

TRAVAUX ORIGINAUX

CE QUE DOIT ÊTRE L'ORGANISATION MUNICIPALE POUR LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE¹

Par le Dr Adj. SAVARD

Monsieur le Président, Messieurs,

Le sujet que j'ai à traiter, comprend toute l'organisation sanitaire municipale. Il embrasse toute l'hygiène publique, sociale ou individuelle, — plus spécialement, "l'habitation".

En effet, le taudis, n'est-il pas le quartier général du bacille tuberculeux?

Je n'entreprendrai pas de traiter à fond toutes ces nombreuses questions, d'autant plus, que des confrères, et des plus autorisés, ont déjà traité ces différents sujets tels que le logement ouvrier, l'approvisionnement d'eau potable, l'inspection des denrées alimentaires et l'inspection médicale des écoles, etc.

Deux grands facteurs président à l'éclosion et à la dissémination de la tuberculose en notre province. Ce sont l'ignorance des masses populaires en fait d'hygiène et l'apathie des pouvoirs publics. Contre le premier, disons le à la louange de la profession

1. Travail lu à la cinquième Convention annuelle des services sanitaires de la province de Québec.

Syphilis
Artério-sclérose, etc.
(Ioduro-Enzymes)
Todure sans Todisme

Todurase

de COUTURIEUX

57, Ave. d'Antin, Paris
en capsules dosées à 50 ctg. d'iodure et 10 ctg. de leucine.

médicale, une campagne sérieuse a été entreprise en ces dernières années, mais contre le second, peu de chose n'a encore été fait.

L'Etat n'a pas encore ouvert suffisamment le trésor, pour une œuvre pourtant si propre à l'enrichir.

Que sont les quelques milliers de piastres accordées comme subvention à certains établissements particuliers? en comparaison des sommes énormes dépensées par les pays organisés efficacement pour la lutte contre la tuberculose.

Sans parler des organisations superbes des autres pays, tels que la France, l'Allemagne, l'Angleterre et les Etats-Unis avec leurs territoires couverts de dispensaires anti-tuberculeux, de sanatoria, colonies de vacances, écoles en plein air, etc, voyons ce qui se fait dans les autres provinces du Dominion.

Le 12ème rapport annuel du Congrès de l'Association Canadienne pour l'enrayement de la tuberculose, tenu à Toronto les 20 et 21 mai 1912, nous donne la statistique suivante.

En Colombie Anglaise.—Tous les hôpitaux qui reçoivent de l'aide du Gouvernement sont forcés de recevoir les tuberculeux pauvres.

Un sanatorium public reçoit les cas récents et a un pavillon aménagé spécialement pour les cas avancés.

Dans l'Alberta.—Une législation est promise par le Premier Ministre pour aider les sanatoria locaux jusqu'à $\frac{1}{4}$ du prix de construction et 35 centins par jour pour l'entretien de chaque malade.

Saskatchewan.—25 mille piastres d'allocation promise par le gouvernement pour la construction d'un sanatorium à condition que la souscription privée atteigne le même montant.

Manitoba.—Il y a un hôpital pour les cas avancés à Winnipeg; un autre sera construit pour 80 malades, une aide généreuse est accordée aux sanatoria.

Ontario. — Une législation a été passée obligeant tout hôpital subventionné par le gouvernement à recevoir les tuberculeux.

Une législation aidant les sanatoria locaux a précipité le mouvement de construction de ces établissements dans les villes de Hamilton, Ottawa, London, Ste-Catherine, Kingston, Brantford, etc.

A Ottawa, un philanthrope souscrit 50 milles piastres pour un sanatorium. La ville de Toronto possède quatre dispensaires anti-tuberculeux.

La municipalité de Brantford où l'on construit un hôpital d'isolement a souscrit 75 pour cent et le conseil du comté de Brant 25 pour cent du coût d'entretien.

Que dit de Québec le même rapport?

“ Pendant l'année une première campagne pour obtenir des fonds afin d'ouvrir un sanatorium à Mont Sinaï pour les Hébreux à Ste-Agathe; ouverture d'un nouveau sanatorium Laurentien aussi à Ste-Agathe; promesse de 100 mille piastres d'un citoyen de Montréal pour les cas avancés.

L'Institut Royal Edouard continue son splendide travail, le refuge de Grâce Dart pourvoit d'une façon limitée aux cas avancés.

L'Institut Bruchesi fait rapport que beaucoup de travail a été fait.

Le dispensaire de Québec, le preventorium de Ste-Agathe et le sanatorium du Lac Edouard complètent l'équipement de la lutte présente.

D'où il faut conclure, que Québec est loin en arrière des provinces sœurs de la confédération.

De fait qu'avons-nous? Des institutions privées faiblement subventionnées, et où le pauvre ne peut atteindre.

Nous n'avons pas un seul hôpital d'isolement pour le pauvre, celui qui fournit le contingent le plus nombreux et le plus intéressant à la peste blanche.

Le dispensaire de Québec est supporté par la philanthropie et la générosité des citoyens. Une aide de 1200 piastres par année lui est accordée généreusement par la ville.

L'Institut Bruchesi, et le Royal Edward Institute sont subventionnés par le gouvernement.

Cette position inférieure de notre province, pour la lutte contre la tuberculose n'impose-t-elle pas des devoirs impérieux aux pouvoirs publics?

Nous croyons savoir le gouvernement actuel de notre province des mieux disposés pour aider les ligues anti-tuberculeuses, mais il faudrait lui soumettre un plan d'ensemble.

Ce Congrès devrait élaborer ce plan au point de vue pratique, en tenant compte des besoins les plus urgents.

Quant aux municipalités, elles sont très rares celles qui ont delié leurs bourses.

Cependant, la commission royale de la tuberculose, dans son rapport, établit, par des statistiques; "que la tuberculose fait perdre chaque année, à la province la somme de 20 millions de dollars, en capital humain.

Notre province, d'après le même rapport, a une mortalité tuberculeuse plus élevée que celle d'Ontario et des Etats-Unis ses voisins.

La tuberculose reste stationnaire dans le province de Québec, tandis qu'elle diminue de 40 à 50 pour cent ailleurs comme résultat d'une lutte bien organisée.

Enfin notre population rurale offre une mortalité tuberculeuse dont le taux se rapproche trop de celui de la population urbaine."

Si l'on prend en considération la salubrité remarquable de notre climat, le bien être évident de nos populations au point de vue pécunier, l'on ne peut expliquer cet état de chose que par le manque d'hygiène et la négligence des municipalités concernant l'organisation sanitaire.

Devoir des municipalités.

Que doivent faire les municipalités?

Outre l'organisation sanitaire générale, trois moyens sont à leur disposition pour enrayer la peste blanche.

1° L'éducation populaire, par des conférences publiques, le dispensaire anti-tuberculeux gratuit et son corollaire le sanatorium.

2° L'inspection médicale des écoles, des établissements industriels et des habitations. En un mot, "le logement salubre par toutes les municipalités".

3° Favoriser, de tous leurs efforts, l'isolement des tuberculeux pauvres, et la cure à domicile.

Education populaire.

Deux concours sont indispensables pour la lutte contre la tuberculose : le concours du médecin et celui de l'opinion publique.

Il faut donc que le médecin dont la mission signifie dévouement soit, non seulement le confident éclairé, mais encore le premier éducateur populaire dans la lutte contre la tuberculose.

Au médecin incombe le devoir de parfaire l'éducation hygiénique des malades sous ses soins.

Le public, éclairé par le médecin donnera généreusement son concours.

Le dispensaire anti-tuberculeux.

Le dispensaire gratuit, outre son action éducatrice et préventive découvre la tuberculose et fait le classement des malades. — Les plus avancés et, ceux qui sont dans des conditions impossibles de traitement ou d'isolement à domicile sont dirigés sur le sanatorium ou l'hôpital des tuberculeux. Mais ce n'est que le très petit nombre. En effet le tuberculeux consent rarement à s'hospi-

taliser. De là l'importance du dispensaire, qui, par son action établit l'isolement et la cure à domicile.

2^o *Inspection médicale*, des écoles, des établissements industriels et des habitations.

Aucune lutte ne peut être efficace pour enrayer la tuberculose, si l'on ne réussit à détruire le germe de la maladie dans son nid habituel, le logement insalubre. Celui-ci est non seulement le quartier général du bacille, mais il est l'ancre de la tuberculose, préside à toutes les émancipations et fournit une légion de sujets tuberculisables.

Le premier devoir des municipalités est donc de diriger tous leurs efforts vers l'assainissement des habitations.

Une municipalité bien organisée devrait avoir le casier sanitaire de ses édifices et en faire le classement au point de vue de la salubrité. Par des règlements sévères les constructions nouvelles seront contrôlées médicalement; le médecin hygiéniste expert devrait être consulté. L'on procédera d'une manière systématique à l'assainissement des anciennes constructions.

La tuberculose est une maladie de l'air confiné. La lutte doit donc se faire autour de l'habitation malsaine. Que dans chaque municipalité, l'on nous donne des habitations salubres, que l'on fasse appliquer les règlements d'hygiène concernant les écoles et les industries et dans une décade la tuberculose aura fini ses ravages.

Une compagnie vient de se former à Québec sous le nom de "La Cie des habitations salubres de Québec limitée" dont le but est de construire des habitations salubres louées à bon marché, aux ouvriers et aux gens à salaire seulement. Espérons que cette société rencontrera tout l'encouragement qu'elle mérite. Elle ne réussira à atteindre son but que si elle est supportée par les pouvoirs publics et bien comprise de nos populations.

3^o La tuberculose est de tous les pays. Elle guérit aussi dans tous les pays.

Sans nier la valeur de certains endroits spéciaux, je crois que tout le monde peut faire une cure chez soi, s'il possède les éléments nécessaires, c'est-à-dire l'air pur, le repos et la réglementation de l'alimentation.

C'est pourquoi, vu l'état de notre société, nos moyens d'action encore limités, nous devons pour le moment concentrer nos efforts sur les objectifs suivants déjà mentionnés.

I. L'Education populaire.

II. Le Logement salubre.

III. Le dispensaire anti-tuberculeux.

IV. Le domicile converti en sanatorium.

Education populaire.

1^o Chaque municipalité, par son bureau de santé municipal, donnera des conférences gratuites aux enfants des écoles, aux sociétés ouvrières et au public en général, au moins une fois par mois. L'enseignement de l'hygiène devra faire partie du programme d'étude.

2^o Une inspection médicale sérieuse sera faite des écoles, des édifices industriels où l'on donnera des notions d'hygiène concernant l'aération, la ventilation, la contagion et où l'on appliquera les règlements du conseil d'hygiène en rapport avec ces établissements.

3^o Des dispensaires anti-tuberculeux gratuits seront ouverts dans tous les grands centres.

4^o Une inspection sera faite par le médecin de santé et l'architecte municipal des habitations des malades. Le médecin avisera sur les modifications à faire pour rendre le logement salubre; l'architecte donnera les plans les moins dispendieux pour améliorer les conditions sanitaires du logis.

Nous avons adopté cette ligne de conduite à notre dispensaire anti-tuberculeux de Québec depuis trois ans.

Il est étonnant comme à très peu de frais l'on parvient à changer les demeures de nos malades, par exemple changement du salon en chambre à coucher, déplacement de nos malades dans les pièces les mieux exposées, aération, par le percement de prise d'air ou de croisée, qui du même coup augmentent l'éclairage naturel. Enfin nous faisons une inspection générale des habitations de nos malades et nous tachons d'en tirer le meilleur parti possible. Il faut avouer cependant que assez fréquemment l'on ne peut rien faire. Alors nous condamnons le logement et nous en avisons le bureau de santé.

Sur 400 logements d'ouvriers visités, 50 pour cent ou la moitié avaient un éclairage naturel insuffisant ou nul. 65 pour cent n'avaient aucun moyen d'aération. 12 logements seulement, soit 3 pour cent avaient un bain dans la maison. La plupart étaient surpeuplés.

Nous avons réussi à faire améliorer les conditions sanitaires des logements de nos malades dans plus de la moitié des cas.

Le plus souvent, le locataire fait lui-même les petites améliorations que nous suggérons; quelquefois le propriétaire s'exécute. Dans quelques cas exceptionnels, le dispensaire a fait lui-même certaines améliorations.

Contre le surpeuplement, nous faisons intervenir les sociétés de bienfaisance qui s'occupent de décongestionner les logis en plaçant ailleurs certains membres de la famille.

L'on a beaucoup discuté sur la déclaration obligatoire de la tuberculose ouverte. L'académie de Médecine de Paris vient de décréter la déclaration obligatoire, sous réserve du secret, pour le médecin sanitaire; restriction qui semble illusoire. Comment, le médecin sanitaire pourra-t-il garder le secret, en faisant appliquer les règlements d'hygiène, concernant l'isolement et la désinfection?

Notre loi provinciale d'hygiène rend obligatoire la déclaration de la tuberculose ouverte; mais elle est restée lettre morte jusqu'à ce jour.

En France, elle est encore loin d'être acceptée. Des sommités médicales la repoussent, entre autres, le Docteur Albert Robin, Professeur et membre de l'Académie de médecine.

En Angleterre. La majorité du corps médical s'y oppose.

En Norvège, M. Holinbve, directeur de la santé publique déclare: "La mise en pratique de la déclaration obligatoire, suppose une préparation suffisante de l'opinion publique et du corps médical. Son application aurait été impossible si l'opinion publique ne l'eût réclamée avec la dernière énergie."

En Allemagne. On la déclare "une mesure vexatoire et inapplicable".

Aux États-Unis. La ville de New-York où l'organisation parfaite peut servir de modèle aux municipalités pour la lutte contre la tuberculose, l'on n'a imposé la déclaration obligatoire qu'après plusieurs années d'éducation populaire, de préparation de l'opinion publique, et surtout après une organisation complète pour l'isolement et le traitement des pauvres, dans les institutions publiques.

Il faut donc conclure de ce qui précède, que la déclaration obligatoire est assez mal accueillie par les pays les mieux organisés et que son exécution reste problématique. Elle ne sera jamais applicable que si l'opinion publique la réclame. Qui oserait prétendre que tel est le cas pour notre province?

Le public acceptera et encouragera toutes les mesures prises contre la tuberculose, mais non celles prises contre le tuberculeux.

Nous croyons donc qu'il vaut mieux pour le moment, ne pas forcer son application.

A la campagne, la cure à domicile est régulièrement facilitée; les conditions hygiéniques sont généralement plus favorables que dans les villes. La question de l'habitation est bien plus facile à résoudre.

Au médecin incombe le rôle de premier éducateur des masses populaires, pour tout ce qui concerne l'hygiène; rôle imminamment humanitaire, qui rentre bien dans le dévouement et l'abnégation professionnels.

Malheureusement, le médecin ne remplit pas toujours ce rôle superbe.

Nous avons eu parfois l'occasion de constater, au cours de nos visites domiciliaires, en notre qualité de médecin du dispensaire anti-tuberculeux de Québec, de quelle négligence se rendent coupables certains médecins.

Ainsi il nous est arrivé d'aller visiter des malades rendus à la cachexie tuberculeuse, soignés par leur médecin de famille depuis plusieurs mois, qui n'avaient pas encore entendu tomber des lèvres de leur médecin un seul mot d'hygiène préventive, n'avaient pas reçu un seul renseignement concernant la contagion et les moyens de la prévenir.

Doit-on avertir le malade de son état? Question discutable qui relève du médecin de famille.

Nous croyons, pour notre part, que sauf de très rares exceptions, le patient doit être mis au courant de son état, de ses chances de guérison, des moyens à sa disposition pour se guérir et des précautions à prendre pour protéger son entourage.

Après avoir fait son éducation complète sur la nature de la maladie et sa curabilité, nous l'avertissons toujours aussitôt le diagnostic fait et jamais nous n'avons eu à le regretter.

Nous isolons le malade et nous commençons son éducation hygiénique immédiatement. Nous faisons faire la désinfection complète de la maison et du malade. Après quoi, nous lui fournissons des crachoirs hygiéniques. Nous le faisons surveiller par notre garde-malade et si nos instructions ne sont pas suivies le malade est informé que nous lui cesserons nos secours.

Aussi nos malades sont des gens avertis qui savent se protéger et protéger leur famille contre la contagion.

Résultats au point de vue curatif.

Malheureusement, nos malades, tous de la classe ouvrière, ne sont pas pour la plupart, dans des conditions avantageuses de traitement; ils ont des familles à nourrir, et ne peuvent discontinuer leur travail; mais il est surprenant de constater les améliorations considérables obtenues par les seules notions d'hygiène et les secours que nous leur donnons par une alimentation plus généreuse et des conditions sanitaires mieux comprises.

Tous ceux qui ont pu prendre un repos prolongé, et qui étaient dans des conditions hygiéniques favorables ont pu reprendre leur besogne après quelques mois. Nous les tenons sous observation et nous les obligeons à venir une fois par mois à la consultation. Ils se pèsent régulièrement eux-mêmes, et ne manquent pas de venir nous consulter aussitôt qu'ils perdent du poids.

Districts d'inspection sanitaire.

Le Conseil d'hygiène provincial, par l'institution des districts d'inspection sanitaire a donné aux municipalités un puissant secours pour la lutte contre la tuberculose. Les inspecteurs régionaux sont appelés à rendre des services signalés à cette œuvre nationale.

Des dispensaires subventionnés par le gouvernement et les municipalités devraient être ouverts au chef-lieu de chaque district d'inspection sanitaire.

Des dispensaires subventionnés existent déjà à Montréal et à Québec. Il resterait donc huit dispensaires à ouvrir pour les autres districts, c'est-à-dire, à Sherbrooke, Trois-Rivières, Fraserville, Métapédia, Chicoutimi, Valleyfield, St-Hyacinthe et à Hull.

Ces dispensaires seraient sous la direction de l'inspecteur du district et le centre d'organisation et d'éducation pour tout le district. On y ferait la statistique tuberculeuse de toute la région; de la littérature anti-tuberculeuse serait distribuée dans toutes les mu-

nicipalités et l'inspecteur régional pourrait contrôler toute la campagne avec l'aide des médecins de santé locaux.

Nous n'hésitons pas à dire que cette organisation bien dirigée rendrait des services incalculables.

Les cas avancés qu'on ne peut isoler, et qui sont une source constante de dissémination de la maladie, devraient être isolés dans un hôpital pour tuberculeux ou sanatorium.

Mais l'hôpital pour tuberculeux coûte très cher, et n'est pas encore très pratique. La construction est évaluée à \$1000 par lit et l'entretien à \$160.00 par malade par année, en supposant que l'administration, le nursing et le service médical soient sous la direction d'une communauté, c'est-à-dire à peu près gratuits. Ce qui rend ces hôpitaux peu pratiques pour le moment.

La Commission royale de la tuberculose recommande au Gouvernement de subventionner les institutions existantes. Cette suggestion semble illusoire. Elles sont rares, en effet, les institutions existantes qui pourraient placer les tuberculeux dans des conditions favorables.

A tout événement il faudrait que les institutions subventionnées se soumettent aux conditions exigées par des spécialistes concernant les conditions particulières qu'exige le traitement rationnel des tuberculeux.

Cependant nous croyons que ce serait encore le plus pratique pour le moment; par exemple, le gouvernement payerait la moitié du coût d'entretien des malades, la famille l'autre moitié ou le conseil de comté, si la famille est incapable de le faire.

A Québec, pas un seul hôpital existant ne veut recevoir les tuberculeux, ce qui rend notre position critique et entrave l'œuvre bienfaisante du dispensaire. Nous avons des malades sans feu ni lieux, expectorant le bacille à pleine bouche, qui échouent à l'Armée du Salut s'ils ne peuvent tomber au refuge de nuit,—danger public, que nous avons déjà signalé, et qui semble ne pas jeter l'émoi dans l'organisation sanitaire municipale. Un hôpital d'iso-

lement pour les tuberculeux pauvres, subventionné par le gouvernement et la ville, est d'une urgence absolue à Québec. Un autre devrait être construit à Montréal.

Avec les institutions déjà existantes, l'on pourrait ainsi obvier au plus pressant.

Conclusions :

1^o Pour les municipalités, l'organisation sanitaire générale poussée avec vigueur dans toute la province. Les inspecteurs d'hygiène régionaux entreprenant incessamment cette organisation dans tous leurs districts.

2^o Organisation spéciale contre la tuberculose. Celle-ci comprendra, l'ouverture de dispensaires gratuits dans tous les grands centres au moins un au chef-lieu de chaque district d'inspection sanitaire. Ce dispensaire sera le centre d'éducation, de prévention et de recherche de la tuberculose pour toute la région.

3^o Appel fait aux 1900 médecins licenciés de la province de Québec de donner généreusement leur adhésion au mouvement anti-tuberculeux, en se faisant les apôtres de l'éducation populaire auprès des malades sous leurs soins et en aidant généreusement à l'organisation municipale pour la lutte contre la tuberculose.

4^o. Déclaration volontaire de la tuberculose ouverte jusqu'à ce que une organisation plus complète permette de la rendre obligatoire.

5^o Dans toutes les municipalités de la province, guerre aux logements insalubres, en établissant l'inspection médicale obligatoire des écoles, des établissements industriels, des habitations, et en encourageant les coopératives de construction d'habitations salubres.

6^o La municipalité, par son bureau de santé local fera faire la désinfection complète des habitations infectées par la tuberculose, fera l'isolement des malades souffrant de tuberculose ouverte à

domicile si possible, sinon la municipalité verra à les faire hospitaliser dans un hôpital subventionné.

L'examen gratuit bactériologique de l'expectoration des malades sera fait au laboratoire municipal.

7° Enfin organisation systématique par toute la province de cure à domicile. Le bureau de santé local présidera à cette organisation.

8°. Contrôle de la vente de la viande et du lait dans la municipalité.

9°. Enfin le gouvernement provincial devrait entrer résolument dans les conclusions de la commission royale en aidant et en favorisant l'ouverture de dispensaires gratuits dans tous les grands centres et en subventionnant quelques-uns de nos hôpitaux existants qui pourraient aménager des pavillons acceptés par des experts pour l'isolement et le traitement des tuberculeux avancés. Deux hôpitaux d'isolement devraient être construits incessamment, l'un à Québec, l'autre à Montréal, où l'urgence se fait le plus sentir.

Messieurs,

Nous n'avons pas la prétention d'avoir traité à fond toute la question, encore moins d'avoir apporté la panacée à tous les maux. Nous n'avons pas prétendu à une contribution scientifique. Nous plaçant au point de vue pratique, dans l'état actuel de notre société et en tenant compte des conditions spéciales à notre province, nous croyons nos suggestions les plus praticables. Nos conclusions, si elles sont mises en pratiques aideront à la cause et seront un pas de plus vers des visées plus hautes.

— :00 : —

LE LOGEMENT DE L'OUVRIER¹

Par le Dr Edg. COUILLARD

—

L'expérience a démontré que de toutes les luttes entreprises par l'hygiène, c'est certainement celle qui a pour objet l'assainissement ouvrier qui donne les résultats les plus rapides et les plus matériellement appréciables au point de vue de la santé publique. "L'habitation saine et confortable, dit madame Augusta -Moll Weiss, est la clef de voute de l'ensemble de toutes les conceptions humanitaires et hygiéniques." L'orientation des esprits, dans ce sens, est des plus manifeste. Et si cette question de l'assainissement du logement de l'ouvrier est devenue aujourd'hui d'une importance capitale, non seulement auprès du peuple ouvrier lui-même qui devra en retirer les bénéfices les plus directs au point de vue de sa santé physique et de son hygiène morale, mais aussi, et surtout auprès des hygiénistes et des philanthropes, c'est que ceux-ci ont trouvé en elle le levier qui leur permettra d'atteindre plus vite le but tant rêvé par tous, qui est l'amélioration du sort de l'individu. C'est dans un échelon social où le surpeuplement est la règle qu'elle exerce son action ; et son utilité sera de la plus haute importance pour la société en général, puisqu'elle atteint le plus grand nombre. C'est aussi l'alvéole qu'elle occupe qui donne à la famille son empreinte caractéristique, et c'est seulement si cette alvéole est suffisante et salubre qu'elle rend possible à la femme la lutte contre le cabaret, et par contrecoup la lutte contre l'alcoolisme. Lors de la discussion sur la déclaration obligatoire de la tuberculose, devant l'académie de médecine de Paris, au début de cette année, cette vérité est apparue évidente à presque tous les

1. Travail lu à la cinquième Convention des Services sanitaires, à Montréal

orateurs, que l'ami de la tuberculose, celui qui lui donne en même temps que l'hospitalité, toutes les chances d'atteindre le plus grand nombre possible de victimes, c'est le logement malsain. C'est en assainissant les foyers et les nids à tuberculose que l'on fera diminuer les méfaits de celle-ci. Dans son rapport sur l'état sanitaire de la ville de Paris pendant le deuxième trimestre 1913, M. Paul Juillerat dit : " La lutte entreprise par l'administration municipale contre le logis tuberculeux commence à porter ses fruits. Dans les maisons qui avaient été classées comme foyers de tuberculose, la mortalité baisse au fur et à mesure que les mesures d'assainissement convenables, notamment la suppression des chambres sans lumière, ont été appliquées. Dans ces maisons qui supportaient depuis quinze à seize ans une mortalité tuberculeuse double ou triple de la mortalité moyenne de la ville, la mortalité tend à s'abaisser au taux moyen du reste de la ville. Depuis 1906, époque où l'administration a commencé cette guerre au taudis, les maisons assainies sur ses indications, ont vu leur mortalité baisser de 2,39 pour 1000 habitants. " Et un peu plus loin il ajoute : " Le logis sain, clair et ensoleillé doit en effet être assuré à tous ; car c'est lui qui joue le principal rôle dans la prophylaxie de la tuberculose. "

Dans cette voie de l'assainissement du logement, les grands industriels et quelques sociétés privées ont d'abord donné l'exemple ; puis les gouvernements de l'Europe et des États-Unis encouragèrent ce mouvement, et aujourd'hui les administrations municipales de toutes les grandes villes du monde entier, tendent à résoudre ce problème qui s'offre à elles dans sa plus grande complexité : à cause de l'ancienneté de ces villes et de l'extrême densité de leur population. Si nous voulons éviter de nous voir à brève échéance en face des mêmes difficultés, peut-être le temps est-il venu pour nos municipalités, au moment où la lutte contre la tuberculose et contre l'alcoolisme sont en voie d'organisation dans notre province, de se demander ce que sont nos logements.

Je n'ai pas l'intention de soumettre à cette convention une étude complète et détaillée de la question, parce qu'elle nécessite un travail que mes occupations et le temps que j'ai à ma disposition ne m'ont pas permis. Qu'il me suffise de tendre, à certains points généraux de la question et de relater ici quelques faits relevés au hasard de mes pérégrinations dans le district sanitaire de Québec.

Pour qu'un logement soit salubre il faut que la lumière et l'air, les deux éléments qui sont les plus répandus dans la nature, et dont l'action chimico-biologique est absolument nécessaire à la vie, pénètrent en grande quantité. Il doit être à l'abri de l'humidité, laquelle entretient la vie et favorise les multiplications des germes des maladies, en même temps qu'elle annihile la résistance de l'organisme humain contre l'action de ces dernières. Enfin, du logement doivent être éloignés aussi rapidement que possible tous les détritits organiques. Ces conditions de première importance existent-elles chez nous? Nous ne le croyons pas, et c'est ce que nous allons essayer de vous démontrer.

L'éclairage du logement ouvrier, de même que celui de toute habitation humaine dépend de son orientation, du nombre et de l'étendue des fenêtres qui permettent à la lumière de pénétrer à l'intérieur, de la largeur des rues, de l'étendue des cours et de la hauteur des habitations environnantes; voilà autant d'éléments dont on doit tenir compte, si, au lieu d'une habitation bien éclairée, souriante à l'ouvrier qui y prend son repos, on ne veut pas obtenir un taudis. Or ces données de l'hygiène sont inconnues dans nos quartiers ouvriers des villes et même à la campagne. Que de fois n'avons-nous pas vu dans les campgnes, des maisons dont l'orientation est des plus défectueuse. L'orientation y est toujours faite par rapport à la route ou au chemin public. On ne se préoccupe pas plus du soleil et du chemin qu'il parcourt que s'il n'existait pas. Aussi sont-elles très nombreuses les maisons dans lesquelles on voit bien ce qui se passe au dehors mais rien à l'intérieur. Pourtant c'est bien à la campagne qu'il est toujours possible d'obtenir

l'orientation nord-sud, telle que la recommande Trélat, ou encore mieux celle que nous indique Proust, dans une situation intermédiaire du nord-ouest au sud-est, parce qu'à la campagne les maisons sont espacées les unes des autres et libres de tous les côtés. Dans les villes la situation est plus complexe et l'orientation la meilleure n'est pas chose facile à obtenir, nous le comprenons, et la construction actuelle loin de nous en rapprocher nous en écarte de plus en plus. Dans les nouveaux quartiers comme dans les anciens, les rues, au lieu de suivre une direction déterminée d'avance, donnant aux habitations qui les bordent l'orientation capable de leur assurer le maximum de lumière, au lieu de se croiser toujours à angle droit conservant ainsi le plan d'ensemble, les rues, dis-je, se croisent à tous les angles et suivent les directions les plus disparates. Les rues n'ont qu'une largeur, la plus étroite possible, et la hauteur des bâtisses n'a aucune proportion avec la largeur de ces mêmes rues. Dans la seule ville de Québec, il suffit de parcourir St-Roch, St-Sauveur et St-Malo où les logements ouvriers prédominent, pour vérifier l'exactitude de ces affirmations. Les cours n'existent pas toujours, et lorsqu'elles existent elles ne sont pour la plupart que des puits d'obscurité. Les logements sont entassés pour ainsi dire, les uns contre les autres et les uns au-dessus des autres. Et peu à peu au manque d'éclairage habituel est venu se joindre le manque d'éclairage par l'entassement des logements dans une même maison. Pour avoir voulu en retirer plus d'argent, le propriétaire a transformé des maisons assez bien éclairées encore il y a quelques années, en des trous sombres par l'addition de nouvelles cloisons, créant du même coup des chambres noires là où il n'y en avait pas. Les chambres noires véritables fourmillières dans lesquelles grouillent et dorment les enfants de nos ouvriers sont légion aujourd'hui. Quant aux fenêtres au lieu d'en percer en plus grand nombre possible et de leur donner des dimensions égales à un sixième (Putzeys) de la surface totale du plancher de la pièce qu'elles éclairent, on les fait tellement étroites qu'elles ont

l'apparence de véritables judas. Ce n'est que par exception qu'elles atteignent un dixième de la surface du plancher, chiffre minimum indiqué par les règlements du conseil d'Hygiène de la province. Et, lorsqu'elles ont ces dimensions, presque toujours aussi elles ont des papiers opaques, dans 62 pour cent des cas, dit le Dr Leclerc. On évite même d'en percer alors que la chose serait si facile. Témoin, cette maison construite au commencement de l'été par un riche propriétaire. Cette maison située à l'angle d'intersection de deux rues a deux de ses faces absolument libres. Une, la plus petite des deux regarde vers l'est; on y a placé les portes et quelques fenêtres plutôt étroites. L'autre face, qui est la plus grande, regarde vers le sud. Eh bien, du 1^{er} janvier à la St-Sylvestre, le soleil passera en la regardant, mais en vain; jamais ses rayons ne pourront la traverser, le mur de ce côté ne possède pas la moindre petite ouverture. Pourtant il eut été bien facile d'y pratiquer le percement de six ou huit fenêtres. Cette maison loge quatre familles, et depuis un mois et demi seulement qu'elles y habitent, deux de ces familles se sont vues forcées de la quitter pour cause d'insalubrité. Ces quatre logements sont à peu près inhabitables; et cependant ils sont au-dessus de la moyenne générale.

Le manque de lumière est la règle dans toutes les constructions nouvelles, et on semble n'y attacher aucune espèce d'importance.

Tout récemment, une maison collective à appartements a été construite dans un des plus beaux quartiers de la ville de Québec. Des logements entiers dans cette maison ne reçoivent jamais les rayons directs du soleil. Les corridors, la cage des escaliers et celle des ascenseurs n'ont aucunes ouvertures sur l'extérieur, si ce n'est par le toit. Une autre maison est actuellement en construction. De quatre étages, elle aura deux logements par étages; les pièces seront disposées les unes à la suite des autres dans le sens de la plus grande longueur de la bâtisse. Or, les deux seules faces libres de cette bâtisse sont les plus étroites. C'est-à-dire que dans chacun de ces logements deux pièces seront éclairées directement par le soleil,

toutes les autres sans être précisément des chambres noires manqueront de l'éclairage naturel nécessaire au maintien de la santé : Et si ces logements sont ceux que l'on met actuellement à la disposition de la classe aisée, que devons nous penser de ceux dans lesquels le propriétaire avide entasse les familles ouvrières. Ces faits se passent à la ville, peut-être croyons-nous que le mal s'arrête-là ? Bien au contraire. Le même état de chose existe à la campagne. Dans dix municipalités différentes de mon district, j'ai eu l'occasion de visiter douze maisons de construction assez récente et réputées des plus modernes dans le village. Dix de ces maisons ont chacune une chambre à coucher qui n'a pas de fenêtre ; et dans les douze le cabinet de toilette est placé dans une chambre noire. Ce sont là des erreurs grossières dont la population rurale souffre autant que la population urbaine.

Ce que nous avons dit précédemment au sujet du manque de lumière s'applique aussi au manque d'air dans les logis. Aucun système de ventilation préside à l'apport d'air nécessaire à la vie de ceux qui occupent les constructions nouvelles ; les anciennes constructions sont trop entassées les unes contre les autres et leurs croisées trop bien fermées pour qu'elles soient simplement aérées.

La quantité d'air cube par personne est insuffisante dans la plupart des logements qu'habitent nos ouvriers. La statistique de M. le Dr O. Leclerc sur ce sujet est très instructive. Sur 100 logements pris au hasard dans un quartier ouvrier de la ville de Québec, 44, c'est-à-dire près de la moitié, donnent quatre cents pieds cubes par personne ; 26 donnent 500 pieds ; cubes ; 15, 700 ; 3, 900 ; et 12 donnent 1000. Ces douze derniers logements font exception puisque les familles qui les habitaient n'étaient que de deux personnes. Ces chiffres portent sur le cubage total du logement. Les chiffres relevés par le Dr Leclerc nous font voir que la situation est encore plus alarmante lorsque l'on considère l'espace réservé dans ces logements pour les chambres à coucher :

40 pour cent ont par personne un cubage de 100 pieds.			
28	“	“	“ 200 à 300 pieds.
19	“	“	“ 300 à 400 “
9	“	“	“ 500 à 600 “
3	“	“	“ 700 “
1	“	“	“ 800 “

Comme on le voit, la moyenne normale de 600 pieds recommandée par la plupart des auteurs est plutôt rare.

Un autre facteur qui fait diminuer rapidement la quantité d'air disponible pour chaque occupant, c'est l'encombrement des logements. Or depuis quelques années des maisons convenables pour une ou deux familles ont été transformées par leurs propriétaires de façon à pouvoir loger trois ou quatre familles et quelquefois plus. On oublie trop facilement qu'aucune maison salubre pour dix personnes qu'elle abrite, cesse de l'être lorsqu'elle en abrite vingt-cinq ou trente. Le Dr Bertillon a défini comme surpeuplé un logement dans lequel le nombre des habitants dépasse le double du nombre des pièces, en appelant pièce tout espace capable de contenir un lit d'adulte de quatre pieds par six. On sait que les familles nombreuses sont la généralité parmi notre population ouvrière. Or, on sait aussi que les logements d'une, deux ou trois pièces ne sont pas rares. D'après le recensement de 1901, on comptait 8,556 habitations d'une seule pièce dans toute la province. Je n'ai pu obtenir les chiffres que donne le recensement de 1911, à ce sujet, néanmoins l'exploitation du logement, a pris des proportions tellement considérables durant les dix dernières années que nous pouvons dire sans crainte que le commerce des logements d'une seule pièce a plutôt augmenté.

En outre, l'augmentation normale de la population due à la natalité assez élevée jointe à l'apport considérable de l'immigration, sans aucune proportion avec le développement de la construction, a réduit d'autant la dimension des logements. Ils ne sont pas rares

les propriétaires qui logent aujourd'hui quinze ou seize familles dans les mêmes logements dans lesquels ils ne logeaient que dix familles il y a à peine quelques années. Le nombre des logements de ces propriétaires a augmenté aux dépens de la dimension et du nombre des pièces qui diminue de plus en plus. Or à mesure que le nombre des pièces diminue dans les logements, la mortalité générale augmente parmi la population qui les habite. C'est ce que fait voir le tableau dressé par le Dr Newmann, de Finsbury, et cité par le Dr Chas. A. Hodgetts, sur le chiffre de la mortalité que l'on relève dans les résidences ou les logements de petites dimensions. Dans les logements d'une seule pièce, pour la municipalité de Finsbury, le taux des décès provenant de causes de toute nature, était de 40.6 par 1000; dans ceux de deux pièces 21.9; de trois pièces 14.7; dans ceux de quatre pièces et plus, au contraire, il n'était que de 7.5; dans toute la municipalité il n'était que de 21.1.

Plus la densité de la population d'une maison est grande, plus grands sont les dangers d'infection, de contamination, auxquels sont exposés ses habitants, et cette proportion devient effrayante lorsque la population est surtout composée d'enfants comme cela arrive généralement dans les milieux ouvriers. Voyons donc quelle est la densité de la population par maison dans les deux grandes villes de la province, c'est-à-dire celles où il y a le plus de logements ouvriers. En 1901 la population de la ville de Montréal était de 267,730 habitants distribués dans 49,157 maisons; ce qui donne une proportion de 5.4 habitants par maison. La population de la ville de Québec était, en 1911, de 78,190 habitants distribués dans 12,459 maisons; ce qui donne une proportion de 6.2 habitants par maison. Ces chiffres dénotent une situation déjà alarmante dans nos deux plus grandes villes industrielles, si on les compare avec ceux établis pour la ville de Paris, où la densité de la population par maison est considérée comme excessive par tous ceux qui en France s'intéressent à la question du logement de l'ouvrier. Dans une communication faite à l'académie de médecine,

en février 1912, M. Gustave Mesureur dit : " On comptait généralement en moyenne à Paris un logement pour 2.90 habitants. Il n'y a plus maintenant qu'un logement pour 4 habitants. " Pour toute la Province de Québec on compte actuellement 5.8 habitants par maison. Le nombre des logements n'étant plus proportionnel à l'accroissement de la population, la densité de la population par maison étant nécessaire, l'ouvrier est forcé de vivre à l'étroit, dans un milieu où l'air est toujours pollué et il voit sa santé sérieusement compromise. Il serait intéressant de connaître le taux de la mortalité infantile, par exemple, dans les différents logements, selon qu'ils sont composés de une, deux ou trois pièces, car dans la municipalité de Ffindsburry dont j'ai déjà parlé, l'effet de l'insalubrité de l'habitation est plus apparent dans le tableau de la mortalité chez les enfants. Ces chiffres montrent une plus forte proportion de décès dans les logements d'une seule pièce, que dans ceux de deux, trois et quatre division. A défaut de ces chiffres qui n'ont pas encore été établis chez nous, je crois, qu'il me soit permis de rappeler ce qu'est la mortalité infantile dans la province de Québec. D'après les statistiques officielles publiées par le Conseil d'Hygiène de la Province, la mortalité infantile a atteint de 1895 à 1908 d'assez fortes proportions. Sur 100 décès à tous les âges la moyenne des enfants morts de 0 à 5 ans a été pour la province de Québec de 44.1%, pour la ville de Montréal 50.9% pour la ville de Québec 55.8%. Ce sont les enfants qui meurent en plus grand nombre, d'après nos propres statistiques. " Or, dit le Dr Hodgetts, les mêmes faits se répètent partout : dans les endroits pauvres et populeux, les décès d'enfants représentent, en moyenne, plus du quart du total de la mortalité. " Je sais bien que l'étroitesse du logement n'est pas à elle seule la cause de toute la mortalité infantile, néanmoins ici comme partout ailleurs, ce manque de dimension par surpeuplement doit faire sentir son influence bien que nous ne sachions pas exactement dans quelle mesure, faute de données précises sur ce point. Cependant, je le ré-

pète, nous savons que la mortalité infantile comparée au total de la mortalité égale près de la moitié (44.1%) pour toute la province, la moitié (50.9%) pour la ville de Montréal, et plus de la moitié (55.8%) pour le ville de Québec. Nous sommes bien au delà de la moyenne générale indiquée par le Dr Hodgetts. On dirait vraiment que la Province ne forme actuellement qu'un seul et même quartier pauvre et surpeuplé.

La tuberculose qui, comme vous le savez est la maladie habitée des logements sombres, mal ventilés et surpeuplés, peut par sa présence nous renseigner en quelque sorte sur le degré de salubrité de nos logements ouvriers en ce qui concerne l'éclairage, la ventilation et le surpeuplement. Hollis Godfray dit " que le chiffre des décès causés par la tuberculose indique qu'il y a rapport intime entre cette maladie et le volume de l'espace occupé par un groupe de personnes; et l'air vicié semble être à la phtisie ce que la malpropreté organique est à la fièvre typhoïde ". Les savants de tous les pays ne mettent plus en doute aujourd'hui l'influence énorme du logement sur la diffusion de la tuberculose. Voici d'une façon approximative, le nombre des foyers de contagion tuberculeuse qui existent par toute la province de Québec en une seule année. Le total des décès par tuberculose en 1906 s'est réparti comme suit :

Comtés ruraux de la Province.....	1944
Ville de Montréal	848
Ville de Québec	143
Total.....	2,935

Nous avons donc eu en 1906, 2,935 décès par tuberculose dans toute la Province. " Or, dit M. Paul Juillerat, à un décès tuberculeux correspondent cinq malades. " Il faut donc multiplier par cinq le chiffre des décès pour obtenir le nombre des foyers de contagion recherché; ce qui donne 14,675. Ces chiffres ne nous permettent pas de dire d'une façon absolue qu'il y a dans la Pro-

vince 14,675 logements infectés par la tuberculose, parce qu'il se rencontre souvent plusieurs cas de cette maladie dans le même logement. D'un autre côté ils se rapprochent assez de la vérité si nous tenons compte de ce fait que beaucoup de cas de tuberculose, qui représentent d'autres foyers d'infection, n'étant jamais diagnostiqués demeurent inconnus, sont étiquetés sous une autre indication dans les statistiques lorsque survient le décès, et par conséquent ne figurent pas parmi les chiffres cités plus haut.

Densité de la population hors de proportion dans les logements non seulement des villes mais aussi de toute la province, mortalité infantile au-dessus de la moyenne générale, diffusion considérable de la tuberculose, voilà je crois autant de faits qui nous permettent d'apprécier, du moins dans une certaine mesure, jusqu'à quel point nos logements et plus particulièrement nos logements ouvriers, sont surpeuplés, mal ventilés et aussi mal éclairés.

Que dire maintenant de l'humidité? Dans la ville de Québec elle est la règle générale et les trois quarts des logements sont humides à la campagne. La configuration spéciale du sol, le peu d'épaisseur de la première couche perméable dans bien des cas, exigerait que l'on détournât des assises de nos logis, et dans laquelle elles baignent la plupart du temps, l'eau de la première nappe souterraine. Le drainage approprié du sol, ou encore une bonne couche isolante dans les murs auraient pu remédier à cette grande cause d'insalubrité: cependant rien n'a été fait et rien ne se fait encore aujourd'hui. Et le public est surpris de constater que les logements nouveaux comme les anciens sont toujours humides d'un bout de l'année à l'autre. Et lorsque ce fait est porté à la connaissance des architectes ou des entrepreneurs, ils répondent généralement que ce sont les enduits qui n'ont pas encore eu le temps de sécher. Cette explication fantaisiste nous est donnée même lorsque la maison est construite et habitée depuis deux ou trois ans, comme si le séchage des murs durait plus de quelques semaines dans une maison dont la base ne repose pas dans l'eau. A la fin d'août j'ai visité cinq lo-

gements de construction récente il est vrai, mais habités depuis le 1^{er} mai dernier. Eh bien dans les caves le mortier des murs est encore presque aussi malléable qu'il était lorsqu'il a été posé. Les logements sont tellement humides que l'eau ruisselle partout sur les murs et que les moisissures s'y sont développées dans tous les coins. Aujourd'hui cette humidité est permanente parce que la base des murs repose dans la première nappe d'eau souterraine, et qu'on n'a même pas pris de précaution d'en détourner les eaux de surface du voisinage. Les cas de ce genre sont multiples.

Que l'humidité des habitations soit temporaire par l'occupation trop hâtive avant le séchage des enduits, ou bien qu'elle soit permanente par l'ascension continue dans les murs, de l'eau dans laquelle baignent les fondations, cette humidité n'en constitue pas moins un réel danger pour ceux qui les occupent. Ajoutez à ces causes l'étanchéité tout-à-fait problématique de certaines maisons, les déficiences plutôt fréquentes de la tuyauterie et vous comprendrez facilement que les conditions d'existence de nos ouvriers sont rien moins que rassurantes. Et cependant que font les autorités municipales et autres devant une situation aussi déplorable? a peu près rien. Nous en avons la preuve manifeste en ce qui regarde l'enlèvement des déchets et autres détritiques organiques qui par leur présence autour de logis achèvent de compromettre le faible degré de salubrité dont pourraient encore jouir certains logements. Voilà une question élémentaire concernant la santé publique qui devrait être réglée depuis longtemps dans toutes les municipalités où existe une agglomération ouvrière ou autre. Mais nous en sommes loin. L'insouciance des autorités en cette matière sert de mauvais exemple à l'ouvrier qui par ignorance de l'hygiène ou par incurie n'entretient pas mieux l'intérieur de son logement. Je laisse à d'autres le soin de nous décrire l'horreur que l'on éprouve à visiter certains logis sales et infects dans lesquels la mère et les enfants achèvent de perdre leur santé, où le père lorsqu'il rentre de l'atelier ne trouve que l'abrutissement et l'ennui.

Encore une dernière statistique et je termine. La Ligue anti-tuberculeuse de Québec, fait, par l'intermédiaire de Mlle McGreevy, son infirmière, une enquête concernant l'état sanitaire de chaque logement qu'occupent les malades en traitement au dispensaire de la ligue. Grâce à l'obligeance de M. le Dr A. Savard, directeur du dispensaire, j'ai pu examiner les fiches de ces logements, logements ouvriers pour la plupart, distribués indifféremment dans tous les quartiers de la ville de Québec. Voici ce que j'ai constaté :

Dans les 380 logements dont j'ai fait le relevé, la classification du nombre des pièces est la suivante :

Logements de une pièce.....	16
Logements de deux pièces	32
Logements de trois pièces.....	91
Logements de quatre pièces.....	148
Logements de cinq pièces et plus.....	93

Cent-vingt-cinq de ces logements, soit 33% peuvent être aérés d'une façon convenable durant toute l'année, au moyen d'ouvertures pratiquées dans les fenêtres. Les deux cent cinquante-cinq autres, soit 67% faute d'ouvertures *ad hoc* ne sont jamais aérés durant l'hiver ; et en été cette aération est plutôt médiocre, parce-qu'étant situés au fond de cours étroites, ou entourés par d'autres bâtisses, l'air ne peut y être renouvelé.

L'éclairage naturel sans être parfait est assez bon dans 182 de ces logements soit 48% ; dans les 198 autres, soit 52% il est insuffisant ou presque nul.

Vingt-deux logements possèdent chacun une chambre noire qui sert de chambre à coucher.

Quatre-vingt-dix pour cent sont humides et plusieurs n'ont pas de cour.

Le surpeuplement est la règle générale dans les logements de une, deux, trois et quatre pièces, soit dans 287 logements.

En outre de leur insalubrité notoire, ces logements sont en même temps des nids à tuberculose.

Bien que vivant dans un pays jeune l'ouvrier est dès maintenant, au point de vue du logement, placé dans des conditions d'hygiène les plus précaires. Une telle situation ne doit plus laisser indifférentes nos autorités gouvernementales et municipales. Nous devons enseigner l'hygiène à l'ouvrier qui en ignore les notions les plus élémentaires, mais avant tout nous devons faire en sorte que le logement qu'il habite soit sain. " J'ai étudié, disait au commencement du siècle dernier, le célèbre économiste français Blanqui, la vie privée de toutes les familles d'ouvriers, et j'ose affirmer que l'insalubrité de l'habitation est le point de départ de toutes les misères, de tous les vices, de toutes les calamités de leur état social. Il n'y a pas de réforme qui mérite au plus haut degré l'attention et le dévouement des amis de l'humanité. "

Quels sont les moyens à notre disposition pour remédier à l'état actuel? Nous les trouvons énoncés par M. J. Bochart en 1891, et tout dernièrement par le Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale en France.

1^o Institution du casier sanitaire des maisons dans toutes les municipalités de quelque importance, ce casier permettra de connaître exactement la valeur sanitaire de ces maisons, celles qui peuvent être assainies et celles qui ne le peuvent pas.

2^o Assainissement des maisons pour lesquelles la chose est possible; expropriation des autres. Une loi d'expropriation basée sur la valeur sanitaire de la maison rendrait de grands services dans bien des cas. Une loi de ce genre existe en Angleterre.

3^o. Le troisième moyen, c'est l'encouragement à la formation de sociétés qui ont pour but la construction des habitations ouvrières réunissant les conditions requises, tel que la chose se pratique en Europe, plus particulièrement en Angleterre, en Hollande, en Belgique, en Italie et aussi aux États-Unis.

4^o. Enfin, nous devons ajouter, le contrôle de la construction

au point de vue sanitaire afin de pouvoir appliquer à toutes les nouvelles constructions les règlements provinciaux faits par le Conseil d'Hygiène concernant l'habitation en général. L'application énergique et éclairée de ces règlements peut avantageusement protéger les nouvelles constructions.

— :00 : —

VI^e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Septembre 1913

Monsieur et très honoré confrère,

En septembre 1912 une circulaire vous annonçait le VI^e Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord qui devait avoir lieu à Montréal cette année. Malheureusement le professeur Hervieux, président de l'association, mourut quelques mois plus tard sans avoir pu compléter son travail d'organisation; nos confrères de Montréal nous demandèrent de vouloir bien prendre à notre charge l'œuvre du prochain Congrès et le peu de temps qui nous restait nous fit remettre la réunion à 1914.

Le VI^e Congrès aura donc lieu à Québec, en septembre 1914, et les nominations suivantes ont été faites par le bureau de direction: Président, Monsieur le Professeur A. Rousseau; Secrétaire général, Monsieur le professeur A. Vallée; Trésorier général, Monsieur le docteur A. Lessard.

Nous avons l'honneur de solliciter votre adhésion et vous prions de vouloir bien nous la faire parvenir le plus tôt possible, afin que nous puissions dès maintenant nous occuper de l'organisation.

Nous invitons les membres qui voudraient s'inscrire pour une communication à nous en faire parvenir le titre. Les questions suivantes ont été mises à l'étude: *Les Néphrites*. — *Les Accidents du Travail*. — *Les Eaux Minérales Canadiennes*. — *Les Stations d'Altitude au Canada*. — *Les Eaux Potables au Canada*.

Nous serons heureux de vous fournir au sujet de ce Congrès tous les renseignements qui pourraient vous être utiles, et une prochaine circulaire vous en fera connaître la date exacte et contiendra le programme qui aura été adopté.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Le Secrétaire général:

A. VALLÉE

Le Président général:

ARTHUR ROUSSEAU.

—: 00:—

REVUE DES JOURNAUX

ANALYSES

PLEURESIES ENKYSTÉES ET SPLENO-PNEUMONIE.

(*Journal des Praticiens*, 12 avril 1913.)

M. le Prof. Widai attire l'attention sur un fait d'occurrence assez fréquente. La spleno-pneumonie ne serait assez souvent que le symptôme révélateur d'une pleurésie enkystée (p. susdiaphragmatique).

Ces pleurésies enkystées passent souvent inaperçues parce qu'on ne les recherche que par les moyens ordinaires. Pour en faire le diagnostic il faut avoir recours à des procédés un peu spéciaux.

La ponction exploratrice doit être faite avec une longue aiguille, avec une aiguille à ponction lombaire, par exemple.

On doit aussi avoir recours à la radioscopie qui permet souvent non seulement de faire mais de préciser le diagnostic.

J. P. E.

LES RESULTATS DU DIAGNOSTIC PRECOCE DE LA TUBERCULOSE RENALE, par le Dr Braasch, (*Interstate M. J.* 1912).

Le travail de Braasch est basé sur 212 cas de tuberculose rénale opérés à la Clinique des Frères Mayo, de Rochester.

Une remarque importante et que l'auteur souligne en passant, c'est que beaucoup de ces malades souffraient depuis longtemps et que l'évolution de leur tuberculose variait, comme durée, de 1 à 5 ans. Les raisons de ce retard à se faire opérer sont classées sous trois chefs: 1.—La vraie nature de la maladie est trop souvent méconnue par le praticien; 2.—Beaucoup ignorent que le traitement chirurgical est le meilleur moyen de guérir une tuberculose du système génito-urinaire; 3.—L'idée assez répandue que la tuberculose rénale peut être guérie autrement que par l'intervention chirurgicale, en particulier par l'emploi de la tuberculine.

Braasch arrive ensuite au diagnostic et pose en principe qu'une dysurie (irritabilité vésicale) accompagnée d'une pyurie plus ou moins abondante et persistant pendant plusieurs mois, doit faire considérer un malade comme atteint de tuberculose rénale, jusqu'à preuve du contraire.

Comment reconnaître une irritabilité vésicale due à la tuberculose d'une irritabilité non-tuberculeuse? Si un examen approfondi

di de l'urine ne montre pas de pus, la tuberculose peut être exclue dans la plupart des cas. Si le pus existe en abondance, il est probable qu'il s'agit de tuberculose, et il ne reste plus pour affirmer ce diagnostic, qu'à trouver du bacille de Koch. Pour celui-ci, sa recherche par un examen d'urine très fréquemment répété, au début d'une tuberculose rénale, devrait donner un résultat positif presque dans chaque cas. Si les résultats sont négatifs, il faudra insister sur les renseignements fournis par l'examen physique, la cystoscopie et l'inoculation au cobaye. L'examen physique en révélant un noyau épидидymaire ou prostatique, (sans histoire vénérienne), des uretères épaissis, une augmentation de volume du rein, une perte de poids, confirmera le diagnostic. De même pour l'examen cystoscopique.

Le diagnostic une fois établi, il faut localiser la lésion, et c'est ici, surtout, comme dans l'indication opératoire, que la cystoscopie renseignera: 1.—Sur l'état de la vessie. 2.—Sur le rein atteint et son degré d'altération. 3.—Sur la capacité fonctionnelle de l'autre rein.

Pour le traitement, Braasch se déclare ouvertement partisan de l'intervention chirurgicale. A la Clinique des Mayo, sur 203 opérations, la mortalité opératoire immédiate a été de 2.9%. 82% vivaient un an après l'opération, dont 69% étaient en parfaite santé ou grandement améliorés, et 13% présentaient encore quelques symptômes vésicaux. Dans ce dernier groupe, 83% souffraient depuis deux ans déjà, de leur tuberculose avant l'opération.

Comme contre-indications à l'opération, Braasch indique: 1.—Une infection pulmonaire avancée. 2.—Des lésions multiples des os, articulations ou un abcès prostatique fistulisé au périnée. 3.—Une péritonite. 4.—Une tuberculose bilatérale. 5.—Une insuffisance rénale cliniquement évidente.

GEO. A.

ECHOS ET NOUVELLES

Hansen dont le nom reste attaché au B. de la lèpre a fondé par testament un prix à être décerné à l'auteur du meilleur travail sur la micro-biologie tous les deux ou trois ans. Le comité chargé de juger le concours de 1914 est formé de trois Danois et des professeurs Calmette de Lille, Gaffky, de Berlin et Theobald Smith, de Boston.

Parmi les nouveaux agrégés de la Faculté de Paris figure le nom de M. le Dr Lereboullet fils, déjà bien connu en France et à l'étranger pour ses travaux.

On vient d'élever à Beaune, sa ville natale, un monument à Marey, l'inventeur de la méthode graphique et l'auteur de nombreux travaux sur la physiologie du mouvement.

A l'occasion de l'Exposition Universelle de Gand, on avait organisé une exposition nationale de la falsification et de l'altération des denrées alimentaires. On y voyait à côté du produit pur les principaux échantillons falsifiés, on y montrait les moyens employés pour la falsification. De plus des projections et des modèles en cire indiquaient l'action produite par certains produits sur l'organisme humain.

C'est sûrement là un excellent moyen d'instruire le public et de le protéger, c'est peut-être même un bon procédé pour enrayer la fraude.

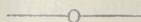
Les confrères qui désireraient suivre les cours pour l'obtention du *Diplôme d'Hygiéniste expert* sont priés de vouloir bien donner leur nom immédiatement. Ces cours commenceront à l'Université Laval en janvier. Adressez toute demande d'information au Dr A. Vallée, secrétaire F. de M., 22, rue Ste-Anne, Québec.



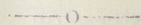
On a effectué au laboratoire municipal en 1912, 275 analyses reparties comme suit :

Analyses d'eau	41
Diagnostics de tuberculose	188
Diagnostics de diphtérie	15
Diagnostics de typhoïde	27
Examens de lait et de crème	4

Des examens pour tuberculose, 52 se sont montrés positifs, 188 négatifs. Diphtérie, 5 positifs, 10 négatifs. Typhoïde, 13 positifs, 14 négatifs.



A l'Hôtel-Dieu en 1912, le nombre des malades admis a été de 2780, dont 611 en médecine, 1587 en chirurgie et 582 en ophtalmologie. Le taux de la mortalité a été de 4.4 et soustraction faite des morts en dedans de 48 heures, de 3.5. 951 malades ont été traités au département d'électrothérapie, 1244 analyses ont été faites au laboratoire.



Un aphorisme par mois. — (Hippocrate).

Parmi les constitutions de l'année les temps secs sont en général, plus salubres que les temps humides, et la mortalité y est moindre.

LES RESULTATS DU "FREIDMAN CURE" DANS LE
TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE. (Rapport du
comité de la *Canadian Association for the Prevention of Tu-
berculosis*.)

Le rapport qui suit a été lu à une assemblée générale de la *Canadian Medical Association*, tenue à London, Ont., le 25 juin 1913.

"Pour modérer l'engouement public et pour fournir à la Profession médicale et au peuple canadien une juste idée du "Friedman Cure", la *Canadian Association for the Prevention of Tuberculosis* a nommé un comité de cinq membres qui devront étudier et faire un rapport sur les malades inoculés par le Dr Freidman à Montréal, Ottawa, Toronto et London. Le comité, après s'être assuré le concours des médecins qui avaient ces malades sous leurs soins, a soigneusement étudié tous les cas qui avaient été inoculés.

"Ceux-ci sont au nombre de 161, repartis comme suit :

55 à Montréal,

10 à Ottawa,

81 à Toronto,

15 à London.

"Ils ont été tous sous observation du 11 mars à ce jour (25 juin, 1913), et voici les conclusions des Rapporteurs :

"1° Les inoculations n'ont été ni constamment, ni fréquemment suivies d'un changement marqué dans l'évolution de la maladie ;

"2° La guérison ou l'évolution vers la guérison promise par le Dr Freidman, ne s'est montrée ni constamment, ni même fréquemment pendant le temps que les malades ont été sous observation.

"3° Par conséquent, après examen, le comité dit que les résultats ont été un désappointement, que les promesses faites au sujet

de ce traitement n'ont pas légitimé le bruit et la réclame faite autour du nom de l'inventeur, et enfin qu'on ne peut trouver aucune raison qui justifierait la moindre confiance en ce remède. ”

(Signé)

J. Geo. Adami,
J. J. MacKenzie,
A. H. Caulfeild,
E. S. Harding,
John W. S. McCullough,
Wm. H. Ross,
J. H. Elliott,
Geo. D. Porter.

Le Dr Chas. A. Hodgetts, membre du comité, opposé à tout rapport, n'a pas signé celui qui précède.

—:00:—

BIBLIOGRAPHIE

LES RÉGIMES ALIMENTAIRES DANS LES MALADIES
DES VOIES DIGESTIVES ET DE LA NUTRITION, par
les Drs HAMAIDE, médecin consultant à Plombières et NIGAY
médecin consultant à Vichy.—Librairie O. Berthier, E.
Bougault, successeur, 77, boulevard Saint-Germain, Paris. Un
volume ; 3 francs.

Ce livre, conçu dans un esprit très moderne et très pratique renferme à côté des réflexions cliniques que suggèrent les di-

verses modalités morbides observées, *des types de menus* adaptés à ces diverses modalités, tant dans les maladies des voies digestives (estomac et intestins) que dans les maladies de la nutrition.

Il renferme en outre *deux notices hydrologiques complémentaires* : l'une sur les maladies des voies digestives d'après M. Albert Mathieu, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et l'autre sur les maladies de la nutrition, par M. Marcel Labbé, professeur agrégé, médecin de la Charité.

LE DIABÈTE ARTHRITIQUE, par le Dr VEILLARD, br. 140 p., 1 fr. 50, librairie Bougault, 77, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Dr Veillard fait table rase de toutes les théories qui s'étaient appuyées jusqu'à ce jour sur l'anatomie pathologique ou la viciation diathésique.

L'auteur présente plusieurs tableaux inédits de composition chimique des aliments ; ces tableaux serviront de guide aux praticiens pour l'établissement d'un régime qui n'est plus basé sur le plus ou moins de richesse des aliments en hydrocarbones, mais sur la proportion entre les phospho-nucléines et les acides fixes, d'une part, les oxydes alcalino-terreux et la silice, d'autre part.

C'est ainsi que des aliments tels que la viande, le poisson, les œufs, la plupart des céréales, des légumineuses, très riches en azote et en phospho-nucléines, sont beaucoup plus nuisibles pour les diabétiques que certains aliments très riches en féculents ou en sucres, tels que le lait, la pomme de terre, certaines farines, certains fruits ou légumes.

La glycosurie n'est pas une maladie ; c'est un moyen de

défense contre une intoxication. En attendant que l'on ait annihilé, par un bon régime, les effets de cette intoxication, il faut savoir respecter la glycosurie qui est la meilleure sauvegarde du diabétique contre la mort rapide, même dans des cas en apparence peu graves.

Cette brochure sera très utile aux praticiens en leur montrant quels sont les principaux aliments féculents ou sucrés dont l'usage peut être permis dans l'alimentation du diabétique; l'auteur termine cet opuscule en donnant quelques formules de médicaments qui pourront servir de correctifs à un régime trop pauvre en sels indispensables à la vie des diastases.

ÆSCULAPE. Grande revue mensuelle illustrée. Le numéro : 1 fr. Abonnement: 12 fr. (Étranger: 15 fr.) A ROUZAUD, éditeur, 41, rue des Ecoles, Paris.

Sommaire du No. d'août 1913.

Un prêtre guérisseur: l'abbé Julio (1844-1912), (14 illustr.), par SAINTYVÈS. — L'ancien vicaire de St-Joseph, à Paris, se fait consacrer évêque par Mgr Miraglia. Un guérisseur mystique, Jean Sempé, l'initié aux secrets de la thaumaturgie (magnétisations, exorcismes, bénédictions). "Les secrets merveilleux pour la guérison de toutes les maladies physiques et morales." Julio s'inspire des grimoires: de l'*Enchyridion du pape Léon XIII*, de la *Clavicule de Salomon*.

La Paralyse générale et la Mort de Guy de Maupassant (7 ill.), par le Dr M. PILLET. — Les migraines persistent; le caractère s'aigrit; les troubles visuels augmentent. Maupassant accuse l'influenza de lui avoir pris "sa tête et sa mémoire". Dans la nuit du 1^{er} au 2 janvier, 1892, il tente de se suicider en se tranchant la gorge. Sa mort en 1893, dans le coma.

Quelques idées neuves sur l'Occultisme dans l'ancienne Égypte (16 illustr.), par le Dr G. DURVILLE, professeur à l'École de Psychisme expérimental. — Les anciens Égyptiens ont compris que l'action solaire se comportait comme une force magnétique : sur une fresque reproduite on voit une momie étendue sur son lit funéraire ; au-dessous d'elle se trouvent les quatre vases contenant les entrailles ; au-dessus est figuré le globe solaire d'où partent des rayons qui inondent le corps du défunt. La force magnétique, agent de vie, représentée sous la forme d'un serpent. Isis imposant les mains sur son fils Horus. L'épervier divin.

L'énergie du baron Larrey, premier chirurgien de la Garde (4 illustr.), par le Dr RAVARIT. — Napoléon 1^{er}, après la victoire de Bautzen, se montre fort irrité de ce qu'un grand nombre de ses jeunes soldats portent des blessures aux mains ; il croit à des mutilations volontaires et décide qu'un homme sur vingt sera passé par les armes : seul, dans l'entourage, Larrey prend la défense des glorieux conscrits : il examine 3,000 blessés et prouva que, se servant d'armes pour la première fois, ils se sont blessés par ignorance du maniement du fusil.

La traite des Juifs au Maroc (3 illustr.), par le Dr DOUZANS. — Après le pillage de Casablanca par les tribus de la Chouïa en 1906 les juifs ont dû suivre en troupeaux les vainqueurs. Miséreux, transis de froid, les pieds tuméfiés ils croupirent ; ils seront vendus ou tués ; les caïds se partageront leurs filles.

Étude médico-psychologique sur l'œuvre de Wiertz (11 ill.), par le Dr F. Regnault, prof. au Collège libre des Sciences sociales. — L'artiste évoque des scènes tragiques, mais son pessimisme procède d'une infinie bonté : la sensibilité du peintre des douleurs humaines.

Comment s'est constituée l'ancienne École de Médecine de Montpellier (10 illustr.), par le Dr Paul DELMAS, prof. agrégé. — L'École de Montpellier aux XIII^e et XIV^e siècles ; la bulle de Gui, évêque de Sora, contre les médecins ignorants et les charla-

tans. Les médecins juifs: Jean, roi de Bohême, atteint d'ophtalmie sympathique, se confie à eux. Jayme d'Aragon, en 1272, fait condamner quiconque exerce sans autorisation à l'amende ou à "être attaché à rebours sur un âne maigre et galeux si possible et promené à travers la ville". Au XIVE siècle la Faculté se sécularise. Affluence des étudiants étrangers; prédominance des étudiants ecclésiastiques; les études se font plus longues et plus sérieuses.

La Vue (similgravure hors texte), par H. DAUMIER.

SUPPLÉMENT (20 illustr.)—*Hygiène et médecine éthiopiennes.*—

Le rôle de la psychologie dans la politique.—*Les connaissances anatomo-physiologiques et médicales de Bossuet.* — *Le Thibet atroce et mystique.* — *L'agonie de Frédéric II.* — *La sexualité dans les naissances.* — *Les tuberculeux illustres.* — *Le pain de coton.* — *L'éternel féminin et le problème des sexes.* — *Le sens olfactif des insectes.* — *Pression de races et de frontières.* — *Les plantes ont des yeux.*—*Le bois transformé en aliment.*—*La maladie de Frédéric III.*—*Sagesse et passion.*—*Un monument à Paracelse.* — *Un savant découvre dans le Sphinx un temple consacré au Soleil.* — *Le chat-huant mutile les souris.*

NOTES pour servir à l'histoire de la Médecine au Canada

Par le Dr M.-J. AHERN, (*suite*) (a)

De Feltz reçut du roi en 1758 un brevet de naturalisation daté du 3 février de la même année. (203)

Le Sieur Péan écrivant, de Montréal, au chevalier de Lévis, le 23 juillet 1758 dit: "... mais je souffre si fort, et les mouvements que je me suis donnés depuis un mois ont si considérablement augmenté mon enflure de bras qu'il ne m'est presque plus possible de mettre d'habit.

" P. S.—Il vient d'être dans le moment décidé que je pars et ce sous quinze jours. M. de Vaudreuil s'est enfin rendu. Ce n'est pas sans peine; mais, mon bras est devenu tout enflammé en moins d'une heure de temps et gonflé jusque dans l'épaule. Je l'ai fait voir à M. de Vaudreuil qui en a été surpris et n'a pu se dispenser d'avouer que je serois fou de retarder plus longtemps; mais il m'a défendu de parler de mon départ, aussi que ce soit pour vous seul. Feltz m'a fait trembler en me disant que je courrois risque de la vie si je retardois encore. " (204)

" On a fait faire à Québec et venir en poste les batons de tentes et piquets à distribuer aux bataillons du gouvernement de Montréal. Il y a quelques années que les rames à distribuer à St-Jean furent faites à Ste-Anne, entreprise donnée au sieur X... Varin était de part; il l'étoit à tout et aux drogues fournies par Feltz, *soldat-frater* * devenu chirurgien, gagnant deux cent mille livres.

" On seroit toujours la plume à la main à décrire toutes les friponneries. *O tempora! O Mores!* "

Le Président du Bureau de la Marine écrivant le 4 septembre

a. Reproduction interdite.

203. Rapp. sur les Archives Canadiennes. — Arch. Can. en 1787, p. 86. — Reg. des Insinuations du Conseil Supérieur, de 1753 à 1758.

204. Lettres de diverses personnes au Chevalier de Lévis, p. 91, lettre XXIIè. * FRATER. — « Barbier-chirurgien ».

205. Jour. du Marquis de Montcalm, 10 mai 1758, p. 515.

1761 à M. Périchon lui dit: " qu'il peut payer trois cents livres d'émoluments à Feltz, chirurgien-major à Montréal. (206)

Madame De Feltz désirait avoir la moitié de la pension dont jouissait son mari pour les services qu'il avait rendus au roi comme chirurgien au Canada. Le 29 avril 1776 le Président du Bureau de la Marine écrit à Madame De Feltz au Luxembourg, Paris, lui disant qu'il soumettra sa demande au Bureau. (207)

De Feltz est supposé avoir laissé au docteur Pierre Jos. Compain et au Dr Landrian un secret pour guérir le cancer.

Compain avait été son élève, fut reçu médecin et après avoir pratiqué sa profession pendant quelque temps fut ordonné prêtre en 1775. (208)

De Feltz était connu sous les noms de Fels, Felx, Felts.

DONOHUE, Jean.

John Donohue, natif d'Irlande, après être venu dans le pays se fixa à Deschambault, Portneuf, où il était marchand aussi bien que médecin.

Voici copie d'un compte qu'un nommé Pierre Roderigue refusait de lui payer.

" Pierre Roderigue doit "

" 1788

" A Jean Donohue, "

" Août 26 Un remède purgatif à son Enfant, composé de

"	Séné.....1 drame	}	infusée en	£. s. d.
"	Rhubarbe..3 drames			
"	Cannelle....1 scruple			
"	Syrop rosat 1 oz.			
			eau de cicorée	o. 3. o.

206. Rap. sur les Archives Canad. — 1905, vol. I, — Ordre du Roi et dépêches, p. 322.

207. — Ibid., p. 422.

208. Roy : Hist. de la Seigneurie de Lauzon, vol. III, p. 139.

“ Août 27 1 bble de Remède contre les Vers pour appliquer

“	sur le ventre composé de	} infusé en vinaigre	£. s. d.
“	Baume		
“	Rave sauvage		o. 3. o.
“	petun		
“	et Absinthe		

“	1 bble Tisane Laxative et purgative, de		
“	Séné	}	
“	Anis		
“	Mauve		o. 5. o.
“	capillaire		
“	et sel de Glauber		

“ Août 30 1 médecine o. 2. o.

“ Août 31 1 bble de remède contre les vers, de

“	chanvre	}	
“	absinthe		
“	petun		o. 3. o.
“	bléte blanche		
“	et ail		
			£. o. 16. o.

“ pour 3 voyages de 3 lieues chaque avec ma propre voiture,

“ soign et peine o. 12. o.

“ Je certifie le compte ci-dessus véritable, (209)... £. o. 8. o.

“ Donohue ”

Dans le mois de décembre 1788 il présenta au Révérend Mr Labadye, curé de la paroisse un mémoire pour soins, médicaments et marchandises qui se montait à la somme de £ 6. 13. 1. à part les remèdes et ses soins, Donohue avait vendu au curé, des nouveautés, des souliers, des boutons, du papier, des cartes, du bœuf, des bobèches, du blé etc., etc. Il lui avait réparé sa soutane et lui avait fourni entre autres choses " une poudre pour éternuer, " de la coloquinte contre la pituite, des remèdes pour les vers, le " flux, la diarrhée, contre les vents et contre la ventosité, ainsi " que de la mercuriale sauvage, du petun et une tisane pour la " tête ".

Le curé refusa de payer obligeant ainsi le médecin d'avoir recours aux tribunaux.

Le compte fut examiné par deux médecins nommés par la cour. Voici copie de leur rapport.

" Nous soussinés après avoir Examiné Le compte ci-dessus nous " l'avons tacsé à vingt six chelins courants, à quebec 19 xbre " 1788. "

" f. Lajus

Lapparre "

DORMICOUR, Antoine.

Sur le registre de la paroisse de St-Nicolas pour 1776 on trouve le nom de " Antoine Dormicour, chirurgien, domicilié à St-Nico- " las. " (210)

DORO ARNAUD.

Chirurgien à Québec.

Voir *Dumancin Arnaud*.

DORVAL, Claude.

Voir Bouchard Claude, dit Dorval. (211)

DUBARRY, Guillaume.

Guillaume Dubarry, né en 1734 était fils de Cyprien Dubarry et de Cécile Cazeau, de Campau, diocèse de Tarbes en Bigorre, Hautes Pyrénées. (212)

Il était chirurgien à Québec où il épousa le 16 janvier 1764, *Marie Anne Berthelot*, âgée de vingt-neuf ans, fille de Charles Berthelot, marchand, et de Thérèse Roussel, fille du docteur Thimothée Roussel. (213)

Dubarry demeurait rue Sault-au-Mathelot et en 1771 Michel Amable Berthelot D'Artigny demeurait avec lui. (214)

Dubarry était présent le 26 septembre 1769 quand le docteur Soupirant enleva un polype du nez d'un marchand de Québec qui le portait depuis huit ans. (215)

DUBERGÈS, Jean Bernard.

Jean Bernard Dubergès, chirurgien, était fils de Bernard Dubergès, chirurgien, et de Jeane Marie Drouillet, de Caillaut, archidiocèse d'Auche, Gascogne.

Né en 1722, il étudia la médecine à Montpellier et vint au Canada où il pratiqua sa profession à St-Pierre, I. O. et à St-Thomas de Montmagny pendant au delà de quarante ans. Il se maria trois fois. (216). La première fois le 14 février 1746 à St-Pierre, I. O.

211. Tanguay : Dict. Généal. vol. I, p. 69.

212. Tanguay : Dict. Gén. vol III, p. 458.

213. Tanguay : Ibid. vol. II, p. 250.

214. Gazette de Québec, 7 janvier 1771 et 7 oct. 1784.

215. Gaz. de Québec, numéro 269, 5 octobre 1769.

216. Tanguay : Dict. Généal. vol. III, p. 468.

avec Madeleine Noël âgée de 20 ans, fille d'Ignace Noël et de Marie Crépos de St-Pierre. Un des témoins fut Jean Mauvide, chirurgien, de St-Jean, I. O.

L'acte de mariage est signé dans le registre.

“ D'esgly curé ”

“ de St-Pierre et St-Paul

Isle et Comté de St-Laurent. ”

Le même prêtre desservait alors les deux paroisses ; du temps de Mgr de Saint Valier (217) il desservait St-Jean, St-Pierre et St-Paul. Cette dernière paroisse est connue depuis 1679 sous le nom de Saint-Laurent qui appartenait autrefois à celle qui s'appelle St-Michel maintenant. (218). La paroisse de St-Paul est indiquée sur une carte dans l'*Hist. de la Nouvelle France* par Charlevoix.

Trois filles naquirent de ce premier mariage, la première le 16 août 1746. Les deux autres ne vécurent que quelques jours.

Madame Dubergès fut inhumée le 25 octobre 1764, à Saint-Thomas.

Après un veuvage de sept années, Dubergès convola en secondes noces à St-Laurent, I. O. le 20 octobre 1771 avec Cecile Pouliot âgée de 31 ans, fille de François Pouliot et de Marguerite Ruel du même endroit et veuve d'Antoine Goujou. (219)

Par cette femme il eut deux enfants, qui sont nés à Québec, (220).

Le 11 novembre 1784 Dubergès épousa à Québec, sa troisième femme Louise Cureux de St-Germain, âgée de 48 ans, fille de feu Louis Cureux de St-Germain et de défunte Marie Anne Laroche de Québec. (221)

217. Mgr de St-Valier : Etat présent de l'Eglise du Canada.

218. Abbé Bois : L'Ile d'Orléans, p. 82. Arch. de la paroisse de St-Laurent.

219. Tanguay : Loc. Cit. vol. VI, p. 433.

220. Sulte dans *Bullet. des Recherches Hist.* 1895 p. 41, dit à St-Thomas : c'est une erreur.

221. Tanguay : Loc. cit., vol. III, p. 210.

Le Dr Dubergès pratiqua d'abord à St-Pierre, I. O., avant 1764 il démenagea à St-Thomas. Plus tard il vint à Québec, où il est mort le 14 octobre 1792, et fut inhumé dans le cimetière des picotés aujourd'hui la rue Hamel. Son acte de sépulture est signé par le chirurgien Frs Lajus, le vicaire Michel Amiot et J. O. Plessis le curé de Québec.

Pendant deux ans (1769-1771) il pratiqua à St-Thomas avec Pierre de Sales Laterrière, qui dit que " Dubergès était d'un caractère bon et honnête doux et fort obligeant et par dessus tout, " homme d'éducation, ayant gradué à Montpellier. S'il se fut " établi en ville ses talents y auraient fait du chemin; mais " l'homme était philosophe épicurien et préféra ses plaisirs à toute " ambition. " (222)

Le 18 mai 1781 le Dr Dubergès reclama pour soins etc. du curé de St-Thomas, Mr Maisonbasse la somme de 296 livres 10 sols. Dans ce mémoire on voit :

- " Une visite la nuit, 3 livres
- " Une once quintessence d'absinthe, 12 livres
- " L'avoir visité s'il avait la fistule à l'anus, 6 livres
- " Passé la nuit auprès du curé, 9 livres
- " Séringué les oreilles 7 fois, 6 livres
- " Le 5 mars le Dr Oliva examina ce compte et le déclara correct."

Le curé présenta un compte de ce qu'il croyait devoir au Dr Dubergès pour la somme de 43 livres 12 sols, et aussi un mémoire de ce que le Dr Dubergès lui devait qui se monta à 62 livres 2 sols. (223)

DUBOIS, Jacques.

Jacques Dubois chirurgien et marchand naquit en 1645. Il

222. Laterrière : Mémoires, pp. 63-64.

223. Archives Judic. Québec.

épousa Jeanne Auber, fille de François Auber et d'Anne Fauconnier, qui avait trois ans de plus que lui et qui a été enterrée en 1687 à Batiscan. (224)

La date de ce mariage n'est pas bien certaine. Dans le Dict Gén. de Mgr Tanguay, premier volume, page 204 c'est 1675 tandis qu'à la page 14 c'est 1681 qui est donnée. Ce mariage a été enregistré à Québec ni en 1675 ni en 1681.

Trois enfants naquirent de ce mariage, tous baptisés à Québec, le premier le 15 juin 1682, le deuxième le 21 juin 1683 et le troisième en juillet 1684.

La naissance du premier enfant en 1682 indiquerait plutôt 1681 que 1675 comme la date du mariage.

Une note au bas de la page 204 dit: "Trois enfants, brûlés " dans l'incendie de la maison, sont inhumés à Montréal, le 29 " janvier 1679." En effet dans le *Registre des Baptêmes, Mariages et Sépultures* faits dans la Paroisse de Montréal, pour l'année mil six cent soixante et dix neuf et le vingt-neuvième jour de janvier de la dite année on trouve: "Led Jour et An " Ont este Enterrés les ossemens des trojs Enfans du Sr Jacques " du Bojs trouvez après le feu quy avoit consommé sa majson." Celui qui rédigea cet acte en négligeant de mentionner le nom de la mère des enfants nous empêche de savoir à quel Jacques Dubois ils appartenaient.

Dans les actes de baptême des trois enfants mentionnés plus haut le père est dit marchand et la mère est appelée une fois Jeanne Jacquette Aubié et deux fois Jeanne Aubié. Le premier avait pour parrain Jean Fauconnier un parent de la mère.

DUBOIS, Pierre Henri dit Lalancette.

Voir Lebreton Pierre Henri.