

L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS.

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,
H. HERVIEUX,

MM. A. Le SAGE,
A. MARIEN.

✉ Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XLIII

1er FEVRIER 1914

No 2

MEMOIRES

AVANTAGES ECONOMIQUES DE L'HYGIENE PUBLIQUE (1)

Par le Docteur VALIN

Professeur d'hygiène, médecin dermatologiste de
l'Hôpital Notre-Dame.

Dans ma précédente conférence (2) je vous ai démontré que l'hygiène a fait disparaître certaines maladies très meurtrières, diminue énormément les ravages occasionnés par certaines autres, épargne des centaines de mille vies à chaque nation annuellement et transforme des contrées insalubres en contrées salubres. L'hygiène moderne est donc philosophique puisqu'elle prolonge le plus grand des biens, la vie; humanitaire, puisqu'elle épargne à l'humanité des souffrances physiques et morales occasionnées par des maladies évitables; civilisatrice, puisque, en rendant salubres des contrées insalubres, elle favorise les échanges intellectuels et commerciaux entre les différents peuples du globe. Mais, prolonger la vie, la rendre plus effective en diminuant les maladies, favoriser les échanges commerciaux, tout cela a aussi une signification économique qui ne semble pas assez comprise et que je vais tâcher de mettre en relief. La santé publique, à cause de son importance

(1) Conférence à la Société Médicale de Montréal, Déc. 1913. (Fin.)

(2) Voir l'UNION MEDICALE DU CANADA, 1er Janvier 1914 (1ère partie).

sociale, nationale et économique devrait être considérée comme l'un des facteurs importants de la prospérité d'une nation. Cependant les hygiénistes de tous les pays se plaignent des faibles ressources pécuniaires que les gouvernements mettent à leur disposition. Ils réclament aussi depuis assez longtemps un Ministère de la Santé Publique, mais cette importante question n'a pas encore été prise en sérieuse considération. Cela signifie évidemment que l'on ne reconnaît pas assez l'importance de l'hygiène publique au point de vue économique.

Je me propose de mettre en évidence ce côté économique, tous s'inclinant avec un respect quasi religieux devant l'hygiène humaine. Ne vous effrayez pas à la perspective de l'étude d'une question d'économie sociale, science qui a la réputation d'être plutôt aride; je m'empresse de vous dire que, malgré la nécessité d'employer des chiffres comparatifs pour faire ma démonstration, j'en emploierai le moins possible et d'ailleurs je crois pouvoir présenter la question d'une façon simple et claire.

AVANT-PROPOS.

Et d'abord établissons ce qu'est une *valeur*, ce qu'est en réalité ce qui s'appelle *capital*. Pour procéder sûrement demandons à un économiste la définition de ces deux termes. M. Yves Guyot nous dit, à la page 45 de son livre intitulé "Le Science économique": "Il y a deux sortes de capital: 1° *le capital subjectif* est la capacité productive de chaque individu, il est un capital fixe; 2° *le capital objectif* comprend toutes les autres utilités faisant fonction économique." Et plus loin, à la page 209, il ajoute: "L'homme est un capital fixe capable de produire des utilités exactement comme un champ, comme une machine, comme un outil quelconque; mais il peut se perfectionner lui-même. Plus il est perfectionné, plus il a de capacités d'utilités, par conséquent plus il vaut." Ainsi donc, messieurs, l'or, l'argent, et autres moyens d'échange ne constituent pas le seul capital, l'unique valeur, il y a en outre et surtout *le capital humain*. Et, ce qu'il faut mettre en évidence c'est que le capital humain est celui qui a la plus grande valeur parce qu'il est la condition nécessaire de la valeur du capital objectif au circulant. En effet, comme le dit si bien le Dr Tissié, dans son Traité de Culture physique: "L'argent n'est qu'un équivalent de la force agissante qui le produit, il ne

constitue pas cette force même." Cela est l'évidence même et cependant la plupart des hommes, comme hypnotisés par le métal circulant, ne la voient pas. Rappelons seulement deux faits qui démontrent avec plus de clarté que les paroles la vérité précédemment émise. Le premier fait c'est que les métaux, or et argent, qui constituent à notre époque le capital circulant et les principaux moyens d'échange, n'ont à peu près aucune valeur commerciale tant qu'ils sont enfouis au sein de la terre et tant qu'ils ne sont transformés en monnaie par le travail de l'homme. C'est donc ce travail de l'homme qui est la cause primordiale de toute valeur. Le deuxième fait, c'est l'anxiété générale qui règne lors de la suspension du travail, par exemple, à l'occasion d'une grève. Lorsque la grève cesse il y a un soulagement général et les journaux nous font connaître la grosse perte d'argent occasionnée par la suspension du travail d'un certain nombre de travailleurs. Cela établit d'une façon indiscutable que le travail humain est le premier capital, la première valeur, parce qu'il est la source et la condition *sine quâ non* des autres valeurs. Or, qui dit travail suppose vie et santé, car d'une part sans la vie point de travail, et d'autre part sans la santé la capacité productrice est amoindrie ou annulée. Ces prémisses indiscutables étant admises nous pouvons maintenant entrer de plein pied dans notre sujet et examiner les rapports étroits qui existent entre l'hygiène et l'économie sociale. Pour être simple et clair je divise ce sujet d'étude en trois parties : 1° les pertes économiques entraînées par la maladie ; 2° celles entraînées par la mort prématurée ; 3° le coût de la préservation comparé aux pertes.

I.

PERTES ÉCONOMIQUES ENTRAÎNÉES PAR LA MALADIE,

La maladie entraîne la suspension plus ou moins longue du travail, par conséquent une perte économique plus ou moins grande pour le travailleur et pour le producteur : le premier perd son salaire et le second le bénéfice du travail de son employé. A cela il faut ajouter les frais spéciaux entraînés par la maladie : médecins, remèdes, garde-malade, nourriture spéciale et autres encore. On ne réfléchit pas assez sur le nombre considérable de personnes qui subissent des pertes de salaire et font d'autres dépenses inutiles comme conséquence de la maladie. Pour se faire une

idée des pertes économiques entraînées par la maladie interrogeons les sociétés d'assurance mutuelle, car ces sociétés tiennent un compte exact du nombre des assistés sur un total d'adhérents. Parmi les 8 millions d'affiliés aux caisses ouvrières de secours pour maladie en Allemagne, il y eut, par exemple en 1898, plus de 3 millions de cas de maladie. Chaque maladie ayant exigé 17.7 marcs pour le traitement seulement, les caisses ont dû payer 128 millions de marcs.

Et ces huit millions d'affiliés aux caisses de secours ne représentent que le quart environ des travailleurs de l'empire. Donc, si en prenant le chiffre précédent comme base de calcul on cherche combien la maladie a dû coûter aux autres trois quarts de travailleurs, on peut évaluer à 600 millions de marcs les pertes pécuniaires occasionnées par la maladie, sans compter les pertes entraînées par le chômage.

Consultons maintenant une société locale. La Société des Artisans Canadiens-Français, qui comprenait 40,220 adhérents en 1912, a eu durant l'année 5,016 réclamations pour maladie et le montant des réclamations a été de \$148,094.81.

Mais il faut remarquer que ces chiffres ne nous font connaître que le nombre des malades réclamants et non le nombre des jours de maladie, l'argent dépensé pour le traitement, ainsi que le montant des salaires perdu et qui dépasse évidemment celui des réclamations. Mais tout de même on voit que la maladie occasionne de grandes pertes.

Le grand hygiéniste Pettenkofer a fait pour la ville de Munich des calculs qui nous donnent aussi une idée des pertes occasionnées par la maladie en même temps des avantages économiques obtenus par l'hygiène. Ainsi, Munich, avant 1877 comptait pour chaque décès 34 cas de maladie d'une durée de 20 jours.

La ville n'avait pas d'approvisionnement d'eau potable ni d'égouts. Après la réforme sanitaire qui remplaça l'eau de puits par une bonne eau et les puisards par un système d'égouts, la mortalité descendit de 33 à 24 par 1000. Ce la constituait un gain de 9 vies par 1000 habitants. Or, comme la population de la ville était de 425,000 habitants il y eut donc une épargne de 3,825 vies et de 2 millions de jours de maladie, ce qui signifie une économie de $3\frac{3}{4}$ millions de marcs.

Il est donc clair qu'à la suspension du travail et aux frais divers entraînés par la maladie correspond une perte d'argent dont

l'importance est en rapport avec le salaire perdu. Il est clair aussi que ces pertes sont considérablement diminuées par l'hygiène. Il n'est pas hasardé de dire qu'actuellement, grâce à l'hygiène scientifiquement appliquée, les $\frac{3}{4}$ des cas de maladie sont évitables. Inutile d'insister davantage sur ce point.

II.

PERTES ÉCONOMIQUES ENTRAÎNÉES PAR LA MORT PRÉMATURÉE.

On apprécie moins facilement les pertes économiques dues à la mort parce qu'elles sont moins tangibles et moins visibles que celles dues à la maladie. Cependant la vie humaine a une valeur intrinsèque bien réelle. En effet, vie signifie activité productrice, mort signifie arrêt de toute activité. Nous avons établi précédemment qu'à la suspension temporaire du travail par la maladie correspond une perte pécuniaire, il est évident alors qu'à la suspension permanente du travail à cause de la mort correspond une perte encore plus grande, qui se mesure par la somme d'argent que le travailleur aurait gagnée durant sa vie ou par la somme des utilités produites par lui. Rappelons ce que nous avons établi précédemment que le travail humain est le vrai capital, celui qui a la plus grande valeur, parce qu'il est fixe, susceptible de perfectionnement et la source du capital circulant. Donc la disparition de tout producteur d'utilités économiques quelconques signifie perte de capital.

Ce qui procure encore la valeur économique de la vie humaine c'est la compensation en argent accordée par les Cours de justice à la suite de mort ou simplement d'invalidation par accident.

Mais toutes les vies humaines n'ont pas une égale valeur. Il n'y a pas de valeur absolue de la vie humaine, elle est relative. Elle est déterminée par deux conditions: 1° la capacité productrice; 2° la grande loi de l'offre et de la demande.

La capacité productrice est surtout en rapport avec l'âge. En effet, l'homme n'a pas une égale valeur économique à toutes les périodes de sa vie, le maximum de sa valeur coïncide évidemment avec la période où il possède la plus grande puissance de travail, soit de 20 à 60 ans. Mais même aux autres époques la vie a une certaine valeur malgré qu'elle soit moins productive ou même im-

productive. Comment comprendre que l'on accorde une valeur économique à une période improductive de la vie telle que celle de l'enfance? C'est que l'enfant est un capital en puissance de développement, susceptible de perfectionnement tout comme la veine d'or ou d'argent qui git dans le sol est un capital non actuel mais potentiel. Il est préférable certes qu'il y ait de l'or ou de l'argent dans le sol même à l'état potentiel plutôt que de n'en pas avoir du tout, car potentiel signifie avenir. L'enfant est aussi l'avenir. S'il grandit et devient adulte il acquiert alors sa pleine valeur de même que l'or et l'argent acquièrent leur valeur réelle lorsqu'ils sont convertis en monnaie ou autre utilité. Si l'enfant meurt c'est une perte totale et irréparable, par conséquent plus grande que celle de l'improductivité de l'or et de l'argent gisant dans le sol sous forme de minerai brut, mais gardant toujours sa puissance de pouvoir devenir un capital productif. D'autre part, il faut considérer que si l'enfant n'est pas encore un capital productif il représente néanmoins un capital investi représenté par la somme d'argent que coûtent son élevage et son éducation. L'enfant qui meurt même peu de temps après sa naissance a déjà coûté quelque chose, par exemple: dérangements dans la santé de la mère pendant la grossesse qui ont nécessité des soins médicaux, des remèdes, suspension de travail avant et après l'accouchement, frais de maladie de l'enfant, frais funéraires. Il est évident que l'enfant, quelque jeune qu'il soit, représente une certaine somme qui a été investie sur lui. S'il meurt avant d'avoir atteint l'âge de puissance productrice ce capital investi sur lui se trouve perdu complètement, tout comme le capital investi sur une maison qui brûle sans assurance contre l'incendie. Il est donc clair que l'enfant, quoiqu'improductif pendant quelque temps, représente tout de même une valeur, un capital potentiel et un capital investi. Sa perte est donc réellement une perte économique, c'est-à-dire une perte que représente un certain montant d'argent. Pour avoir une idée de la nature économique de l'enfant, quelque soit d'ailleurs le chiffre en dollars qu'on lui attribue, regardons avec quelle anxiété, vraiment belle puisqu'elle est une expression de patriotisme fervent, les Français considèrent l'affaiblissement de la natalité chez eux. Les Anglais ont aussi une idée juste de la valeur national et économique de l'enfant puisque dernièrement, à Huddersfield, le maire donnait une pièce d'or, un souverain, à toute mère lui présentant un enfant âgé d'un an. Aussi c'est avec

un sentiment d'orgueil national que les Anglais nous montrent par leurs récentes statistiques qu'ils ont sauvé de la mort 185,000 enfants, dans l'espace de 7 ans à peine, par l'amélioration des conditions hygiéniques.

Malheureusement les choses ne vont pas ainsi dans notre province où il se fait un véritable gaspillage de capital humain par notre mortalité infantile qui est excessive. On se console trop facilement ici de la mort des enfants par des considérations trop puériles. On ne réfléchit aucunement sur les pertes réelles qu'entraîne la mort d'un enfant. Que les mères se représentent toutes les pertes économiques occasionnées par la mort des enfants et l'énergie qu'elles ont dépensée dans le vide, alors elles aideront peut-être plus efficacement les hygiénistes. Qu'elles pensent que la moitié de leurs enfants s'en vont prématurément au cimetière avant d'avoir pu remettre à la famille ou à la société ce qu'ils ont coûté.

Mais à côté et parallèlement à cette question d'économie sociale il y a aussi une question nationale. L'enfant est naturellement l'avenir de la nation; c'est lui qui maintient l'homogénéité de la population et conserve les traditions nationales. Notre force à nous Canadiens-français vient plutôt du nombre. Si nous continuons à perdre la moitié de nos enfants nous nous trouverons bientôt en face d'une immigration débordante formant des groupes ethniques étrangers à nos coutumes et à nos aspirations nationales, compliquant nos problèmes sociaux et nous imposant une augmentation considérable des dépenses pour des frais d'assistance, de maladie, de cours de justice, d'asiles, de prison. Il vaudrait mieux augmenter notre population par les enfants ou descendants de ceux qui ont versé leurs sueurs et leur sang pour faire la province de Québec ce qu'elle est plutôt que de donner notre bien à des étrangers qui n'ont rien fait pour l'édification de notre patrimoine national et viennent altérer la physionomie de notre population. Il y a bien aussi l'humiliation nationale que nous devons ressentir lorsque la comparaison des statistiques nous place à côté de peuples très arriérés ou à peine civilisés et cela à cause de notre mortalité infantile trop élevée. Car la civilisation d'un peuple se juge maintenant par son état sanitaire, puisque l'état sanitaire est pris comme critérium de l'instruction et de l'esprit public d'une agglomération humaine. Ainsi donc, la réduction de notre mortalité infantile est un des problèmes les plus graves

que nous avons à résoudre si nous voulons garder pour nous le bien de nos ancêtres et si nous voulons garder la prépondérance politique.

Peut-on exprimer par des chiffres la valeur de la vie? Oui, mais seulement d'une manière relative. D'après les considérations précédentes il est évident que la valeur s'accroît progressivement avec l'âge. L'enfant, avons-nous dit, représente un capital partiel et un capital investi. A mesure que l'enfant vieillit il est de moins en moins capital potentiel puisque en s'approchant de plus en plus de l'âge adulte il se rapproche en même temps de l'âge de productivité. Le capital investi, lui, au contraire augmente, car à mesure que l'enfant grandit, il coûte plus cher à ses parents, par sa nourriture, ses vêtements, son instruction et autres frais. L'homme est à son maximum de valeur économique lorsqu'il a atteint sa plus grande capacité de production, car sa valeur économique est basée sur le montan d'argent qu'il est capable de gagner par son travail intellectuel ou physique. Cependant cette valeur basée sur la productivité n'est pas absolue mais relative à la grande loi de l'offre et de la demande. C'est-à-dire que, à puissance productive égale, les travailleurs qui sont demandés auront des salaires plus élevés que ceux qui demandent de l'ouvrage. Ainsi, là où le nombre des travailleurs excède les besoins la valeur de l'homme baisse. Exemple: aux Indes et en Chine la population est si considérable et le travail industriel si rare, que, l'offre excédant de beaucoup la demande, il s'en suit une baisse des salaires. Au contraire, là où les besoins locaux l'emportent sur le nombre des travailleurs, la valeur économique de l'homme augmente. Exemple: En Europe et surtout en Amérique du Nord, il y a une activité si intense dans l'industrie et l'agriculture que la demandé excède l'offre et il s'en suit une hausse dans les salaires. Ainsi donc la valeur économique de l'homme n'est pas absolue mais relative aux deux conditions énoncées: 1° la capacité productrice qui est en rapport avec l'âge; 2° la grande loi de l'offre et de la demande. Cela nous explique pourquoi les économistes de divers pays apprécient par des chiffres différents la valeur de la vie humaine. C'est que cette valeur n'étant pas absolue, mais relative, ne peut être égale partout. Ainsi tandis que Farr, le célèbre statisticien anglais, évalue la vie moyenne en Angleterre à seulement \$775 dollars, en Amérique elle est évaluée à 2,900 dollars. Et cela s'explique ainsi: c'est que l'Angle-

terre est un vieux pays où il y a à peu près équilibre entre l'offre et la demande. Nous en avons la preuve dans l'émigration. Au contraire, aux Etats-Unis et au Canada, l'agriculture est l'industrie sont en voie de développement, des entreprises considérables sont en voie d'exécution, cela a pour conséquence que la main-d'œuvre est plus en demande et que les salaires sont à la hausse. Il est facile de comprendre alors pourquoi un Américain vaut plus qu'un Anglais et l'Anglais plus qu'un Chinois ou un Indien.

Je vous ai dit que la valeur de la vie moyenne en Amérique est de \$2,900. Mais ce chiffre, qui ne représente que la moyenne, ne doit servir que pour des calculs généraux embrassant tous les âges ; pour les cas particuliers il faut déterminer la valeur de la vie humaine d'après l'âge qui, lui, représente la capacité de production utile à la société. Voici deux tableaux de deux économistes américains, le professeur Irving Fisher, de l'Université de Yale et M. Marshal Leighton, qui nous donnent la valeur économique de la vie à chaque âge :

<i>Professeur Fisher</i>		<i>M. Marshal Leighton</i>	
AGE	VALEUR	AGE	VALEUR
Naissance à 5 ans.....	\$1,500	Naissance à 5 ans.....	\$1,500
5 — 10 ans.....	2,300	5 — 10 ans.....	2,300
12 — 20 ans.....	2,750	10 — 15 ans.....	2,500
20 — 30 ans.....	6,250	15 — 20 ans.....	3,000
30 — 40 ans.....	6,500	20 — 25 ans.....	5,000
40 — 50 ans.....	5,250	25 — 30 ans.....	7 500
50 — 60 ans.....	4,500	30 — 35 ans.....	7,500
60 — 70 ans.....	1,500	35 — 40 ans.....	6,000
70 — 80 ans.....	750	40 — 45 ans.....	5,500
80 — 90 ans.....	300	45 — 50 ans.....	5,000
		50 — 55 ans.....	4,500
		55 — 60 ans.....	4,500
		60 — 65 ans.....	2,000
		65 — 70 ans.....	1,000

La moyenne d'après M. Fisher est de \$2,530, celle de M. Leighton est de \$5,830. Je donne la préférence à la table de M. Leighton, parce qu'elle suit de plus près la progression et la diminution dans la valeur de la vie selon l'âge et la capacité de production. S'il y a divergence quant à la moyenne des deux tables, et cela s'explique parce que l'une contient plus de chiffres que l'autre, il y a tout de même accord pour considérer que la vie humaine a une valeur à tout âge, valeur qui va en augmentant depuis la naissance jusqu'à la vieillesse. Je ferai cependant une objection à ces estimations de la valeur économique de la vie humaine telles que faites par MM. Fisher et Leighton. Ces mes-

sieurs établissent la valeur de l'homme d'après sa capacité de travail et du salaire correspondant à ce travail, soit; mais il me semble qu'il faudrait établir cette valeur non pas pour une période aussi limitée que 5 ou même 10 ans, mais pour la durée de la vie probable de cet homme. Ainsi, supposons qu'on réclame pour la vie d'un homme mort à 20 ans, il me paraît évident qu'il est juste de réclamer plus que ce qu'il vaut dans une période aussi courte que 5 ou 10 ans, puisqu'il avait devant lui une vie probable de 17 ans pendant lesquels il aurait pu produire du travail et gagner un salaire. Il est vrai de dire que la jurisprudence française et allemande accordent quelquefois cette indemnité adéquate à la valeur humaine comme je viens de l'entendre. Cela arrive dans les cas où il est proclamé que le patron exposait sciemment au danger un ouvrier ignorant.

Concluons. Il ressort clairement de ces considérations sur la maladie et la mort que toutes deux entraînent des pertes, qu'on appelle économiques parce qu'elles peuvent être représentées par des chiffres. Or, l'hygiène est capable, comme je l'ai démontré dans ma première conférence, de réduire considérablement le nombre de cas de maladie et de mort prématurée.

Donec, l'hygiène offre des avantages non seulement au point de vue humanitaire mais aussi au point de vue économique

III.

COUT DE LA PRÉSERVATION.

Mais, dira-t-on peut-être, le coût de la préservation dépasse le gain obtenu, de sorte qu'à la fin il n'y a pas d'avantage réel qui en résulte, car, celui qui pour un million dépensé n'obtient qu'un million en retour, ne s'enrichit aucunement.

En observant l'insouciance ou la parcimonie des pouvoirs publics vis-à-vis du budget de l'hygiène on est porté à croire que tel est le raisonnement que l'on se fait. Je vais démontrer au contraire que l'argent dépensé pour l'hygiène n'est pas un argent sacrifié et improductif, mais qu'il rapporte des bénéfices économiques exprimés par du 10, du 100 et parfois même du 1,000 pour 100, quand on sait tenir compte des épargnes qu'elle fait sur la maladie et la mort.

A partir de 1875, année du "Public Health Act," à 1885, les

Anglais ont sauvé 850,000 vies. Cette épargne leur a coûté 600 millions de dollars. C'est à vrai dire une forte somme. Mais il convient de lui opposer la valeur économique représentée par ces 850,000 vies conservées. En prenant comme base d'évaluation l'estimation si basse de Farr, statisticien anglais, ces 850,000 vies représentent environ l'argent dépensé. Mais il faut remarquer que, si la somme dépensée paraît très considérable, néanmoins l'Angleterre l'a récupérée dans le court espace d'une décade, tout en gardant pour les générations suivantes le bénéfice des améliorations sanitaires accomplies. C'est là un point très important qu'il ne faut pas perdre de vue. En effet, les dépenses faites pour les améliorations sanitaires d'une ville ou d'un pays ne pèsent pas seulement sur une génération en encore moins sur le budget annuel, car elles se font généralement au moyen d'un emprunt à longue échéance et la dette se répartissant ainsi sur deux à trois générations, ne coûte ainsi que quelques centins par tête de la population. Je vais rendre cela très clair par un exemple. Nous sommes à construire à Montréal un filtre qui coûtera, dit-on, un million de dollars. Il est construit avec l'argent provenant d'un emprunt à quarante ans. Nous payerons donc chaque année \$25,000 d'amortissement, qui repartis sur toute la population, n'obligent chacun à payer qu'une fraction de centin. Quel est l'homme si peu intelligent qui ne comprendra pas que cette fraction de centin constitue pour lui une sorte d'assurance contre une maladie grave, la fièvre typhoïde, qui, si elle le choisit comme victime, lui coûtera une centaine de dollars au moins, sans compter le risque de mort ou de quelque infirmité comme reliquat de la maladie. Tout le monde reconnaît les avantages des assurances. On paye une petite somme mensuelle ou annuelle, sans pour ainsi dire s'en apercevoir, et lorsque la maladie, ou l'incendie visitent le foyer on retrouve plus que la somme versée qui permet de réparer les dommages. *L'hygiène constitue une assurance véritable*, car, avec une dépense minime ou fractionnaire, puisqu'elle est répartie sur une agglomération, elle nous protège contre des maux qui nous menacent constamment. Elle constitue même une assurance plus efficace que celle contre l'incendie puisque celle-ci ne prévient pas l'incendie et n'en répare que les effets, tandis que l'hygiène prévient les maladies et leurs conséquences à la fois. Cela est bien compris par les compagnies d'assurances dont quelques-unes ont commencé à faire de l'hygiène préventive afin que

les réclamations pour maladie entament moins leurs bénéfices. Les compagnies d'assurance qui agissent ainsi sont mues par un principe purement d'affaires. Les gouvernements fédéraux, provinciaux et municipaux devraient s'inspirer de ce principe que l'argent appliqué à prévenir les pertes occasionnées par la maladie et la mort est un bon placement. Les gouvernements ne doivent pas perdre de vue que le trésor public est rempli par les contribuables et que lorsque cet argent de tout le monde est dépensé au bénéfice de tout le monde il est bien appliqué. Je vous ai dit que les dépenses faites pour l'hygiène rapportent des bénéfices parfois considérables. Pour démontrer cela examinons quelques maladies qui occasionnent des pertes économiques très lourdes et dont le coût de la préservation est relativement minime devant les résultats.

FIÈVRE TYPHOÏDE.

La statistique démontre très clairement qu'un approvisionnement d'eau pure réduit des deux tiers les cas de fièvre typhoïde. Et même, M. Hazen est d'opinion qu'avec chaque mort de fièvre typhoïde évitée par la purification de l'eau deux autres morts par maladies entériques sont également évitées. C'est ce que la statistique de la ville d'Albany prouve clairement. Mais le cas d'Albany prouve aussi que le coût de la préservation est minime comparé au gain économique produit par la filtration de l'eau.

Ainsi d'après M. Wipple la valeur économique de la filtration est de \$475,000 par année, dont au moins \$350,000 doivent être considérés comme un accroissement réel de la valeur vitale de la ville. Or, cela ne coûte qu'une bagatelle par tête. En effet, on peut considérer la filtration comme une assurance sur la vie des citoyens à environ 10 cents par tête pour chaque unité humaine conservée sur 100,000 habitants. Ainsi à Albany, où la mortalité par fièvre typhoïde a été réduite de 78 par 100,000, l'épargne de vies correspond à \$7.80 par tête; ceci, capitalisé sur la base d'une prime annuelle d'assurance sur la vie de \$17 par 1,000 représente une police d'assurance de \$460 par année pour chaque habitant.

Je vous ai fait antérieurement au sujet du filtre de Montréal un raisonnement très clair qui démontre que la somme totale des dépenses répartie sur tous les citoyens devient minime pour chacun d'eux tout en constituant une assurance contre des pertes énormes.

La ville de Pittsburg nous offre entre autres aussi un bon exemple. Cette ville offre une mortalité très élevée parce qu'elle puise son eau potable dans une rivière très polluée. Ainsi, en 1907, par exemple, la ville de Pittsburg eut 4,921 cas de fièvre typhoïde dont 622 moururent. En accordant à chaque vie la valeur de \$4,000, car la fièvre typhoïde sévit surtout sur l'âge adulte, et en ajoutant \$128 pour les frais de maladie, on obtient un total de \$694,000 comme perte économique sous forme de capital humain. Voilà la perte, voyons le coût de la préservation. La ville fait construire un filtre qui coûtera, dit-on, \$7,000,000. Grosse dépense en vérité, mais voyons les recettes. Le nombre des morts par fièvre typhoïde ayant été dans les dernières années de 400 par année, en supposant que le filtre n'en sauve que 100 vies à \$4,000 chacune — (et le chiffre 100 est excessivement bas) — il y a une épargne valant \$400,00, de sorte que le filtre sera payé en 17½ ans et ne coûtera plus rien après, la préservation devenant alors un bénéfice jusqu'au moment où le filtre aura besoin de réparation ou d'agrandissement.

LA TUBERCULOSE.

La tuberculose coûte à la Province de Québec environ \$23,635,190 par année. Les détails des calculs sont à la page 36 du Rapport de la Commission Royale de la Tuberculose. Partout où on la combat par des moyens appropriés, en Angleterre, en Allemagne, en France, aux États-Unis, elle décroît d'une façon accentuée. Mais ici elle reste au même niveau à cause de notre insouciance malgré les recommandations si précises du Rapport de la Commission Royale, qui date déjà de deux ans.

En Allemagne les résultats sont si encourageants que certains savants vont jusqu'à prédire que dans une ou deux décades cette maladie colossale sera sinon disparue au moins réduite aux proportions d'une maladie ordinaire. Sur des baits bien connus aujourd'hui on peut baser la double affirmation suivante: 1° le traitement précoce guérit les trois quarts des tuberculeux; 2° les dépenses pour réaliser cette conservation de vie est relativement minime. Le premier fait est prouvé par les statistiques des sanatoriums qui s'accordent à démontrer que si le traitement est commencé au début de la maladie la guérison a lieu 75 fois sur 100 cas. Il s'en suit que si on donnait à tous les malades les moyens

de suivre un traitement sanatorial au début de la maladie les trois quarts des tuberculeux guériraient. En accordant seulement la valeur moyenne de la vie, soit \$2,900, l'épargne économique serait énorme car les tuberculeux sont très nombreux et à un âge où la vie a le plus de valeur. Vous savez que la mortalité tuberculeuse est prononcée surtout entre 20 et 45 ans. Voyons maintenant ce que coûterait la conservation de 75 p. 100 des tuberculeux.

Le coût du traitement sanatorial ordinaire était il n'y a pas longtemps de \$1.00 par jour; il doit être aujourd'hui plus élevé à cause du renchérissement des denrées alimentaires, soit \$1.50 par jour. L'espace d'un an est très suffisant pour produire la guérison et dans une moitié des cas six mois suffisent amplement. La guérison coûtera donc par tête pour une moitié \$547.50, et seulement \$273.75 pour l'autre moitié, soit une moyenne de \$410.62.

Pour l'une ou l'autre de ces deux sommes minimales on peut donc conserver un capital humain qui produit un minimum de \$600 par an et pendant plusieurs années. En supposant même qu'on soit obligé d'aider les familles pauvres dont le chef est en traitement, l'économie réalisée reste encore énorme, puisque avec un millier de dollars on conserve une vie d'adulte qui vaut en Amérique une moyenne de \$2,900 dollars.

Il y a plus, cette vie sauvée représente plus que cette moyenne, car le chef de famille guéri ne l'est pas seulement pour un an mais pour plusieurs années, pendant lesquelles les salaires qu'il aura gagnés représenteront plusieurs fois la somme qu'aura coûté son traitement. Appliquons ces données. Dans une décade la Province de Québec a perdu 33,190 personnes par tuberculose, soit une moyenne de 3,319 par année. En prenant comme base de calcul la valeur moyenne de la vie en Amérique cette mortalité annuelle représente une perte en capital humain de \$9,625,100, sans compter le montant des salaires perdus, les frais de maladie, frais funéraires et autres. Cette perte aurait pu être diminuée des trois quarts par un traitement sanatorial précoce, c'est-à-dire réduite à \$2,406,275. Donc l'épargne de capital humain aurait été de \$7,218,875. Qu'aurait-il fallu dépenser pour obtenir cette épargne? Supposons qu'on aurait donné un traitement sanatorial précoce à ces malades, à raison de \$1.00 par tête, pendant un an, ils auraient coûté \$1,211,435.

Remarquez la différence entre la somme perdue par la mort de ces 3,319 tuberculeux, \$9,625,100 et le coût du traitement, \$1,-

211,435. Il est vrai de dire que tous n'auraient pas guéri, mais les trois quarts seulement, soit 2,491 d'entre eux. En perdant ces 2,491 personnes nous avons perdu un capital humain correspondant à \$2,221,900. Ces malades ont dû suspendre leur travail avant de mourir au moins pendant trois mois; cette suspension de travail, à raison d'un salaire minimum de \$2.00 par jour, donne une perte de \$448,380. Quant aux frais de maladie, en leur accordant \$1.00 par jour, on obtient le chiffre de \$224,190. En somme, la perte totale se chiffre par: capital humain, \$2,221,900; perte des salaires pendant trois mois, \$448,380; frais de maladie, \$224,190, total \$2,894,470.

Cette énorme perte de capital humain et d'argent aurait pu être évitée par un traitement précoce qui n'aurait coûté que \$921,310.

Certaines compagnies d'assurance ont compris que ce serait une source de bénéfices que d'empêcher la maladie de faire des ravages parmi leurs adhérents et elles ont érigé des sanatoriums pour y faire soigner leurs tuberculeux, sachant que ceux-ci leur coûtent beaucoup plus cher lorsqu'ils sont abandonnés à leur sort ou traités tardivement.

LA VARIOLE.

Voilà encore une maladie qui, non combattue, cause des pertes économiques très lourdes et dont la préservation ne coûte en réalité que peu de chose. Les épidémies de variole tuent et invalident un très grand nombre de personnes, bouleversent le commerce et cependant l'isolement des premiers cas et la vaccination, qui entraînent des frais relativement minimes, garantissent absolument contre ce fléau. Nous nous souvenons encore de l'épidémie de 1885 qui fit 5,000 victimes. Eh bien, la cause de cette terrible épidémie a été l'absence d'un hôpital d'isolement. En effet, ce fut un nommé Longley, venant de Chicago, qui, reçu à l'Hôtel-Dieu, communiqua la maladie à ses voisins, d'où elle rayonna ensuite dans toute la province. Ce que cette épidémie a coûté à la province on peut l'entrevoir par comparaison avec l'épidémie de 1871-72 qui coûta à la ville de Philadelphie 22,000,000 de dollars d'après les calculs du Docteur Lee. Ce chiffre paraît gros, mais il faut penser à toutes les pertes qu'entraîne une semblable épidémie: perte de vies utiles, perte de salaires par la maladie, frais de maladie, dépression dans les échanges commer-

ciaux, dans le trafic des chemins de fer et autres moyens de transport, assistance aux familles pauvres, frais funéraires, etc., etc. Cependant les frais de préservatin sont une bagatelle comparés à ces énormes pertes.

MORTALITÉ INFANTILE.

Notre mortalité infantile est énorme. Elle entraîne une perte économique et nationale incalculable. Cependant les dépenses pour la préservation des enfants sont assez minimes comparées aux résultats. Aussi, le professeur Budin a prouvé qu'en plein Paris, dans un été, des plus chauds, il a sauvé tous les enfants qui ont fréquenté sa "consultation," grâce simplement à des conseils éclairés et au lait pasteurisé.

Les dépenses faites pour les "Gouttes de Lait" dans une ville sont certainement bien au-dessous de la valeur du capital humain conservé.

Le Dr Chapin, de Providence, R. I., rapporte qu'une dépense de \$900 pour des gardes-malades municipales qui allaient instruire les mères, eut pour résultat de sauver 40 enfants de la mort. Elles visitèrent 235 enfants, dont plusieurs étaient très malades, mais sur ce nombre 20 seulement moururent. Or, si on accorde à chaque enfant sauvé la valeur extrêmement minime de \$100 il y a une économie nette de \$4,000 pendant que la dépense n'a été que de \$900.

A Hauldersfield, en Angleterre, on fit de même une campagne d'instruction des mères. Je vous ai déjà dit que le maire donnait un souverain à chaque mère lui présentant un enfant âgé d'un an. La moyenne de la mortalité était de 310 enfants, elle fut réduite en 1907, à la suite de cette campagne à 212, ce qui signifie une épargne de 98 enfants par une dépense de \$2,000. Si on accorde à chaque enfant une valeur économique de \$100, soit \$9,800 pour les 98, il y a eu économie nette de \$7,800.

La mortalité infantile n'est pas toujours due à la mauvaise alimentation. La diphtérie fait mourir un certain nombre d'enfants qu'on pourrait sauver à peu de frais par une sérothérapie précoce. Je dis précoce car l'expérience des hôpitaux de Londres démontre que la mortalité est nulle si le sérum est administré le 1er jour, 5 le 2me, 11 le 3me, 15 le 4me et 20 le 5me. Si les municipalités donnaient gratuitement le sérum aux familles

pauvres on gagnerait beaucoup sur la mortalité par diphtérie.

Une expérience en ce sens a été tentée avec succès à Richmond, Virginia. Dans les quatre derniers mois de 1908 il y eut 139 cas de diphtérie dans cette ville. Le sérum fut fourni gratuitement par le bureau d'hygiène, un seul cas fut fatal parce que le médecin fut appelé trop tard.

En supposant que la mortalité aurait été ordinaire, c'est-à-dire avec une moyenne de 11 p.c., il est probable que, sans le sérum fourni gratuitement et à cause de cela administré au début de la maladie, au moins 16 parmi les 138 autres enfants seraient morts. On peut donc dire que la sérothérapie précoce, parce que gratuite, a sauvé 16 enfants. Les enfants atteints par la diphtérie sont généralement assez âgés. Fisher évalue la vie d'un enfant de 5 ans à \$1,500. Ces 16 enfants représentent donc une valeur de \$24,000, tandis que la dépense pour conserver cette valeur n'a été que d'environ \$2 par enfant, soit pour les 138 la somme de \$276.

La méningite cérébro-spinale épidémique est parfois très meurtrière. Or, nous pouvons réduire cette mortalité par le sérum anti-méningo-coccique qui, paraît-il guérit 75 p.c. des cas lorsqu'il est administré au début de la maladie. Comme pour la sérothérapie anti-diphtérique le gain sera mille fois plus élevé que la dépense.

ÉCOLES ET PENSIONNATS.

Les enfants que nous envoyons aux écoles et les adolescents que nous plaçons dans les pensionnats constituent un capital humain dont la valeur il est vrai n'est pas actuelle mais augmente en puissance progressivement jusqu'à l'âge de productivité. C'est un capital susceptible de perfectionnement mais aussi de détérioration. Dans l'état actuel l'école et le pensionnat offrent de grands dangers de détérioration et la dépense faite en vue de la prévenir par l'inspection médicale est un bon placement d'argent, car, en conservant la santé des enfants on conserve toute la valeur du capital humain. D'ailleurs, l'inspection médicale des écoles, en prévenant la maladie, rend plus productif l'argent consacré à l'instruction. Des expériences prouvent qu'une bonne ventilation assure une assistance de 25 p. c. plus grande parce qu'elle prévient plusieurs maladies dues à l'air confiné et aussi un travail plus efficace de la part des enfants. L'inspection de la bouche et la conservation des dents chez les écoliers préviennent une foule d'in-

fections de la bouche, de la gorge et des poumons qui font perdre beaucoup de temps aux élèves et courir des risques très sérieux pour leur avenir. Cette inspection est très importante puisque l'expérience prouve que 90 p.c. des écoliers ont de mauvaises dents. Quelques compagnies d'assurance allemandes ont si bien reconnu que les mauvaises dents sont la cause d'une foule de maladies et même de la mort qu'elles emploient des dentistes pour avoir soin des dents de leurs assurés, sachant qu'en agissant ainsi elles diminuent leurs dépenses et font de plus gros bénéficiaires.

Que l'on divise la dépense totale entraînée par l'inspection médicale des écoles par le nombre d'élèves, l'on constatera que chaque élève ne coûte qu'une bagatelle quand on considère les bénéfices immenses qui en résultent.

INDUSTRIE.

L'inspection médicale des milieux où l'on travaille aurait aussi pour effet une grande économie, car il se fait dans l'industrie une grande perte d'énergie productive et de vies qui sont dans leur pleine valeur. En général, le travail est trop prolongé et les conditions hygiéniques dans lesquelles il s'accomplit sont très mauvaises. Le travail trop prolongé use inutilement les forces de l'homme. Je dis inutilement, car des expériences sur le rendement économique de la journée de 8 heures ayant été faites dans plusieurs pays, en Angleterre, en Allemagne, aux Etats-Unis, prouvent que les travailleurs font réellement plus de besogne dans une journée de 8 heures que dans celle de 9 et 10 heures. Alors s'il est ainsi prouvé que les manufacturiers ont plus de bénéfice par la journée de 8 heures, pourquoi continuer à user inutilement les forces des travailleurs ?

Puis les conditions dans lesquelles s'accomplit le travail influent beaucoup sur la santé des travailleurs ainsi que sur la quantité et la qualité du travail accompli. Une des conditions les plus défavorables et cependant les plus communes c'est l'air vicié. Quand le travailleur inspire continuellement de l'air impur son énergie et sa santé diminuent. Il y a pourtant bénéfice pour le patron à fournir de l'air pur à ses employés, car, quelque soit le coût initial de l'appareil de ventilation, il se paye par la surproduction due à l'activité plus grande des travailleurs. Comme preuve je citerai deux faits bien précis. Le "United States Pension Bu-

reau" était autrefois logé dans des bâtisses séparées et non ventilées. Les absences pour cause de maladie chez les employés se chiffraient par milliers par année. Au contraire, lorsque ces employés furent installés dans une bâtisse unique et bien ventilée, les absences diminuèrent de 45 pour 100. Cela signifie: perte économique diminuée de moitié par une bonne ventilation. Quelque soit le coût de cette ventilation il sera vite remboursé par l'amélioration et la continuité du travail des employés.

L'autre fait, tout aussi probant, est le suivant: La pièce occupée par une soixantaine de femmes, travaillant pour la New-York England Telephone and Telegraph Company, à Cambridge, Mass., n'était pas ventilée pendant les longs mois de l'hiver, aussi les absences pour cause de maladie étaient fréquentes. On reconnut que c'était l'air impur qui était la cause de ces nombreux cas de maladie. Un appareil de ventilation, qui ne coûta que \$75, fut placé au commencement de l'hiver de 1907-08. Le résultat fut: 50 p. 100 de moins d'absences et un gain de \$195 dans le salaire des employés.

Il y a donc un grand avantage pour les patrons et les ouvriers à entourer le travail des conditions les plus hygiéniques possibles, car les dépenses faites dans ce but le sont pour longtemps et rendent au centuple ce qu'elles ont coûté.

Nombreuses sont déjà les corporations industrielles qui ont compris cela, mais comme il y en a encore trop qui l'ignorent ou feignent de l'ignorer il conviendrait d'établir une surveillance médicale sur les usines, ateliers et tout lieu où l'on travaille comme pour les écoles. Car, en effet, s'il est reconnu avantageux de protéger la santé de l'écolier, parce qu'il est un capital potentiel, n'est-il pas plus indiqué et avantageux de protéger le capital actif représenté par les travailleurs? Cette surveillance ne serait pas dispendieuse et donnerait des résultats économiques considérables.

La prévention des accidents dus au travail mérite aussi une sérieuse considération de la part des autorités. Le chiffre des accidents du travail est épouvantablement élevé. M. Frederick Hoffmann, statisticien de la "Prudential Insurance Company," estime à 30,000 ou 35,000 le nombre des morts par accidents de travail dans la seule année de 1908 aux Etats-Unis. D'après M. Ditman, sur les 29 à 30 millions de travailleurs des Etats-Unis environ 500,000 sont annuellement victimes des accidents du travail, les uns étant tués, les autres blessés ou invalidés. Ce nom-

bre dépasse le nombre des soldats tués ou blessés dans la dernière guerre russo-japonaise. Tous s'accordent à considérer la guerre comme une chose horrible et cependant tous sont indifférents devant la mortalité vraiment horrible et évitable due au travail.

L'amélioration de l'habitation des ouvriers constitue un des meilleurs moyens contre la tuberculose et en même temps un bon placement d'argent. Je puis à cet égard citer des preuves qui datent déjà depuis assez longtemps. Ainsi, M. Douglas Galton président du Congrès de l'Institut Sanitaire tenu à Newcastle-on-Tyne, en 1882, disait que sur les 50,000 personnes formant les 11,000 familles logées dans les habitations de la "Compagnie de Logements Perfectionnés de Londres," il y avait 1,000 décès de moins par an et que les cas de maladie étaient réduits de 20,000 à 15,000. Une réduction de 1,000 décès et de 5,000 cas de maladie cela représente une économie vraiment considérable et supérieure à l'intérêt du capital dépensé pour la construction de ces habitations hygiéniques. M. Galton estimait que la vie des habitants de ces quartiers reudus salubres serait prolongée de 10 ans et qu'à cette prolongation de vie correspondrait une économie de 116 millions de francs, soit environ \$23,200,00. (*Transactions of the Sanitary Institute of Great Britain*, t. IV, 1882-83.)

La ville de Liverpool a fait un grand effort pour l'amélioration de l'habitation des travailleurs et cela avec des avantages économiques comme résultat. Elle a fait disparaître 24,000 maisons insalubres, reconstruit des rues, ouvert des parcs, érigé des bains publics, facilité les communications, etc., etc. Le résultat a été magnifique: la tuberculose a diminué de 50 p. 100 et le nombre des débits de boisson est tombé de 264 à 96. Or, gain sur la tuberculose et sur l'alcoolisme signifie: moins de maladie, moins de chômage, moins de misère, moins d'assistance, moins de frais inutiles de toutes sortes, par conséquent épargne économique considérable.

En Amérique l'expérience a été aussi tentée, et, quoique sur une base d'affaires, elle a réussi à donner du 5 p. 100 aux actionnaires et à mettre du capital en réserve pour continuer et amplifier l'entreprise. C'est la "Washington Sanitary Housing Company" qui a obtenu ce succès lequel devrait tenter un grand nombre de financiers, qui, tout en voulant retirer un bénéfice ordinaire de leur argent se sentent en même temps animés d'un sentiment humanitaire.

Les Compagnies d'Assurance pourraient aussi réaliser des profits sur l'argent qu'elles consacraient à l'amélioration de la santé publique. M. Hiram J. Messenger, employé à la "Travelers' Insurance Company, of Hartford, prétend qu'une décroissance de 1 p. 100 seulement sur la mortalité donnerait un bénéfice de huit fois la somme dépensée. Le principe est d'ailleurs déjà reconnu et appliqué même par certaines compagnies d'assurance qui ont construit des sanatoriums pour leurs membres tuberculeux, sachant que la guérison de ces malades leur coûte moins cher que leur longue maladie.

L'ALCOOLISME.

L'alcoolisme est la source de bien des maux sociaux : la misère, la criminalité, la folie, la tuberculose, la dégénérescence familiale et sociale. Toute dépense faite pour diminuer les ravages de l'alcoolisme serait donc un bon placement rapportant du 1,000 p. 100. Le mal occasionné par l'alcoolisme est effrayant et incalculable quand on l'examine de près et en détail. Pour avoir une idée de ce que coûte une famille alcoolique à la société je citerai le Dr Lehmann, de la ville de Bonn, qui a réuni tous les documents historiques sur la descendance de Ada Juke, fille alcoolique et vagabonde, née en 1740 et morte en 1808. Sa postérité se décompose ainsi : 142 mendiants, 64 pensionnaires des dépôts de mendicité, 81 filles prostituées, 76 criminels dont 7 assassins. Cette famille a coûté à l'Etat, sous forme de secours aux indigents, d'entretien dans les asiles ou dans les prisons, de dommages quelconques, la somme fabuleuse de 7 millions de francs, soit : 1,400,000 dollars ! Je conviens qu'heureusement toutes les familles alcooliques ne coûtent pas autant à la société, cependant, le budget de l'alcoolisme est immense, sans compter la dégénérescence humaine qu'il entraîne. Toutes les nations qui ont organisé la lutte contre l'alcoolisme ont perçu en retour de leurs sacrifices d'argent de très grands avantages sociaux et économiques. Aussi dernièrement, le chancelier de l'Echiquier, en Angleterre, disait devant le Chambre des Députés, à propos d'un projet de taxe sur les débits d'alcool : " Quelques centaines de milliers de livres sterling, quelques millions même, rentrant dans les caisses du Trésor ne sauraient compenser ce que le pays perd en énergie, en capacité de produire, de créer de la richesse." Les Anglais

sont, comme vous le savez, des gens très pratiques qui ne se payent pas de mots, et vous le voyez, ils considèrent que dépenser des milliers et même des millions de livres sterling pour combattre des ravages de l'alcoolisme est un sacrifice d'argent qui assure en retour des avantages économiques considérables.

L'ASSAINISSEMENT DE CONTRÉES INSALUBRES

rapporte des bénéfices économiques incalculables. Je vous donnerai un exemple bien typique que j'emprunterai au célèbre hygiéniste Rochard. Celui-ci rapporte que 800,000 hectares de la Gascogne était inculte et presque inhabitable à cause des marais. Les quelques habitants qui y demeuraient étaient maladifs et misérables. Les travaux d'assainissement ont coûté 13 millions de francs (\$2,600,000). Aujourd'hui les landes assainies représentent une valeur de 205 millions (\$41,000,000). Autrefois personne n'aurait donné 50 francs pour l'hectare, aujourd'hui personne ne vend à 350 francs. De plus la population s'y est accrue, les maladies endémiques ont disparu, la moyenne de la vie s'est élevée de 4 années, la culture s'est développée. Je pourrais vous citer bien d'autres exemples semblables. Des pays qui autrefois étaient inaccessibles ou inhabitables aux Européens sont aujourd'hui ouverts au commerce et à la civilisation grâce aux applications de l'hygiène. Il en est ainsi de l'Algérie, de Cuba, de Panama, des Philippines, etc.

Je n'ai pas besoin d'essayer de vous démontrer que l'argent qui a été appliqué à l'amélioration hygiénique de ces pays rapporte aujourd'hui du 1000 pour 100, à cause de l'augmentation des échanges commerciaux. Là où autrefois régnaient des dangers constants pour la santé et la vie, le marasme, la misère, aujourd'hui on y voit la sécurité pour la santé des voyageurs, l'activité commerciale et le bien-être dans ces populations. Et tout cela est dû à l'Hygiène.

Messieurs, ayant entrepris cette étude non pas avec le dessein d'être complet, car pour cela il faudrait plutôt écrire un livre qu'une conférence, mais de vous faire voir simplement un côté méconnu de la grande question de l'Hygiène Publique, je conclus que celle-ci est un facteur économique très important: 1° parce

qu'elle diminue énormément les pertes économiques dues à la maladie et à la mort; 2° parce qu'elle empêche les bouleversements et dépressions du commerce dus aux maladies épidémiques; 3° parce qu'elle transforme des contrées insalubres et contrées salubres, favorisant ainsi les échanges commerciaux et intellectuels et par eux la civilisation; 4° parce qu'elle améliore les races faibles et conserve les races fortes; 5° parce que en épargnant aux hommes une foule de maux elle les rend plus heureux.

C'est ce qu'avait compris, il y a déjà assez longtemps, un grand homme d'Etat anglais, le célèbre Disraëli, qui, lors de la discussion du "Public Health Act," prononça ces mémorables paroles, lesquelles constituent la plus belle apologie de l'Hygiène Publique et une leçon aux hommes d'Etat: "La santé publique est le fondement sur lequel repose le bonheur du peuple et la puissance de l'Etat. Ayez le plus beau des royaumes, donnez-lui des citoyens intelligents et laborieux, des manufactures prospères, une agriculture productive; que les arts y fleurissent, que les architectes y couvrent le sol de temples et de palais; pour défendre tous ces biens, ayez encore la force, des armes de précision, des flottes de torpilleurs, si la population reste stationnaire, si chaque année elle diminue en stature et en vigueur, la nation devra périr. Et c'est pourquoi j'estime que le souci de la santé publique est le premier devoir d'un homme d'Etat."

INTERETS PROFESSIONNELS

SEANCES DU COMITE EXECUTIF

6 et 21 novembre 1913.

Présents: les Drs Normand, Simard, Lafleur, Boulet et Gauvreau.

Ordre du jour :

- 1°. Correspondances anglaises (Dr Lafleur).
- 2°. Affaires Eidlow et Fish.
- 3°. Correspondance Manitoba.
- 4°. Sociétés médicales.
- 5°. Referendum.
- 6°. Incident DeMartigny.

L'étude de la correspondance anglaise confiée au Docteur Lafleur par l'assemblée générale est remise à plus tard. Le registraire préparera une réponse.

Les Docteurs Eidlow et Fish, par l'entremise de leurs avocats, MM. Jacobs, Hall, Couture et Fitch, disent qu'ils sont porteurs de diplômes américains et demandent la permission d'aller devant la législature pour obtenir certains privilèges.

Le Docteur Eidlow désire obtenir notre licence en subissant les examens préliminaires et finals sans suivre les cours de la dernière année de notre curriculum.

Le Docteur Joseph E. Fish veut obtenir notre licence sous condition. L'Exécutif est unanime à répondre qu'il s'en tient à la loi médicale de Québec, et qu'il ne lui est pas loisible d'accorder pareille faveur.

La correspondance du Manitoba en date du 16 octobre 1913 est renvoyée à l'assemblée générale, attendu qu'aucune décision ne saurait être effectuée que par un règlement de l'assemblée générale. L'Exécutif est cependant d'opinion qu'il convient d'adopter le tarif uniforme de cinq piastres pour le certificat requis par nos membres pour l'admission au conseil fédéral. Quant aux autres suggestions faites par Manitoba, ces suggestions n'étant pas conformes à notre loi ni à nos règlements actuellement en vigueur, elles ne peuvent être prises en considération.

L'Exécutif autorise le registraire à écrire une lettre circulaire aux médecins pour définir les conditions d'abonnements gratuits des sociétés médicales aux revues médicales, annoncer le referendum, transmettre le bulletin de vote, et réclamer les arrérages dus à l'administration.

Au sujet des sociétés médicales l'Exécutif décrète ce qui suit :

Toute société médicale qui désire recevoir gratuitement les journaux et les revues dont le Collège peut disposer, doit, au préalable, en faire la demande au registraire, sur une formule spéciale indiquant le nombre de ses membres, le nombre des médecins habitant le district, ses jours de réunion, et s'engager aux autres obligations décrétées par le rapport du Comité permanent des sociétés médicales et de l'Exécutif.

Incident DeMartigny

A l'occasion de la démission de M. le Dr DeMartigny comme gouverneur du Collège des Médecins et Chirugiens P. Q., l'Exécutif croit opportun d'exposer les faits que voici :

Le 10 juillet 1912 le professeur Hervieux fit part à l'assemblée générale des Gouverneurs du Collège, qu'à titre de Président de l'Association des médecins de langue française d'Amérique, il devait aller inviter les médecins de langue française de France à venir tenir leur Congrès à Montréal, et pria l'assemblée générale d'adopter une résolution qui lui permit d'être à la fois porteur de créances émanant de l'Association des médecins de langue française d'Amérique et du Collège des Médecins et Chirugiens de la province de Québec.

A la même séance, M. le Dr Frs DeMartigny, devant aussi prendre part au Congrès des médecins de langue française, à Paris, demanda à l'assemblée générale de joindre son nom à celui du Professeur Hervieux.

Désireuse de faciliter la mission du Professeur Hervieux et voulant être agréable au Dr DeMartigny, l'assemblée générale adopta la résolution suivante :

“ Proposé par le Dr Asselin, secondé par le Dr Longtin, que le Collège des Médecins et Chirugiens de la province de Québec, réuni en assemblée générale le 10 juillet 1912, invite les médecins de langue française de France à venir tenir leur Congrès à Montréal, en même temps que le Congrès des médecins de langue française en Amérique et que les Drs Hervieux et DeMartigny soient chargés de transmettre l'invitation du Collège.”

La maladie grave dont le Dr Hervieux était à cette époque atteint l'empêcha de se rendre à Paris pour le Congrès des médecins de langue française. D'autres furent chargés de remplir la mission qu'il devait remplir à titre de délégué et Président de l'Association des médecins de langue française en Amérique.

Le 18 mars 1913, le Dr DeMartigny remit au registraire la relation de ses démarches pour inviter le Congrès des médecins de langue française à venir à Montréal et présenta un compte de \$425.00 pour frais de passage de Montréal à Paris et retour, honoraires, dépenses de voyage et de pension, qu'il se croyait justifiable de réclamer du Collège des Médecins et Chirugiens de la province de Québec.

Dans son rapport le Dr DeMartigny cite la résolution adoptée le 10 juillet 1912, mais il lui fait dire " *que les Drs Hervieux et DeMartigny soient chargés d'aller transmettre l'invitation du Collège.*" Et le Dr DeMartigny continue: " Je me suis donc embarqué le 20 septembre 1912 sur le " Tunisian," pour *aller transmettre* cette invitation officielle du Collège des médecins de langue française.

Or il n'était nullement dans l'intention de l'assemblée générale, du mois de juillet 1912, de défrayer les dépenses de délégués spéciaux pour aller transmettre l'invitation du Collège aux médecins de langue française.

Le Collège ne désirait qu'offrir un appui à l'association des médecins de langue française d'Amérique en donnant un plus fort crédit à ses délégués et en leur permettant de se servir en plus du nom du Collège des Médecins et Chirurgiens P. Q.

Et comme le Professeur Hervieux était à la fois le Président et le délégué officiel de l'Association des médecins de langue française d'Amérique, et que le Dr DeMartigny, selon qu'il l'a déclaré formellement à l'assemblée de juillet 1912, se rendit par bon plaisir, au Congrès des médecins de langue française, à Paris, l'assemblée générale n'eût pas d'objection à les charger, conjointement, de transmettre cette invitation.

Le 5 juin 1913, le registraire écrivit au Dr DeMartigny: " J'ai transmis votre compte au Président qui me l'a retourné sans approbation avec prière de le soumettre à l'assemblée générale. Est-il dans votre intention de réclamer de l'assemblée générale le paiement de ce compte, ou désirez-vous simplement vous en rapporter au jugement de l'Exécutif? Vous seriez bien aimable de me dire quelles sont vos intentions à ce sujet, *par écrit*, afin que je puisse renseigner l'Exécutif avant l'assemblée générale."

Le Dr DeMartigny répondit le 7 juin: " Je suis péniblement surpris et affecté de ce que vous m'écrivez au sujet du paiement du modique compte, pour frais de voyage et honoraires, que je vous ai fait parvenir, pour le voyage que j'ai fait en septembre dernier. *Me conformant à la résolution du Collège, je me suis rendu à Paris,* (la résolution du Collège ne disait pas " *d'aller transmettre,*" mais de " *transmettre*"), où j'ai présenté l'invitation et le vœu du C. M. et C. P. Q. au Congrès des médecins de langue française qui se tenait dans la capitale française en oc-

tobre 1912. Le règlement de cette question me paraît bien simple et j'ai le droit d'avoir bonne confiance que l'Exécutif lors de sa prochaine réunion tiendra à solder mon compte sans discussion."

C'est après la réception de cette lettre de M. le Dr DeMartigny affirmant pour la troisième fois que le Collège l'avait chargé "*d'aller transmettre*" une invitation à Paris, que l'Exécutif demanda l'opinion des avocats du Collège sur le sens à donner à la résolution adoptée au mois de juillet 1912.

Après avoir cité le texte original de la motion, MM. St-Germain, Guérin et Raymond répondent: "Nous ne croyons pas, après avoir étudié ce texte, que l'intention du Collège était de prendre en considération la question d'une délégation aux frais de votre corporation. En effet, on voit par la résolution qu'il ne s'agissait *que de transmettre une résolution*. Cette transmission pouvait s'effectuer par lettre et nous ne voyons pas que le Collège ait autorisé à ses frais un voyage de deux médecins en vue de transmettre l'invitation susdite. Dans ces conditions nous sommes forcés de répondre que le Collège n'est pas tenu de payer le compte du Dr DeMartigny."

Le Comité des Créances siégeant à Montréal, la veille de l'assemblée générale, le 8 juillet 1913, détailla le dossier de cette affaire et recommanda, dans son rapport à l'assemblée générale, le 9 juillet 1913, l'insertion au procès-verbal de la lettre relatant les démarches du Dr DeMartigny au Congrès de Paris, sans recommander le paiement de son compte.

En vertu des 12^e et 13^e règles de procédure des assemblées du bureau médical toute question, une fois décidée par le bureau ne peut être considérée ou remise sur l'ordre du jour d'une assemblée, durant la même session du bureau, qu'avec le consentement des deux tiers des membres présents.

(Cf. Règle de procédure, page 34, Règlements C. M. et C. P. Q.)

Au cours de l'après-midi du 9 juillet 1913, en vertu de cette règle de procédure, le Dr Gosselin, secondé par le Dr Lessard, propose que le rapport du Comité des créances, lu et adopté, soit reconsidéré immédiatement. L'assemblée générale vota cette motion à l'unanimité, tout comme elle adopta la motion suivante: "Proposé par le Dr Simard et secondé par le Dr Boulet: "Que le rapport du Comité des Créances soit adopté et qu'il ne comporte que la mention de la mission du Docteur DeMartigny."

Restait à décider de quelle manière serait faite cette mention de la mission du Dr DeMartigny. Le registraire déclara qu'il ne prendrait pas sur lui de rédiger cette mention, et s'appuya sur le fait qu'il avait reçu l'ordre de l'assemblée générale de n'insérer, au procès-verbal, que la copie des documents écrits, apostillés par le Président.

Le Président demanda alors au Docteur DeMartigny de rédiger cette mention et de la lui transmettre. Le Dr DeMartigny consentit, et cela parut, pour l'assemblée générale tout entière, une question réglée.

Le 10 septembre 1913 fut adressée aux médecins la copie du procès-verbal de l'assemblée de juillet. Cette copie ne comportait pas la mention de la mission du Dr DeMartigny et faisait dire à la motion Simard-Boulet: " que le comité des créances ne comporte *pas* la mention de la mission du Dr DeMartigny," alors que l'original dit: " ne comporte *que* la mention de la mission du Dr DeMartigny." Le 11 et le 12 septembre le registraire s'empressa de rétablir les textes auprès des intéressés, et comme d'habitude, avant l'adoption de ce procès-verbal, à l'assemblée de septembre, il fit la correction des erreurs qu'on lui avait signalées et dont il s'était lui-même aperçu. Nous tenons à déclarer que les démarches faites par le registraire pour rétablir les textes le plus tôt possible furent de sa propre initiative, qu'il les a faites pour remplir son devoir, d'une façon anticipée, et qu'aucun des membres du Bureau Exécutif n'est intervenu auprès de lui au sujet de ses démarches louables.

Afin de clore cet incident d'une façon définitive, il reste à préciser trois choses. 1°. L'assemblée générale avait-elle le droit de reconsidérer le rapport déjà accepté durant l'avant-midi, du comité des créances? 2°. L'assemblée générale avait-elle raison de modifier le rapport du comité des créances de façon à ne recommander que l'insertion d'une mention ou d'un résumé de la mission du Dr DeMartigny, au procès-verbal? 3°. Pourquoi l'insertion de cette mention n'a-t-elle pas été faite au procès-verbal?

1°. Nous avons déjà cité les règles 12e et 13e de nos procédures qui répondent catégoriquement et affirmativement à la première question. De nouveau la voici: " Toute question une fois décidée par le Bureau ne pourra être reconsidérée ou remise sur l'ordre du jour d'une assemblée, durant la même session du Bu-

reau, qu'avec le consentement des deux tiers des membres présents."

Or, à l'unanimité, comprenant le Dr DeMartigny qui n'a pas donné son vote contre, l'assemblée générale a adopté la motion Gosselin-Lessard proposant que le rapport du Comité des Créances, lu et adopté, soit reconsidéré. L'assemblée générale était donc dans son droit de le reconsidérer. Elle l'a légalement reconsidéré, légalement modifié, et légalement adopté de nouveau.

2° L'assemblée générale était-elle justifiable de décréter qu'il ne serait fait, au procès-verbal, qu'une mention de la mission du Dr DeMartigny ?

Assurément elle l'était, et elle l'était d'autant plus qu'elle venait, par son comité, de refuser de payer la note de voyage, et qu'elle était informée que la majeure partie de ce rapport avait déjà été publié dans les revues médicales ou ailleurs, ce qu'ignorait le comité des créances.

En outre, le rapport du Dr DeMartigny n'était pas scrupuleusement exact. Il disait que l'assemblée générale l'avait chargé "*d'aller transmettre*" un vœu aux médecins de langue française de France, alors que l'assemblée l'avait simplement chargé "*de transmettre ce vœu*. L'insertion de ce rapport, tel quel, eût assurément mis le Collège dans l'obligation de payer la note de voyage de Mⁱ le Dr DeMartigny. Elle a voulu éviter toute contestation à ce sujet

3°. Pourquoi la mention de la mission du Dr DeMartigny n'aurait-elle pas été faite au procès-verbal de l'assemblée du mois de juillet 1913 ?

Nous pourrions simplement répondre: parce que M. le Dr DeMartigny n'a pas jugé à propos de rédiger le résumé de son rapport et de le transmettre au président, comme il avait consenti à le faire à l'assemblée du juillet 1913. Mais nous ajoutons, parce qu'il n'est pas loisible au registraire, depuis 1910, de résumer aucun des rapports présentés à l'assemblée générale, et qu'il lui a été formellement ordonné, comme il convient, de ne mettre, au procès-verbal, que les documents apostillés par le Président et adoptés par l'assemblée générale.

A part les règlements du Bureau, il y a, pour nous comme pour toute autre institution, ce qu'on est convenu d'appeler *le coutumier*.

Or la coutume est établie chez nous, depuis 1909, de ne résumer aucune discussion, et de ne publier que des documents officiels, et c'est à cause de cette coutume que le président, le registraire et l'assemblée générale connaissaient, que le Président insista et que M. le Dr DeMartigny consentit à résumer lui-même son rapport pour qu'il en soit fait mention dans le procès-verbal, et dans la pensée de l'assemblée générale c'est ce résumé consenti qui devait constituer la mention de la mission. Ce résumé n'a pas été produit. Le procès-verbal n'en a pas fait mention.

L'Exécutif fait cette déclaration afin de rétablir exactement les faits que certain journaliste, d'ailleurs censuré par l'assemblée générale, a sciemment dénaturés, et considère l'incident clos.

LOUIS PHI NORMAND, *Président.*

ARTHUR SIMARD,

H. A. LAFLEUR,

ROD. BOULET,

Vice-Présidents.

JOSEPH GAUVREAU, *Régistraire.*

SOCIETES

SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Séance du 20 janvier 1914

Présidence de M. AUBRY.

Rapport de l'année 1913.

Monsieur le Président, Messieurs,

M. de Montesquieu dit quelque part, " que nous ne jugeons jamais mieux des choses que par un retour secret que nous faisons sur nous-mêmes."

Cette pensée du grand écrivain et philosophe français, résume bien, à notre sens, le but et l'utilité de ce rapport annuel, exigé d'ailleurs par les règlements de notre Société.

Faisons donc ensemble ce retour sur nous-mêmes et examinons en détail la somme de nos opérations scientifiques, afin de permettre à chacun d'établir consciencieusement la mesure de sa propre contribution au progrès du corps tout entier.

Si par hasard, quelques membres se sentaient coupables d'indifférence ou de quelques négligences, que l'année 1914 soit pour eux l'occasion et le témoin de résolutions sincères pour l'avenir.

La Société compte actuellement 190 membres actifs, exactement le même nombre que l'an dernier.

Six de nos membres sont décédés durant l'année. Ce sont MM. Cléroux, Baril, Aumont, Lachapelle, Robitaille, Bernard. Ils ont été heureusement remplacés par six nouveaux qui sont: MM. Venne, Chaussé, Ferron, Lamoureux, Dumas, De Bellefeuille.

Quatorze séances régulières ont été tenues, dont l'assistance moyenne est de 32, contre 25 l'an dernier.

Vingt-trois médecins ont fourni les vingt-huit travaux différents, présentés durant l'année. Voici cette liste d'honneur et les titres de ces travaux:

M. Décarie — Adresse inaugurale de sa présidence.

M. A. Mercier — Un cas de tricophitie.

M. O. Mercier — L'iode en chirurgie.

M. Falardeau — Constante d'Ambar, (théorie). Un cas de torticollis mental.

M. Baril — Constante d'Ambar, (partie pratique).

MM. Boulet, L. E. Fortier et LeSage — Rapport re "Docteur Tucker's Asthma cure."

M. E. St-Jacques — Traitement complémentaire du cancer par les agents bio-chimiques et physiques.

M. A. St-Pierre — Inclusion totale congénitale des trompes et des ovaires dans le ligament large. Pseudarthrose de l'humérus, Etude des causes de non-consolidation des fractures.

M. E. Latreille — Erythémie ou maladie de Vaquez (présentation de malade). Anaphylaxie et surrénalite aiguë hémorragique. Tumeur cérébrale et myélite aiguë infectieuse. Sarcôme primitif pleuro-pulmonaire.

M. Dubé — Notes cliniques touchant des malades souffrant de cardiopathies diverses.

M. L. de L. Harwood — Tumeurs périrénales (pièces anatomiques).

M. E. P. Benoit — Traitement de la fièvre typhoïde, par le phylacogène ou sérum-vaccin de Schaffer (25 observations).

M. J. E. Laberge — La variole et la vaccination.

M. E. Asselin — L'enseignement de la physiologie en Belgique et en France. Le galvanomètre à corde de Einthoven et la photographie des contractions du cœur.

M. C. St-Pierre — Un cas d'hydrocéphalie (présentation d'un malade). —

M. G. Archambault — Un cigarier qui s'inocule la syphilis au cours de son travail.

MM. Bourgeois et Panneton (en collaboration) — Corps étranger du poumon.

M. Panneton — Néoplasme de la région orbitaire droite (présentation d'un malade.)

M. H. Aubry — Les parasites du sang.

M. A. Robichon — Nouvelle technique opératoire dans les péritonites.

M. Valin — Les conquêtes de l'hygiène moderne. Les avantages économiques de l'hygiène publique.

Comme par le passé, nos relations avec les Sociétés-sœurs, les différents corps publics, les journaux, etc., ont été assez fréquentes :

A la demande de la Société Médicale de Québec, notre Société a cru devoir se joindre à cette dernière pour demander au *Conseil d'Hygiène provincial* d'obtenir du Gouvernement un salaire plus élevé aux hygiénistes experts.

M. le professeur Blakader de l'Université McGill nous a fait l'honneur d'une visite dont le but était d'obtenir de cette Société une expression d'opinion touchant les ravages causés par la drogue dite "Dr Tucker's Asthma cure."

Une résolution de cette Société fut transmise aux Commissaires de la ville de Montréal, demandant de vouloir bien mettre à l'étude la question de réorganisation des services sanitaires.

La Convention des "Gouttes de Lait" et la National Council of Women ont cru devoir nous inviter spécialement à prendre part à leur congrès.

Le Bureau médical de l'Institut Bruchési a bien voulu nous faire part dans une lettre de son secrétaire, du succès obtenu l'été dernier dans l'organisation de son premier "Post-Graduate."

L'Ordre des Gardes-malades Ville-Marie nous fit savoir qu'il croyait avoir droit à notre appui.

Notre distingué président, M. J. P. Décarie, a bien voulu se charger de représenter cette Société, au banquet offert à Sir William Osler par la Medico-chirurgical Society, au *IVe Congrès international de l'hygiène à l'école*, tenu à Buffalo, enfin au deuxième banquet annuel de la Société Médicale de Québec.

M. A. D. Aubry fut délégué au dîner médical de l'Æsculapian Society de Kingston. Enfin notre dévoué assistant secrétaire, M. H. Ethier fut chargé de nous représenter au congrès international de Londres.

Voilà, Messieurs, le résumé de nos travaux de l'année; sa lecture vous a sans doute suggéré quelques réflexions utiles. Essayons d'en résumer les principales.

Et d'abord, s'il convient de nous réjouir d'une assistance moyenne supérieure aux années précédentes, il est impossible de ne pas reconnaître qu'elle est encore tout à fait hors de proportion avec le nombre de nos membres.

Passons sur les causes déjà exposées à plusieurs reprises par mes prédécesseurs, pour ne signaler qu'un fait vraiment réconfortant: c'est que, à moins d'être complètement fermé à toute idée scientifique, aucun des absents ne saurait accuser nos séances de manquer d'intérêt.

J'en appelle aux témoignages de ceux qui ont suivi régulièrement nos séances, s'ils sont jamais retournés sans avoir élargi par quelque côté leur horizon scientifique? — Non — et, en mon humble qualité de secrétaire, je suis heureux d'avoir l'occasion de le proclamer hautement, ce soir.

La grande majorité des travaux qui ont été produits durant l'année, non seulement ont été préparés avec beaucoup de soin; mais en outre, ils dénotent chez leurs auteurs cet enthousiasme, cette honnêteté et cette curiosité scientifiques qui ont fait le succès des sociétés similaires d'Europe et qui, nul doute, feront le nôtre.

Nous pouvons assurer ces travailleurs que leurs efforts sont appréciés à leur mérite et j'ose espérer qu'il n'est pas éloigné, le jour où ce mérite finira par s'infiltrer à travers la croûte sociale, pour recevoir, en espèces, la récompense qui lui est due.

Nous progressons donc, messieurs, — je viens de vous le démontrer — en nombre et en qualité; mais tous vous m'approuveriez en ajoutant qu'il faut continuer. Or, dans ce but, je vous

soumets en plus des mille et un moyens auxquels vous avez déjà songé, les deux suivants qui ont pour seul mérite d'être très simples :

Pourquoi chacun de nous ne s'engagerait-il pas à amener à chaque séance, au moins un de ses amis, choisis parmi ceux qui n'assistent jamais? — On peut toujours amener un ami au club, n'est-ce pas, quand il sait qu'on va payer les dépenses! Serait-ce possible qu'il en soit autrement quand il s'agit de la Société Médicale?....

Pourquoi en outre, chaque professeur ne se ferait-il pas un devoir à la fin de chaque année, d'insister auprès de nos jeunes confrères qui laissent l'Université, pour souvent n'y revenir jamais, sur la nécessité de faire partie des sociétés médicales de leur ville ou de leur district; de leur démontrer que c'est là le seul moyen qui, dans l'avenir, pourra les sauver de la routine, de l'indifférence sinon de l'ignorance la plus vile; de leur rappeler enfin que c'est par l'union, qu'ils protégeront leurs droits si souvent contestés, et qu'ils conserveront l'autorité nécessaire pour remplir fidèlement leur part du rôle si éminemment social de la médecine, et qui est suivant Descarte, " le perfectionnement de l'espèce humaine."

Maintenant, messieurs, — toujours suivant les règlements de notre Société — les nouveaux officiers que vous vous êtes choisis, prennent en mains, ce soir, les rênes de l'administration. Au président sortant de charge, nous exprimons au nom de tous, les regrets que nous cause son départ.

Quoique ses hautes qualités administratives nous fussent déjà connues longtemps avant son entrée en fonction, nous croyons devoir lui rendre ce témoignage: qu'il a su non seulement répondre à l'attente générale, mais encore, réaliser des progrès incontestables, qui avec notre gratitude à tous, seront, nul doute, une récompense suffisante à son dévouement.

A son successeur M. A. D. Aubry, nous souhaitons la bienvenue. Sa droiture, sa longue expérience et son désir de savoir qu'il a d'ailleurs, toujours manifesté par une grande assiduité à nos séances, sont une garantie suffisante du succès. Il aura pour le seconder dans ses efforts, un aide précieux à la fois par son érudition et par une grande affabilité de caractère: j'ai nommé notre distingué vice-président, M. E. Asselin.

La nomination de le Dr H. Aubry à la position d'assistant-secrétaire, est un choix qui nous honore personnellement et dont nous tenons à féliciter la Société.

Quant à votre humble serviteur, le fait de l'avoir maintenu dans ses fonctions pour une troisième année, indique assez votre appréciation du travail qu'il s'est donné pour remplir convenablement l'ordre du jour de nos séances. Il vous remercie sincèrement.

Le secrétaire,

G. Wilfrid DEROME.

REVUE GENERALE

PATHOGENIE DU RETRECISSEMENT MITRAL PUR (1)

Cependant, frappés de ce fait indiscutable qu'un grand nombre de jeunes malades, atteints de rétrécissement mitral pur, présentent non seulement l'aspect chlorotique, mais plus souvent encore une apparence débile, chétive, avec traces de lymphatisme et fréquemment une hérédité tuberculeuse ou tout au moins suspecte, Potain (1894), Tripier (1890), P. Teissier ont pu établir que le *rétrécissement mitral pur* est une *manifestation* plus ou moins directe de la tuberculose.

Sur 35 autopsies de rétrécissement mitral pur, Potain a rencontré 12 fois la tuberculose, soit une proportion de 35 p.c., et voici d'après lui quel serait le lien entre les deux affections.

D'une part il s'agit presque toujours d'un rétrécissement mitral serré, et d'autre part, d'une tuberculose pulmonaire atténuée, et présentant dès l'origine une évolution lente. Enfin *la lésion cardiaque serait consécutive à la tuberculose du poumon* et née sous son influence. Les éléments bacillaires et les toxines tuberculeuses introduits par la circulation, iraient produire une altération lente, progressive, sur l'endocarde valvulaire où il se sont introduits. Dans ces cas, *la lésion est excessivement marginale*, c'est-à-dire qu'elle n'occupe point les facettes de Firket par lesquelles les replis valvulaires s'accolent, mais se limite seulement au bord libre: celui-ci se polit, s'indure, s'érode, et peu à peu les deux valves de la mitrale contractent des adhérences par ce bord ainsi altéré. Dès que cette union est un peu ancienne, les adhérences

(1) Echos du Cours de Pathologie Interne à Laval. Théories du prof. Potain, d'après Barié, sur quelques problèmes des maladies du cœur.

se rétractent de plus en plus et l'orifice auriculo-ventriculaire rétréci prend la forme d'un entonnoir.

Les altérations ne s'étendent point au reste des *valvules* qui conservent leur souplesse et *gardent leur aspect lisse et uni*.

Ainsi constitué, le *rétrécissement mitral pur met obstacle*, le plus souvent, *au développement de la tuberculose pulmonaire*; il a sur elle une *influence d'arrêt* remarquable, en sorte que plus tard si l'on peut suivre les malades, on note que par une sorte de travail opposé, alors que la tuberculose reste stationnaire ou subit une régression marquée, le rétrécissement mitral suit son évolution fatale vers l'asystolie ultime.

Quant à cette *influence d'arrêt* sur la maladie pulmonaire, on sait que Peter l'expliquait en disant que les affections mitrales produisant, de bonne heure, une congestion passive des deux bases pulmonaires, il en résulte un surcroît d'activité respiratoire aux deux sommets d'où la rareté est due à la congestion œdémateuse du poumon consécutive à la sténose mitrale.

Potain remarque que le rétrécissement mitral est une entrave considérable pour la petite circulation qu'il ralentit, la tension intra-pulmonaire s'élève d'où production d'hyperémie, d'œdème, d'apoplexie pulmonaires et aussi d'hémorragies bronchiques.

Ces phénomènes de stase sanguine et d'hyperémie entraînent à leur suite "la ventilation insuffisante du sang qui reste chargé d'acide carbonique," condition qui met obstacle au développement de la tuberculose. Potain fait remarquer encore que les cardiopathies accompagnées de congestion pulmonaire entravent en général l'évolution de la tuberculose, alors que celles qui engendrent l'ischémie du poumon (rétrécissement de l'artère pulmonaire, anévrysme de la crosse aortique avec compression d'une branche de l'artère pulmonaire) prédisposent à l'éclosion des lésions tuberculeuses du poumon. Quoiqu'il en soit, dans quatorze cas de rétrécissement mitral pur avec tuberculose pulmonaire, observée dans son service et suivis d'autopsie, on trouva toujours la tuberculose crétacée ou fibreuse, c'est-à-dire en voie de guérison. On remarquera encore que dans ces cas, la tuberculose présente toujours, dès l'origine, une forme atténuée et une marche lente.

Nous venons d'indiquer chemin faisant quelques-unes des conséquences pathologiques qu'entraîne à sa suite le rétrécissement mitral, il est nécessaire maintenant de les étudier d'un coup d'œil d'ensemble et d'en suivre le développement successif.

Par suite du rétrécissement, le passage du sang de l'oreillette dans le ventricule gauche, durant la diastole, se trouve notablement entravé et une faible quantité de sang pénètre dans l'aorte à chaque systole. *Dans l'enfance pendant les premières années* seulement, l'organisme, qui est en voie de formation s'accommode à cet état de choses, s'y adapte pour ainsi dire; de là l'aspect débile, infantile, et l'habitus chlorotique que présentent la plupart des jeunes sujets atteints de rétrécissement mitral pur. Mais plus tard, au moment de l'adolescence, le développement progressif du sujet réclame du cœur une suractivité sans cesse croissante qui entraîne graduellement son hypertrophie laquelle s'exerce d'abord sur l'oreillette gauche. Le rétrécissement se trouve ainsi compensé pour un certain temps. Durant ces deux périodes d'adaptation de l'organisme à la lésion, et plus tard de compensation de la lésion par l'hypertrophie auriculaire, les troubles fonctionnels restent à peu près nuls; mais la faiblesse de la musculature de l'oreillette gauche ne saurait assurer la compensation pendant une longue période, et l'hypertrophie de ses parois se complique bientôt de dilatation de sa cavité. Dès lors s'établit dans celle-ci une stase relative pour le sang qui revient du poumon par les veines pulmonaires.

Peu à peu la gêne circulatoire gagne de proche en proche, et s'étend jusqu'aux capillaires du poumon, produisant ainsi un obstacle permanent placé devant le ventricule droit, à qui à son tour s'hypertrophie. Pendant tout le temps que dure sa puissance contractile, on n'observe aucun trouble fonctionnel véritablement grave, et tout se borne à un peu d'engouement pulmonaire donnant lieu à de l'oppression surtout à l'occasion des efforts et à de la toux légère, etc. Mais cette contractilité du ventricule droit ne tarde pas elle-même à faiblir, et la dilatation de sa cavité, s'exagérant de plus en plus, produit une insuffisance tricuspidiennne avec accidents d'asystolie.

Ainsi, dans le rétrécissement mitral la compensation se trouve d'abord assurée par la dilatation hypertrophique de l'oreillette

gauche et plus tard par celle du ventricule droit. Tant qu'elles s'exercent activement, la santé du malade reste à peu près bonne, mais plus tard quand le myocarde s'affaiblit définitivement, la période troublée commence et, après une succession d'accidents multiples et sans cesse renouvelés, la maladie se termine par l'asystolie ultime.

On a remarqué avec juste raison que le rôle du ventricule gauche, qui est si considérable dans la plupart des cardiopathies organiques, se trouve réduit au minimum dans le rétrécissement mitral, car la quantité de liquide sanguin qu'il envoie dans l'aorte à chaque systole se trouve si réduite qu'il n'a besoin de développer qu'une faible action contractile; son rôle se trouve donc en somme très effacé.

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE MITRALE.

1° Au début, lorsque la maladie présente encore les caractères de l'endocardite aiguë ou subaiguë, on s'adressera aux moyens que nous avons indiqués déjà, à propos du traitement des endocardites aiguës.

2° Plus tard, lorsque l'affection, définitivement constituée, est à la *période d'état* sans que les troubles fonctionnels aient encore apparu, c'est l'*hygiène* qui constitue à elle seule presque tout le traitement: une vie calme, régulière, à l'abri autant que faire se peut, des émotions, des préoccupations, une profession n'exigeant pas d'efforts violents; l'interdiction de toute fatigue musculaire exagérée, la sobriété, l'abstention de mets indigestes, de l'alcool, du café, du thé et du tabac, résument les prescriptions auxquelles le malade devra se soumettre sans relâche.

3° Lorsque surviendront les premiers indices de la *période troublée*, l'hygiène seule sera insuffisante; on devra recourir en plus aux *calmants*, aux *sédatifs* du cœur; les *bromures alcalins*, les *valérianiques*, les *antispasmodiques*, l'*éther*, et quelquefois même un peu de *digitale*, un régime doux et quelques purgatifs suffiront le plus souvent. Mais peu à peu apparaissent ces deux grands phénomènes qui, cliniquement, traduisent surtout l'insuffisance mitrale, l'irrégularité des battements du cœur et la dimi-

nution de son énergie contractile. Le médicament par excellence c'est alors la *digitale*; " dans aucune affection cardiaque, elle ne se montre d'une efficacité plus constante que dans l'insuffisance mitrale." Nous avons vu précédemment comment la colonne sanguine que le ventricule gauche lancerait tout entière dans l'aorte pendant la systole s'il n'y avait pas insuffisance de la mitrale, reflue, par suite de celle-ci, en partie dans l'oreillette et y élève la tension, puis va repasser dans ce même ventricule pendant la diastole suivante, par l'effet de la contraction de l'oreillette distendue et hypertrophiée. La colonne sanguine décrit ainsi une sorte de *va-et-vient incessant*, de l'oreillette vers le ventricule et du ventricule vers l'oreillette, et comme la valvule mitrale devenue insuffisante cesse d'être un point d'appui au ventricule pour lui permettre de lancer et de faire progresser régulièrement le liquide sanguin dans l'aorte, le sang ne circule plus dans ce vaisseau que d'une façon mal réglée.

De plus, par suite de l'insuffisance valvulaire, si la systole ventriculaire est très lente, elle fera refluer la plus grande partie du sang vers l'oreillette et une faible portion seulement gagnera l'aorte, ce qui entrave singulièrement l'équilibre circulatoire; au contraire avec une systole brusque, la résistance au niveau de l'orifice mitral s'accroît proportionnellement à la vitesse et devient bientôt supérieure à celle de la pression aortique; il en résulte que le sang passe dans l'aorte en proportion d'autant plus considérable, que la rapidité et l'énergie de la contraction sont plus grandes. Une contraction ventriculaire énergique est donc extrêmement favorable au bon fonctionnement du cœur dans l'insuffisance mitrale. C'est pourquoi *l'usage de la digitale, y devient utile, indispensable même, aussitôt que la dilatation cardiaque atteint un certain degré, et que l'arythmie est manifeste.*

On donnera donc à cette période la digitale, ou la digitaline à petites doses, et pendant une période assez prolongée, en suspendant la médication en temps opportun pour éviter les accidents d'intolérance. On prescrirait par exemple de temps à autre: un granule de $\frac{1}{4}$ de milligramme de *digitaline cristallisée* par jour, durant deux jours consécutifs, ou encore *douze gouttes* de la solution de digitaline cristallisée au millième, de Nativelle, pendant un jour, suivies pendant les deux jours suivants de *six gouttes*, par jour de la même solution. Après une période de cessation

plus ou moins longue, cette médication pourrait être, s'il y a lieu, reprise de même façon.

Chez des malades très sensibles au médicament on pourrait, pendant deux jours, l'un vers le commencement et l'autre avant la fin de chaque semaine, donner, chacun de ces deux jours, *un* granule de digitaline cristallisée de *un dixième de milligramme* (ou cinq gouttes de la solution au millième). On continuerait ce traitement deux jours par semaine durant trois semaines environ, et après une cessation de vingt jours environ, on pourrait, s'il y a lieu, reprendre le traitement.

4° Mais cette façon de procéder, excellente pour tenir le cœur en bride pour ainsi dire, sera impuissante à la *période d'asystolie véritable*. Ici encore, c'est à la digitale ou mieux à la digitaline qu'il faut recourir, mais la façon de procéder sera tout autre (voir *Traitement de l'asystolie*).

Le malade gardera le *repos complet au lit*, puis après avoir pris une *purgation*, ou mieux un *drastique* (scammonée et jalap en poudre 0gr.30 à 0gr.50 de chaque dans un cachet, ou encore 12 à 15 grammes d'eau-de-vie allemande) pour faire une puissante dérivation intestinale, on preserira, pour le lendemain 0gr.30 à 0gr.50 de feuilles de *digitale* en *infusion* ou *mieux en macération* dans 120 à 150 grammes de véhicule, édulcoré d'un sirop diurétique: sirop des cinq racines, d'uva-ursi, etc., ou ce qui sera bien préférable, *cinquante gouttes de la solution alcoolique au millième* de *digitaline cristallisée* de Nativelle qui correspondent à *un milligramme de digitaline cristallisée*, dans un peu d'eau ou d'infusion aromatique qu'on prendra en deux fois, le matin à jeun, *pendant un jour seulement*. Cette préparation, dont, la puissance diurétique est considérable, produira dès le surindemain, une débâcle urinaire qui persistera durant plusieurs jours, et qu'on pourra réveiller encore en donnant, huit jours après la première dose, une dose nouvelle, mais plus faible de digitaline (*douze à vingt-cinq gouttes* par exemple) et pour un jour seulement.

Ce traitement, complété par le *régime lacté* durant six à huit jours en moyenne et plus tard par le *régime déchloruré* fera disparaître les œdèmes périphériques, régularisera les mouvements du cœur, et ralentira le pouls. Le malade aura traversé une crise d'asystolie et présentera pour un temps variable un retour à la santé, du moins apparent. L'action diurétique de la digitale

pourra être continuée par la *théobromine* (qui n'exige point le régime lacté), et l'action tonique et régulatrice de la médication digitalique, sera poursuivie par le *strophantus* qui ne présente point d'action accumulative, et peut être prescrit sans danger aucun, durant douze à quinze jours. Il va sans dire que les accidents secondaires de congestions viscérales des séreuses, etc., réclament leur thérapeutique habituelle, sur laquelle nous n'avons pas à insister ici.

En résumé, les effets de la digitale dans l'insuffisance mitrale seront les suivants :

a. *Du côté des vaisseaux périphériques* : 1° élévation de la tension artérielle, qui a pour effet de provoquer la diurèse, d'activer le courant circulatoire et par suite de ménager l'action du ventricule fatigué ; 2° diminution de la tension veineuse, qui favorisera la disparition des œdèmes et des stases périphériques.

b. *Du côté du cœur* : 1° exagération des forces toniques de résistance à la dilatation ; 2° accroissement d'énergie de la contraction ventriculaire. Celle-ci va augmenter en même temps, il est vrai, l'énergie du reflux vers l'oreillette et par conséquent l'intensité du souffle systolique, mais elle élèvera aussi la proportion de la masse sanguine passant dans l'aorte qui s'accroît avec l'énergie de la systole.

Cependant dans l'insuffisance mitrale, la période d'*asystolie finale* est plus précoce que dans les affections aortiques ; voici, en effet, ce qui se passe : déjà à maintes reprises, c'est-à-dire à chaque manifestation d'hyposystolie, les malades ont été soumis au traitement digitalique : cinq fois, dix fois peut-être et plus, la médication a été couronnée de succès, mais à la longue, son action s'est épuisée et il arrive un moment où la digitale est devenue impuissante. Le malade, dont les membres inférieurs sont distendus par un œdème énorme, présente le l'oligurie, et est en proie à une vive dyspnée avec cyanose, refroidissement des extrémités, stase et congestion passives vers le poumon, le foie, les reins, le cerveau ; les bruits du cœur sont faibles, tumultueux, arythmiques.

Quelquefois même, l'insuffisance mitrale en pleine asystolie se complique d'*insuffisance tricuspide*, la stase veineuse est alors considérable et la cyanose excessive; certains malades trouveront dans ce cas un soulagement évident dans une *saignée* qui produira une large déplétion sanguine, supprimera le *barrage périphérique* (PETER) qui s'opposait à l'action de la digitale, et celle-ci pourra reprendre, pour un certain temps, son action cardio-vasculaire. Cependant cette médication ne saurait s'appliquer à tous les cas, surtout si le sujet a eu déjà antérieurement plusieurs crises d'asystolie; à cette période l'action de la digitale est souvent nulle ou insuffisante et l'agent cardiaque qui possède encore un peu d'action réelle, est la *cafféine* qu'il faut prescrire au moins à la dose de 0gr,25 à 0gr,50 par jour, en cachets, en potion, ou mieux en injections hypodermiques (une à deux par jour de 0gr,25 chacune par exemple, en évitant de faire la dernière dans la soirée à cause de l'excitation nocturne qu'elle peut provoquer), dont l'action diurétique est le plus souvent assez rapide. Sous son influence, en effet, les urines redeviennent abondantes et l'infiltration périphérique diminue; en même temps le cœur peut reprendre momentanément un peu de son énergie. Ce moyen doit être encore aidé de révulsifs puissants. Cependant ce traitement rationnel qui n'a pu provoquer qu'une stimulation passagère du myocarde épuisé, ne tarde guère à se heurter aux manifestations asystoliques qui se montrent partout à la fois : le cœur altéré profondément dans son muscle cesse de répondre à toute sollicitation médicamenteuse, et le malade, devenu véritablement un *cardiaque cachectique*, succombe le plus souvent à la suite de congestion œdémateuse ou d'inflammation bâtarde du côté des poumons.

AVEZ-VOUS UNE COPIE DE CE LIVRE ?

Tout médecin qui lit notre journal devrait avoir en sa possession une copie de la liste de prix thérapeutique 1913-1914 publiée par les laboratoires de la "Abbott Alkaloidal Company," de Chicago. Ce livre est plus qu'une liste de prix. Les dimensions sont de 5 x 8; il est relié d'une façon agréable et un seul chapitre renferme plus de 100 pages de consultations cliniques. Il contient 400 pages en tout. Docteur, si vous n'avez pas reçu un exemplaire de ce livre, demandez-nous-le, nous nous ferons un plaisir de vous l'adresser par la malle *gratuitement*.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES SOUFFLES DE LA BASE DU CŒUR

1° Souffles systoliques

ORGANIQUES

1° Rétrécissement de l'artère pulmonaire :

Maximum : 2e espace intercostal gauche.

Rude, hylosystolique.

Frémissement cataire intense.

Propagation du souffle vers la clavicule gauche et s'éteint ensuite.

2° Rétrécissement aortique :

Maximum : 2e espace intercostal droit :

Assez rude, holosystolique

Frémissement cataire.

Propagation vers la clavicule et la région cervicale du côté droit.

CARDIO-PULMONAIRES

Le souffle cardio-pulmonaire de cette région (base à gauche) est :

Préfundibulaire.

Doux, fréquent.

Mésosystolique :

Pas de frémissement cataire.

Pas de propagation.

Le souffle cardio-pulmonaire de cette région (base à droite) est

Rare; même siège que le souffle organique mais plus superficiel.

Plus doux.

Pas de frémissement cataire.

Pas de propagation.

2° Souffles diastoliques

1° Insuffisance aortique :

Diastolique, commence exactement avec le 2e bruit, et se prolonge durant la diastole qu'il remplit entièrement. Peut siéger depuis la partie interne du 2e espace intercostal droit, jusque vers l'appendice xiphoïde.

Doux, aspiratif.

Début brusquement puis s'éteint progressivement.

Association avec signes artériels de l'insuffisance aortique :

Association avec signes artériels de l'insuffisance aortique :	{	Battements tumultueux
		des artères du cou, etc.
		pouls de Corrigan,
		pouls capillaire,
		double souffle crural.

Le souffle cardio-pulmonaire diastolique :

Relativement rare.

Plus bref.

Ne remplit pas exactement le grand silence.

En retard sur le début de la diastole (méso-diastolique).

Absence des "signes artériels."

2 Insuffisance de l'artère pulmonaire :

Le diagnostic différentiel avec le souffle cardio-pulmonaire diastolique n'est point à faire, car celui-ci n'existe pour ainsi dire jamais dans la région de l'artère pulmonaire ou de l'infundibulum.

B. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES SOUFFLES DE LA REGION APEXIENNE (1)

Souffle systolique de l'Insuffisance mitrale		Souffles cardio-pulmonaires systoliques de la pointe	
SIEGE	Au niveau même de la pointe du cœur.	SIEGE	<i>a</i> : Apexiens (sont méso-systoliques). <i>b</i> : Sus-apexiens (sont méso systoliques). <i>c</i> : Parapexiens (sont presque toujours systoliques comme le souffle de l'insuffisance mitrale ; ils siègent non à la pointe, mais à 1 ou 3 centimètres en dehors d'elle). <i>d</i> : Endapexiens (variété rare—sont méso-systoliques ou télésystoliques).
MOMENT	Rigoureusement systolique. (3)	MOMENT	Sont presque tous méso-systoliques). (2)
TIMBRE	Sibilant ou rude, râpeux, en jet de vapeur.	TIMBRE	Doux, voilé, aspiratif.
TONALITÉ	Haute.	TONALITÉ	Moyenne.
PROPAGATION	Vers l'aisselle gauche, l'angle inférieur de l'omoplate et même le rachis.	PROPAGATION	A pu près nulle.
FRÉMISSEMENT CATAIRE	Systolique.	FRÉMISSEMENT CATAIRE	Nul.
DURÉE	Permanente, sauf à la période asystolique où le souffle peut disparaître.	DURÉE	Mutabilité extrême. Souffles apparaissent, disparaissent et peuvent changer de rythme, de siège et de timbre pendant la durée d'un même examen.
INFLUENCE DE L'ATTITUDE DU CORPS	Quelquefois souffle plus fort dans le décubitus dorsal, mais nombreuses exceptions à ce sujet.	INFLUENCE DE L'ATTITUDE DU CORPS	Maximum d'intensité dans le décubitus dorsal ; diminution ou disparition totale dans la station debout.
INFLUENCE DES MOUVEMENTS RESPIRATOIRES	Pas appréciable.	INFLUENCE DES MOUVEMENTS RESPIRATOIRES	Leur amplitude fait disparaître le souffle qui se transforme souvent en bruit respiratoire saccadé.
TROUBLES FONCTIONNELS	Nombreux.	TROUBLES FONCTIONNELS	Nuls.

(1) La région apexienne correspond à la pointe du cœur.

(2) A cheval pour ainsi dire, sur la systole : commencent une fraction de secondes après le début de la systole pour s'évanouir avant la fin.

(3) Holosystoliques : qui durent pendant toute la durée de la systole.

DIAGNOSTIC.

A. Insuffisance aortique endocardique

Age. — Jeune âge.

Causes. — Rhumatisme articulaire aigu, fièvres éruptives.

Signes physiques. — *Souffle diastolique* presque toujours seul.
Doux, humé, aspiratif

Pas de dilatation aortique.

Pouls. — Ascension verticale, *crochet aigu* du sommet, descente presque verticale.

Double souffle intermittent crural est habituel.

Artères périphériques souvent normales.

Signes fonctionnels. — Affection longtemps latente.

Longue tolérance de l'organisme. . .

Troubles fonctionnels nuls ou tardifs.

Angine de poitrine exceptionnelle.

N'est pas accompagnée de manifestation d'artériosclérose viscérale.

Terminaisons. — Evolution lente vers l'asystolie.

Mort subite assez rare.

Nature. — C'est une *maladie du cœur*.

B. Insuffisance aortique artérielle.

Age mûr.

Syphilis, saturnisme, goutte, paludisme, artériosclérose (dyscrasies et toxémies).

Souffle diastolique souvent *accompagné d'un souffle systolique* d'aortite ou de sténose de l'orifice.

Souvent rude et râpeux.

Dilatation aortique très fréquente.

Au tracé sphygmographique: ascension non entièrement verticale avec *plateau* horizontal au sommet.

Absence habituelle du double souffle crural de Duroziez.

Artères périphériques (radiales, temporales) dures, flexueuses.

Compensation de courte durée.
Tolérance courte.

Troubles fonctionnels précoces et nombreux.

Angine de poitrine extrêmement fréquente.

Fréquence de manifestations d'artériosclérose viscérale (néphrite chronique, etc.)

Mort subite: Coronarite; angine de poitrine.

Mort rapide: Œdème aigu du poumon; embolie cérébrale.

Mort lente Accidents d'ordre urémique.

C'est une *maladie vasculaire* intéressant l'arbre artériel tout entier.

CARACTERES DIFFRENTIELS DES VARIETES D'ANGINE DE
POITRINE.

Angine de poitrine vraie.

Age. surtout *âge mûr*
Sexe. surtout les *hommes*
plus exposés à l'ar-
tériosclérose.
Accès. pas de périodicité.
Répétition des accès. éloignée, dans les
premiers temps du
moins.
Moment des accès. presque toujours
diurne, après mou-
vements brusques,
efforts, émotions.
Douleur. très violente (étai,
griffes), angoisse
inexprimable
Siège. *rétro-sternal*.
Dyspnée. nulle.
Durée des accès. quelques secondes.
Fin de l'accès. . . se termine brusque-
ment sans autres
phénomènes.
Terminaisons. . . . mort fréquente.
Intervalles des accès. bonne santé ap-
parente, avec ou
sans troubles d'ar-
tériosclérose.

Pseudo-angines de poitrine.

A tout Age.
Fréquence chez les *femmes* à cause
de leur origine névropathique fré-
quente.
Certaine périodicité.
Fréquente : 200 fois en deux ans
(Rigal).
Souvent *nocturne* (à l'heure des cri-
ses paroxystiques d'origine arthri-
tique: asthme, goutte, laryngite
striduleuse) minuit, une heure du
matin, ou après le *repas*, quand
est d'origine gastrique.
Moins violente, plutôt sensation de
poids de lourdeur, de "cœur trop
gros."
*Partie moyenne de la région précor-
diale.*
Anhélation, dyspnée légère.
Une demi-heure, une heure, et plus.
Pleurs, polyurie, éructations.
*Pronostic bénin en général, guérison
possible.*
Santé excellente ; quelquefois alter-
nance entre les accès avec certai-
nes manifestations arthritiques ou
nerveuses.

“ Un *jeune médecin* actuellement interne, désirerait s'engager
à salaire. Pour toute information,
S'adresser à M. T. VALIQUETTE, 1225, rue de St-Valier.