitation en

quelque sorte industrielle des immeubles a singulièrement aggravé la situation.

A la campagne, il suffira le plus souvent de quelques prescriptions simplifiées ; de veiller à l'installation sanitaire des cabinets d'aisances, à l'éloignement des puits des fosses et des dépôts de fumiers, etc., etc. Il faudra surtout faire l'instruction de la masse et démontrer au cultivateur, ainsi que le réclamait M. le Dr Henri Thierry, que son intérêt pécuniaire est lié à l'observation de ces prescriptions sanitaires. Le jour où cette vérité aura pénétré dans l'esprit de nos cultivateurs, l'assainissement des campagnes sera bien vite réalisé aucune cause contraire n'exerçant une détestable influence.

La situation sera différente lorsque nous nous trouverons dans les grandes villes où, nous l'avons dit, le prix du terrain constitue le plus gros obstacle. Ici, à la faveur des données du casier sanitaire de Paris que créa M. Paul Juillerat, nous distinguerons les immeubles où des améliorations peuvent être exécutées, et ceux pour lesquels il faudra recourir à la démolition.

A.-- Immeubles qui peuvent être améliorés.— Pour les premiers, la loi de 1902 sera, sauf quelques perfectionnements, suffisante ; l'exemple de Paris témoigne d'ailleurs que le plus souvent les propriétaires consentent à faire les travaux prescrits, lorsque la nécessité leur apparaît. C'est ainsi que sur 9000 affaires suivies depuis l'application de la loi nouvelle, 35 seulement ont donné lieu à des recours. L'essentiel est de découvrir les immeubles malsains, et ici l'institution des casiers sanitaires doit être généralisée. Déjà, le Congrès d'hygiène sociale de Nancy a émis un vœu de ce genre, sur la proposition de M. Emile Cheysson, et la circulaire du Ministre de l'Intérieur du 723 mars 1906 donne le Casier Sanitaire de Paris en exemple aux municipalités. C'est ainsi qu'à Paris le Casier Sanitaire a révélé 5263 maisons dangereuses, parmi lesquelles 800 ont paru tout à fait meurtrières ; c'est ainsi qu'une enquête détaillée ayant été faite en 1906 sur 265 maisons choisies parmi les plus mauvaises ; ces 265 maisons habitées par 25,938 personnes, ont présenté du 1er janvier 1894 au 1er janvier 1906, une mortalité tuberculeuse moyenne annuelle de 7.98 pour 1000.

Dans ces 265 maisons, 1363 chambre insalubres ne pouvaient être modifiées ; on ne pouvait y faire pénétrer l'air et la lumière ; 1229 autres inhabitables, mais pouvaient être améliorées, dans 6 maisons, aucun chambre n'était inhabitable.

Nous-même, nous avons été assez heureux pour faire adopter par le Congrès de la Tuberculose tenu à Paris en 1905, un vœu tendant à une union nécessaire entre les casiers sanitaires et les œuvres d'assistance dans cette lutte commune et déjà M. le Professeur Albert Robin, au Dispensaire Jacques Siegfried et Albert Robin, MM. les docteurs Renon et Carnot, aux hôpitaux de la Pitié et de Broussais, M. le Dr Bourelle, à son dispensaire du Boulevard Garibaldi, M. le sénateur Paul Strauss, en une série d'études, ont entrepris le bon combat. Dès qu'un malade atteint de tuberculose ouverte se présente dans un de ces services hospitaliers, note est prise de son domicile et avis en est donné au Casier qui procède à une visite et prescrit s'il y a lieu les améliorations nécessaires.

Vous venez de voir quels résultats ont été obtenus déjà.

Il y a d'autres moyens ; c'est ainsi que M. André Lefevre propose l'apposition facultative d'une plaque de salubrité sur les maisons reconnues en bon état ; il serait dressé une sorte de barème indiquant la cote des dispositions reconnues indispensables pour assurer la salubrité des logements. Chaque partie d'un immeuble serait cotée d'après ce barème. La somme de toutes ces cotes donnerait un chiffre, qui permettrait de classer la maison d'après un tableau comprenant plusieurs catégories. La plaque indiquerait le numéro de la catégorie dans laquelle serait classée la maison. Déjà sur la proposition de l'honorable Conseiller, la Ville de Paris communique le Casier Sanitaire de leur maison aux propriétaires qui en font la demande. M. le Dr Lucien Graux souhaite qu'une copie soit délivrée à tous les propriétaires qui la réclameront. Par toutes ces mesures le propriétaire deviendrait le premier associé de l'administration dans son œuvre d'assainissement ; cette union produirait de féconds résultats.

Toutefois, il importe de prévoir que des propriétaires bien disposés peuvent se trouver dans

l'impossibilité matérielle d'exécuter les travaux prescrits par suite de défaut de ressources. Aussi semble-t-il bon de compléter ici encore la loi de 1902 en créant, dans une forme à déterminer, une cause qui ferait des avances aux propriétaires et leur permettrait de se libérer par annuités. La Municipalité y trouverait d'ailleurs son compte car, nous l'avons dit, si elle fait exécuter les travaux d'office, son recours sur les revenus de l'immeuble est bien souvent illusoire. M. Ambroise Rendu a récemment déposé une proposition dans ce sens au Conseil municipal de Paris.

Deux autres modifications nous paraissent nécessaires :

En ce qui concerne les voies privées, qui constituent fréquemment dans les grandes villes de très réels foyers de contagion, la procédure actuelle est infiniment trop longue, il faut la simplifier, et ici nous proposerions de recourir à la procédure d'urgence de la loi de 1902 (art 3) ou mieux de décider qu'en matière d'assainissement des maisons, qu'il s'agisse de maisons ou de voies privées, les significations soient faites à l'immeuble même considéré comme domicile "ad hoc" du propriétaire. D'autre part, il semble qu'il y aurait tout intérêt à rendre obligatoire, dans les voies privées qui ont nécessité l'intervention des services sanitaires, la constitution d'associations syndicales telles qu'elles ont été définies par les lois du 21 juin 1865 et 22 septembre 1888.

Mais avant que de quitter les mesures destinées à assainir les locaux insalubres, il importe de signaler une anomalie singulière.

La loi de 1902 n'est pas applicable aux ateliers et manufactures. Ces locaux sont régis par des textes distincts. Or nous trouvons dans le décret du 29 novembre 1904 sur l'hygiène et la salubrité dans les locaux du travail des dispositions fâcheuses : L'article 3 décide que "les locaux affectés au travail ne seront jamais encombrés. Le cube d'air par personne employée ne pourra être inférieur à 7 mètres cubes... Le cube d'air sera de 10 m. au moins par personne employée dans les laboratoires, cuisines, caves ; il en sera de même dans les magasins, boutiques et bureaux, ouverts au public."

Ainsi, tandis que le règlement sanitaire de la Préfecture de la Seine décide que les pièces destinées à l'habitation ne pourront présenter un cube inférieur à 20 m. (art. 34) tandis que le règlement sanitaire de la Préfecture de Police (art. 7) décide que le volume des chambres garnies ne sera jamais inférieur à 14 m. par personne 7 et 10 mètres seront suffisants s'il s'agit d'ateliers où des personnes travaillent toute la journée. Les causes de nuisance sont plus considérables parce que plusieurs personnes occupent le même local et y manient parfois des matières malsaines et les garanties seraient moindres !

Il y a plus : l'article 5 dispose "in fine" : "Ces locaux, leurs dépendances et escaliers seront convenablement éclairés".—Que faut-il entendre par convenablement éclairés ?—S'il faut entendre par là que le mode d'éclairage est indifférent pourvu qu'il soit suffisant, il faut entendre que les locaux, c'est en fait l'interprétation qui est donnée dans la pratique par l'Inspection du Travail, pourront être éclairés à la lumière artificielle ; c'est dire que les ouvriers travailleront dans une nuit perpétuelle, loin de la lumière solaire qui seule exerce une action efficace sur les germes nocifs qui peuvent se trouver dans les ateliers. Sur ce point encore, le décret de 1904 doit être modifié et seuls les ateliers éclairés par la lumière solaire doivent être autorisés.

(A suivre)

## NOUVELLES

### Lettre du Bureau des Gouverneurs.

Nous avons reçu communication de la lettre suivante adressée à la Société Médicale de Montréal, avec prière d'insérer. Ce que nous faisons avec le plus grand plaisir.

Montréal, 18 janvier 1907.

M. le Secrétaire de la Société Médicale de.....

\* Cher confrère,

Nous croyons devoir nous adresser aux Sociétés Médicales de la province, pour obtenir leur concours et leur appui actif en faveur des amendements à la loi du Collège des Médecins, que le Bureau Médical doit soumettre à la Législature, durant sa présente session.

Les principaux amendements demandés sont :

1o Porter le curriculum des études médicales, de quatre ans qu'il est actuellement, à cinq ans.

2o Mieux définir les pouvoirs du Conseil de discipline.

3o Mieux définir ce qui constitue l'exercice illégal de la médecine.

4o Permettre au Bureau Médical d'octroyer des secours pécuniaires aux Sociétés Médicales.

Tous ces amendements sont dans l'intérêt de notre profession.

Le cours de cinq ans est devenu une nécessité à cause de l'étendue du programme des études médicales. Il existe presque partout en Europe, aux Etats-Unis, dans Ontario, etc. L'Université McGill l'a adopté l'an dernier, notre Faculté Laval se propose d'en faire autant. Il n'y a donc pas de raison pour que le Collège des Médecins reste en dehors du mouvement.

La nécessité d'un Conseil de Discipline, admise depuis longtemps, pour sauvegarder l'honneur et la dignité de notre profession, est consacrée par les dispositions de notre loi statutaire. Mais pour que ce Conseil de Discipline puisse mieux rendre les services que l'on attend il fallait mieux définir ses pouvoirs, ainsi que les procédures à suivre, et c'est ce que sont les amendements demandés.

L'exercice illégal de la médecine se pratique sous toutes les formes et échappe trop souvent aux rigueurs de la loi. Le Bureau Médical voudrait, en amendement la loi, qu'elle puisse atteindre

toute personne exerçant illégalement la médecine qui que soit le nom sous lequel elle déguise son intervention médicale.

Les services rendus à la profession et aux médecins par les Sociétés Médicales ne sont plus à être démontrés. Le Bureau Médical voudrait, lorsque le surplus de ses recettes le lui permettra, pouvoir encourager pécuniairement la formation et le maintien de ces Sociétés Médicales.

Ces amendements, que le Bureau Médical demande sont donc tous dans l'intérêt de la profession, et les Sociétés Médicales nous paraissent tout naturellement désignées pour appuyer le Bureau Médical en faisant connaître leurs sentiments à nos législateurs.

Nous espérons donc que toutes nos sociétés médicales voudront bien, soit en assemblée régulière, soit en assemblée spéciale, si c'est nécessaire, adopter les résolutions voulues pour presser l'adoption de ces amendements à la loi médicale, et adresser sans retard des copies de ces résolutions aux députés de leur district.

Comptant donc sur votre bienveillant concours pour provoquer sans retard l'intervention de votre Société, je vous prie d'agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les plus dévoués.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### Société Médicale de Montreal.

Seance du 15 Janvier 1907

M. A. Marien occupe le fauteuil présidentiel.  
Membres présents : MM. E. Asselin, S. Bouchier, B. Bourgeois, J. Bourgouin, Brisset, R. Boulet, Cormier, S. Côté, Desmarais, Dion, G. Dupont, J. Décarie, Grenier, Hackett, Handfield, Lamontagne, Lasnier, Lesage, J. Leduc, E. Laberge,

Marcel, Normandin, Prevost, A. Picard, E. St-Jacques, Verner.

M. A. Laramée, secrétaire, donne lecture du procès-verbal de la dernière réunion.— Adopté à l'unanimité.

Puis, M. Marien, élu, aux dernières élections, président de notre Société, en termes choisis et bien sentis, remercie les membres de l'honneur qu'on lui a conféré à l'appelant à ce poste. En quelques mots, il remonte aux modestes commencements de la Société, et fait voir l'immense succès qui ont couronné les efforts de ceux qui en jetèrent les bases. Il espère que la Société ne s'arrêtera pas en aussi beau chemin, et c'est sur la bonne volonté et l'assiduité des membres, qu'il compte pour pouvoir faire marcher notre Société dans le sentier de la science et du progrès.

M. le Président appelle l'attention des membres présents sur deux grandes questions qu'il désirerait voir étudier d'une manière toute spéciale, dans le cours de cette année académique :

1o Quelles sont les meilleurs moyens pour améliorer la situation matérielle de la profession médicale dans notre pays ?

2o Etude d'un code de déontologie médicale.

En terminant, il adresse ses chaleureux remerciements aux membres du bureau sortant de charge.

M. Laramée donne lecture des extraits suivants du procès verbal de la Société Médico-Chirurgicale de Joliette, et du Comté de Terrebonne:

Extrait du procès-verbal de la Société Médico-Chirurgicale du Comté de Joliette.

Proposé par le Dr Desrosiers, appuyé par le Dr Lavallée et Gaboury, qu'il soit envoyé à toutes les sociétés médicales de la province copie de la résolution adoptée par l'association Médico-Chirurgicale du district de Joliette, le 11 juin 1906, laquelle se lit comme suit :

Considérant qu'un projet de loi est actuellement soumis au parlement fédéral pour la régle-



mentation du commerce et de la fabrication des médecines brevetées ;

Considérant que le secret accordé aux inventeurs et aux fabricants de médecines brevetées est préjudiciable au public au point de vue sanitaire, il est proposé par le Dr Desrosiers, appuyé par le Dr Beauchamp, que la loi oblige chaque fabricant à inscrire au long la formule de chaque médecine brevetée à la face du contenant.—

Adopté.

A. LAURENDEAU,  
Secrétaire.

— ❖ —

### (SOCIÉTÉ MÉDICALE DU COMTE DE TERREBONNE

Avis, vous est, par les présentes, donné qu'à une assemblée du 12 juillet 06, à Ste-Agathe ;

Il a été proposé par le Dr S. Desjardins, secondé par les Drs Dazé et Lafontaine et il fut unanimement résolu après examen et discussion qu'à l'avenir les Cies d'Assurance connues sous le nom de secours mutuel, auront à payer \$2.00 net pour examen médical quelconque ; qu'un avis soit envoyé aux différentes sociétés mutuelles et leurs succursales faisant affaire dans le district de Terrebonne, de telle décision prise ; que le nouveau tarif entrera en force le 1er janvier 1907 ; que de plus, copie de telle décision soit envoyée aux membres absents et aux sociétés sœurs.

HENRI PREVOST.

Secrétaire.

Puis on passe à l'ordre du jour ; qui comporte, la Présentation de pièces anatomiques par le Dr E. St-Jacques.

La première pièce est un fœtus ; né avant terme, offre les particularités suivantes d'abord 6 doigts à chaque membre supérieur et 6 doigts aux membres inférieurs de plus : meningo-cèle, du volume d'une orange : Les deux pieds sont en varus équin, les deux cuisses sont complètement repliés sur le bassin ! Pas d'histoire de syphilis.

La deuxième pièce, comprend, un sein présentant une gangrène spontanée du mamelon et de l'aréole. Cette malade fut opérée par Sir W. Hingston. L'autre sein, enlevée il y a deux ans, présentait la même affection. Dans les antécédents de la malade, on note, vers l'âge de 8 ans, une paralysie des membres inférieurs, probablement diphtérique ; quelques années plus tard, arthrite tuberculeuse du genou. Fut aussi sujette

à quelques hémorragies pulmonaires. La malade est très nerveuse.

La maladie a débutée il y a deux ans par une douleur très vive dans le sein droit, puis le mamelon, présenta une coloration brunâtre, suivie de près de gangrène.

Le sein gauche il y a quelques mois, offrit les mêmes particularités.

30 Corps étrangers du genou.

Puis l'on procède à l'élection de nouveaux membres titulaires.

M. Leduc et Bourgouin, sont nommés scrutateurs :

MM. E. G. Dagenais et L. Verner, sont admis à l'unanimité membres de la Société Médicale de Montréal.

## Echos de la Législature.

### L'Admission à la Pratique de la Médecine.

La chambre dans sa séance du 29 janvier 1907 a discuté le bill de M. E. Roy, de Montmagny pour amender la loi relative à l'admission à la pratique de la médecine. M. Roy propose qu'on étende jusqu'au 1er février 1907 les privilèges accordés par la loi Taschereau en 1904. Par son bill le Collège des Médecins serait obligé d'admettre à la pratique de la profession médicale un certain nombre de candidats qui ont passé leurs examens de médecine mais n'ont pas passé tous les examens préliminaires à l'étude de la profession.

Le Dr Jobin, déclare être l'interprète des médecins qui sont membres de la chambre en demandant le renvoi du bill de M. Roy. Ils estiment que ce bill est injuste et demande une loi de faveur. Depuis 6 ans 35 pour cent des médecins reçus l'ont été grâce à des bills privés. Il faut que cet état de choses finisse. Nous demandons dit en terminant M. Jobin que la législature ne soit pas une fabrique de médecins, mais qu'elle respecte les droits et privilèges qu'elle a accordé au Collège des Médecins.

M. Mousseau, le Dr Pelletier, appuient les déclarations du Dr Jobin.

L'hon. M. Gouin rappelle que la Chambre a déjà décidé de donner à chaque profession le contrôle de ses examens et il semble que si nous voulons respecter nos propres décisions, nous devons condamner le principe du bill actuel.

L'amendement Jobin renvoyant le bill Roy mis au vote donna 17 pour l'amendement Jobin, 15 contre.