

# 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. DUBE,

M. A. LeSAGE,

MM. L. de L. HARWOOD,  
A. MARIEN.

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

Vol. XLV

1er AOUT 1916

No 8

## ***L'expertise psychiatrique en matière penale dans la province de Québec et plus particulière- ment dans le district judiciaire de Montréal. Etude statistique.***

Par M. le Dr Geo. VILLENEUVE,

Professeur de théorie et de clinique des maladies mentales et nerveuses à  
l'Université Laval de Montréal, surintendant médical de l'hôpital Saint-  
Jean de Dieu, membre de la société médico-psychologique de  
Paris, de la société de médecine mentale de Belgique et  
de l'association médico-psychologique américaine.

Dans sa séance du 21 mars dernier (1), la Société médicale de Montréal a émis des vœux qui incriminent l'expertise psychiatrique en matière pénale, sans qu'on ait offert un seul fait à l'appui des résolutions présentées et votées à l'improviste, en l'absence de tout avis préalable et de tout avertissement aux principaux intéressés.

C'est par ses fruits qu'on apprécie un arbre, de même que c'est par ses résultats qu'on juge un système. Ce n'est pas mon intention d'entrer aujourd'hui dans une longue description de l'organisation de l'expertise psychiatrique en matière pénale dans la province de Québec. Cela viendra plus tard, à l'occasion d'un mémoire que je prépare sur les aliénés criminels. Disons seulement qu'elle est confiée depuis un quart de siècle aux chefs de nos établissements d'aliénés, c'est-à-dire à des médecins spécialisés dans la pratique des maladies mentales et appelés, journellement, par la nature même de leurs fonctions, à résoudre les problèmes les plus ardues présentés par la psychiatrie clinique et médico-légale.

(1) Union Médicale du Canada, livraison du mois de Mai 1916, page 247.

Il me semble que, pour apprécier la valeur de cette organisation, le meilleur critérium doit consister à constater combien d'aliénés ont été recueillis après condamnation et à comparer leur nombre à celui des mises en accusation et à celui des condamnations; puis à rechercher si ce sont des individus qui étaient aliénés au moment de leur condamnation et si leur nombre constitue une erreur qui dépasse les bornes permises, dénonçant ainsi une faillite du système; ou bien si ce sont des criminels devenus aliénés après leur condamnation.

Il y a en effet une distinction importante à faire, entre l'aliéné criminel et le criminel aliéné, le premier, seul, relevant de l'expertise médicale. L'aliéné recueilli après condamnation ne concerne l'expertise médicale que pour l'incriminer, lorsque son trouble mental existait au moment de sa comparution devant ses juges.

Cette distinction a été merveilleusement bien établie par M. Lentz, dans une remarquable communication faite à l'Académie de médecine de Bruxelles, vers 1900.

“Pour qu'on puisse ranger un malade dans la catégorie des aliénés criminels, il faut que l'acte, contravention, délit ou crime dont il s'est rendu coupable soit fonction de sa folie, c'est-à-dire découle directement du dérangement de ses facultés intellectuelles et morales; il doit y avoir entre ces deux facteurs, crime et folie, une relation directe de cause à effet, ce qui, soit dit en passant, rend toujours ces malades dangereux en puissance, puisque, tant que la folie persiste, celle-ci peut toujours ramener les actes une première fois commis.

“Tels sont les seuls et véritables aliénés criminels; ce sont ceux qui, dans la nomenclature pénale répondent aux prévenus renvoyés des poursuites ou bien acquittés pour cause de folie.”

Quels sont les malades qui appartiennent à la deuxième catégorie? “Ce sont les condamnés qui, pendant qu'ils subissent leur peine, sont pris d'aliénation mentale, et ce, à une époque souvent très éloignée de leur entrée en prison. Ici disparaît complètement toute relation entre le crime et la folie; l'état criminel et l'état de folie sont deux états tout à fait étrangers l'un à l'autre; ils se bornent à coexister sans dépendre l'un de l'autre. Ce sont d'autres facteurs, des conditions subséquentes à l'emprisonnement: l'isolement cellulaire, le remords, l'onanisme, l'étiolation, etc., qui ont amené les manifestations mentales et qui en aucun cas ne se sont traduites au dehors par aucun acte criminel quelconque.”

Dans cette dernière catégorie de malades, c'est-à-dire celle des aliénés recueillis après condamnation, il faut distinguer les aliénés

méconnus et condamnés, c'est-à-dire, ceux dont le trouble mental passe inaperçu lors du procès et ne devient évident que durant l'emprisonnement. Nous ferons brièvement cette distinction plus tard, à l'occasion des détenus des pénitenciers.

Les chiffres que nous présentons aujourd'hui établissent l'extrême rareté des aliénés recueillis après condamnation, comparés au nombre total des préventions et des condamnations et démontrent le triage efficace opéré par l'expertise chez les prévenus, puisqu'elle réduit le nombre des aliénés, chez les condamnés des prisons, à un chiffre de beaucoup inférieur à celui des aliénés dans la vie ordinaire. On verra aussi l'influence néfaste exercée par la détention pénitentiaire sur les intelligences, par la longueur des sentences et la dureté du régime, à l'encontre des prisons où les sentences sont plus courtes, ne dépassant jamais deux années, et où la répression est plus douce. Quand un malfaiteur entre au pénitencier, courbé sous le poids d'une longue sentence, il peut se répéter, en franchissant le seuil, le "*lasciate qui ogni speranza*" du pont des soupirs de Venise. Faut-il s'étonner si l'intelligence sombre !

Pour établir le nombre des aliénés dans la vie ordinaire, j'aurai recours à un excellent travail de M. le Dr Chagnon (1) sur le mouvement de l'aliénation mentale au Canada.

Pour la Province de Québec, M. le Dr Chagnon donne les chiffres suivants, que je reproduis d'après ses tableaux :

Tableau indiquant la population totale des aliénés internés et non internés par 1000 de population; l'augmentation et la diminution réelle des aliénés internés et non internés, et le pourcentage des aliénés internés sur la population totale des aliénés internés ou non internés, pour la Province de Québec, calculés sur les recensements de 1871, 1881, 1891 et 1901 :

Recensement	Population	Population totale des aliénés	Proportion par 1000 de population	Augmentation proportionnelle	Augmentation réelle	Diminution réelle	Aliénés internés	Pourcentage
1871	1,191,516	3,300	2.76	0.0028	}	0.0006	,788	0.24
1881	1,359,027	2,931	2.16	0.0022			1,683	0.57
1891	1,488,535	4,550	3.05	0.0031	0.009	2,548	0.56	
1901	1,648,898	5,245	3.18	0.0032	0.001	3,025	0.57	

a Diminution.

Les tableaux qui concernent les aliénés criminels ont été divisés en deux séries, l'une qui comprend les individus enfermés dans la

(1) Les aliénés au Canada d'après les recensements officiels. Union Médicale du Canada, page 275, 1903.

prison de Montréal, réservée exclusivement au district de Montréal, et l'autre, les forçats du pénitencier de Saint-Vincent de Paul qui les reçoit de toute la province de Québec, c'est-à-dire tous les malfaiteurs condamnés à plus de deux années d'emprisonnement, par tous les tribunaux de juridiction criminelle de la province.

Dans la première série, le premier tableau est celui qui nous regarde plus particulièrement, parce qu'il concerne les tribunaux de juridiction criminelle, auxquels les médecins de l'Hôpital Saint-Jean de Dieu sont attachés par le Gouvernement comme experts d'office. Le deuxième tableau se réfère à la Cour du Recorder qui est un tribunal municipal et où l'expertise est organisée par la ville de Montréal. Un aliéniste distingué, M. le Dr E. P. Chagnon, ancien médecin de l'asile Saint-Jean de Dieu, est attaché à ce tribunal. Le troisième tableau se rapporte aux tribunaux ruraux du district. Les juges qui les président sont des magistrats d'occasion, exerçant rarement leurs fonctions et ignorant les ressources que leur offre le Code criminel pour disposer des aliénés amenés devant eux, autrement qu'en les condamnant. Le quatrième tableau est une récapitulation statistique. Chaque tableau entraînera les remarques qui lui conviennent.

Pour aujourd'hui, je me bornerai à l'étude statistique, c'est-à-dire que nous tablerons sur le nombre des aliénés recueillis après condamnation, plutôt que sur les particularités de leur état mental, l'insignifiance du nombre étant suffisamment démonstrative. La partie clinique viendra à son heure. Disons seulement qu'aucun de ces aliénés recueillis après condamnation n'avait été soumis à l'expertise et que la forte présomption est qu'un petit nombre seulement présentaient des troubles mentaux lors de leur condamnation, mais si peu marqués qu'ils ont pu échapper à la vigilance des magistrats.

#### PREMIERE SERIE

##### A

En ajoutant le chiffre des aliénés recueillis après condamnation à celui des prévenus reconnus aliénés, on obtient le chiffre de 237, qui donne la proportion de 4.42 par mille relativement au nombre des prévenus, c'est-à-dire, 1.24 par mille de plus, seulement, que celle des aliénés relativement à la population ordinaire. Les idées sur la fréquence des troubles mentaux chez les individus qui viennent en conflit avec les lois sont donc à reviser; car les proportions calculées il y a dix ans, par M. le Dr Chagnon, accuseraient une augmentation, aujourd'hui, à cause de l'accroissement constant du nombre des aliénés.

Quant à l'expertise elle-même, elle a révélé chez les prévenus le nombre que je dirais normal d'aliénés, puisque la proportion de ces aliénés relativement au nombre des prévenus est de 4.05 par mille, bien près de la proportion des aliénés relativement à la population ordinaire. Le chiffre de vingt aliénés recueillis après condamnation, ne donnant qu'une proportion de 1.41 par mille, relativement au nombre des condamnations, vient à l'appui de l'efficacité de l'expertise qui, par le triage opéré chez les prévenus, se trouve à réduire le nombre des aliénés à un chiffre bien inférieur à celui des aliénés dans la population ordinaire.

Admettant que ces vingt aliénés recueillis après condamnation fussent des aliénés méconnus et condamnés (nous établirons plus tard que ceci n'est nullement démontré), leur petit nombre, vingt par rapport à celui des prévenus, 53,580, constitue une proportion tellement réduite, qu'elle ne peut incriminer ni la vigilance des magistrats ni la compétence des experts. Je ne crois pas qu'une seule autre province de notre Confédération ni qu'un seul autre pays puisse offrir à ce sujet une statistique aussi satisfaisante.

Je puis garantir l'exactitude de ces chiffres. Depuis vingt-deux ans que je suis chargé de l'examen des prévenus et des condamnés, à la prison de Montréal, j'ai été en rapport constant avec cet établissement, j'ai souvent pris des renseignements et j'ai été fréquemment consulté par les geoliers. Durant cette période et jusqu'à ces quelques dernières années, la prison de Montréal a eu pour gouverneur monsieur C. A. Vallée. Monsieur Vallée apporta toujours un soin extrême à l'accomplissement de ses fonctions. Esprit cultivé et très averti, M. Vallée se tenait au courant de la pénologie moderne; lecteur assidu des revues de criminologie et d'anthropologie, M. Vallée avait acquis des connaissances spéciales qu'il appliquait avec une grande sûreté de jugement. M. Vallée a toujours cherché à se rendre compte de la condition de chacun des détenus confiés à sa garde. Il est difficile de croire qu'un nombre d'aliénés eussent pu échapper à sa perspicacité et au système de surveillance qu'il avait établi.

Il existe aussi une autre particularité dont il faut tenir compte, c'est que, dans tout endroit où il existe une discipline un peu sévère, les aliénés se revèlent d'eux-mêmes par leur inaptitude à s'y prêter.

Cette constatation a été faite dans les communautés religieuses où il suffit d'un détraqué pour mettre tout le couvent en l'air. Elle a aussi été faite à l'armée.

M. Chavigny, médecin militaire, en parlant de l'indiscipline, s'est exprimé dans ces termes: (1)

“Nous avons dit la puissance révélatrice de la vie militaire sur les tares mentales; combien la rigidité, l'étroitesse et la minutie du code militaire constituent une épreuve cérébrale efficace, savent hâter l'éclosion d'accidents psychopathiques en quête d'une circonstance occasionnelle et provoquer les réactions anormales symptomatiques, qui sont à la fois fonction du degré d'intensité du trouble mental et du nombre des obligations imposées. Ces obligations que l'élasticité et la tolérance relatives de la loi civile n'auraient pas su provoquer ou dont elle se serait à tout le moins accommodée, ne sauraient éclater dans le milieu militaire où tout est ordre, constance, uniformité sans heurter plus ou moins le règlement qui enserme l'expansion du soldat et s'oppose aux écarts, aux irrégularités, à mille manifestations de l'activité, et sans provoquer un conflit entre la discipline inflexible, permanente, et la volonté boiteuse, inégale et défaillante.”

Il faut donc accepter le chiffre vingt des aliénés recueillis après condamnation, auprès des tribunaux de juridiction criminelle de Montréal et mettant ce chiffre en regard du nombre total des prévenus le laisser en vedette, comme preuve de la vigilance des magistrats et de l'efficacité de l'expertise.

## B

La Cour du Recorder est un tribunal municipal qui a une double juridiction: pénale et civile. C'est-à-dire qu'il connaît les offenses contre le droit pénal et les contraventions contre les lois et les règlements de la cité. La Cour du Recorder est aussi plus spécialement chargée, par les lois provinciales, de la collocation des aliénés dangereux et des aliénés qui compromettent la tranquillité et la décence publique.

M. le Dr E. P. Chagnon, l'aliéniste bien connu, est attaché à ce tribunal comme expert.

Le travail accompli par ce tribunal est énorme ainsi que le démontre le tableau ci-dessus.

Cela ne nous empêche pas de trouver la même satisfaction dans le travail de M. le Dr Chagnon, médecin expert près ce tribunal, car, sur 184,306 prévenus, on ne trouve que 122 aliénés recueillis après condamnation, c'est-à-dire, pas même la proportion de 1 par mille. Il est intéressant aussi de constater, encore ici, que les

---

(1) Annales d'hygiène publique et de médecine légale, t. XI, 4e série, 1909, page 393.

proportions se rapprochent de la normale: 3.43 par mille pour les prévenus aliénés et 4.59 par mille pour les prévenus et condamnés aliénés sur le total des prévenus.

## C

Ce tableau n'a pas d'importance au point de vue de l'expertise. Il concerne la justice de paix de la campagne et des petites municipalités où l'on ne juge que d'occasion. On y condamne les aliénés non par méprise, mais précisément parce qu'ils sont aliénés, afin d'obtenir leur internement d'office, car on sait bien qu'à la prison les aliénés n'échappent pas à l'attention. Il suffirait à ces magistrats d'appliquer à ces aliénés les dispositions des lois provinciales concernant les aliénés dangereux, pour les interner immédiatement d'office et leur éviter des condamnations imméritées.

## D

Ce tableau donne encore des proportions instructives: 3.57 par mille pour les prévenus aliénés et 4.21 par mille pour les prévenus et condamnés réunis sous l'ensemble des prévenus. Quant au nombre des aliénés recueillis après condamnation, elle est de 0.64 par mille, c'est-à-dire bien au-dessous de la normale.

Laissons à ces chiffres le soin de donner l'éloquente leçon qu'ils comportent et signalons seulement le rapprochement des proportions des différents tableaux entr'eux et celles établies par M. le Dr Chagnon.

## DEUXIEME SERIE

## E

Dans cette série, la statistique porte sur tous les individus condamnés au pénitencier par tous les tribunaux de juridiction criminelle de la province de Québec. Ils sont dénommés forçats et sont détenus, pour la province de Québec, au pénitencier de Saint-Vincent de Paul. Chaque province est pourvue d'un établissement similaire. Celui de la province d'Ontario est situé à Kingston. Ce dernier établissement possédait, aussi, jusqu'à l'an dernier, une division où étaient colloqués tous les forçats devenus aliénés au cours de leur détention dans tous les autres pénitenciers.

C'est ici qu'il faut tenir compte de la durée de l'intervalle écoulé entre la condamnation et le transfert à la division des aliénés. La durée de cet intervalle étant une indication certaine que l'éclosion de la folie est postérieure à la condamnation et qu'il ne peut s'agir d'aliénés méconnus et condamnés. Dans l'immense majorité des cas, il s'agit donc de psychoses pénitentiaires et ni la vigilance, ni l'efficacité de l'expertise ne peuvent être mises en doute.

D'après MM. Arsimiles et Halberstadt, (1) les formes cliniques des psychoses pénitentiaires peuvent se grouper en trois grandes catégories :

"1. Psychoses de la prévention, développées sous l'influence des émotions déprimantes et comprenant les états confusionnels, stuporeux, crépusculaires, qui sont tous essentiellement aigus, voisins les uns des autres et présentant des formes de passage. Ce sont des psychoses émotionnelles dégénératives, avec parfois un appoint hystérique.

"2. Psychoses de la détention, développées sous l'influence de l'emprisonnement, surtout cellulaire, et comprenant les états délirants hallucinatoires. Ce sont des psychoses dégénératives dans l'étiologie desquelles le désir d'être mis en liberté joue un rôle déterminant (Wunschdelirium). Par l'intervention décisive de l'imagination dans le mécanisme psychologique du délire, ces psychoses pourraient être rattachées aux délires d'imagination de Dupré.

"3. Psychoses tardives de la détention qui s'observent chez les condamnés à de très longues peines, se caractérisant cliniquement par de l'affaiblissement intellectuel avec coexistence d'idées de grâce et d'innocence; elles sont en rapport avec la vie monotone et sans initiative imposée par la prison (Kraepelin) et avec la sénescence précoce (Rudin)."

Cette vue nous a été confirmée par la compulsions des dossiers et par l'examen de ceux de ces aliénés transférés à Saint-Jean de Dieu, qui nous a démontré que l'aliénation mentale n'existait lors du procès que dans une infime minorité des cas. Une particularité de la loi des pénitenciers vient à l'appui. Cette clause dit que tout forçat reconnu aliéné dans les trois premiers mois de sa détention doit être renvoyé dans la prison du district où il a été condamné, pour être placé dans un asile par les soins et aux frais des autorités provinciales, parce qu'il est alors présumé que ce malade était aliéné lors de sa condamnation.

Tout cas douteux est donc soumis à une observation suivie durant les trois premiers mois de sa détention. Or, nous ne connaissons qu'un seul forçat qui ait été transféré à l'asile dans ces conditions. Tous ces renseignements sont consignés dans le tableau E de la deuxième série.

---

(1) Archives de neurologie, juin 1914.

## F

Etant donné que les aliénés recueillis au pénitencier, après condamnation, relèvent de la folie pénitentiaire, il est évident que leur proportion relativement au nombre des condamnés ne saurait constituer un critérium de l'expertise. Nous avons pensé que nous pourrions trouver ce critérium dans les comparaisons des chiffres fournis par les deux plus grandes provinces de la Confédération. La province d'Ontario a envoyé de 1900 à 1914, 2325 forçats au pénitencier de Kingston; sur ce nombre, 292 ont été transférés à la division des aliénés, soit 12.98 par cent. Les chiffres, pour la province de Québec, pour la même période sont, respectivement, 2503 et 51, soit 2.03 par cent. Mettons cette proportion de 2.03 pour cent, en regard des 12.98 pour cent de la province d'Ontario et laissons-la démontrer, sans plus de discussion, l'efficacité de l'expertise dans la province de Québec qui révèle, avant condamnation, le plus grand nombre des aliénés.

Une considération d'une importance sociale considérable se présente ici. Alors que les condamnés dans les prisons ordinaires ne donnent qu'une proportion d'aliénés recueillis après condamnation de 2.40 par mille, cette proportion est de 2.04 par cent pour les aliénés recueillis après condamnation dans des pénitenciers, en prenant en considération le chiffre le plus favorable, celui de la province de Québec. Il est certain qu'un régime qui prélève un tel tribut sur ceux qui en sont l'objet, mérite une sérieuse révision. Les chiffres sur lesquels ces considérations s'appuient sont tirés du tableau F de la deuxième série.

*Conclusions.*—La statistique démontre que, dans la province de Québec, l'expertise médicale a toujours été traitée par le bureau du procureur-général avec la plus grande largeur de vue et la plus grande libéralité. Les tribunaux ont toujours fait preuve de vigilance. J'ajoute que jamais, à ma connaissance, on a refusé une expertise légitimement demandée. Il est douteux qu'aucune autre province ou aucun autre pays puisse offrir une statistique aussi favorable.

Avant de clore ce mémoire, je désire offrir l'expression de mon appréciation à tous ceux qui m'ont aidé dans ma tâche de médecin expert. J'ai déjà parlé de monsieur C. A. Vallée. Sa perspicacité et ses aptitudes remarquables nous ont été précieuses. M. David, le second en commandement, à la prison, s'applique avec intelligence et zèle à l'exécution des devoirs de sa charge. Son expérience, à laquelle nous avons eu souvent recours, nous a rendu de réels services.

M. le Dr Devlin m'a donné une collaboration dont je reconnais toute la valeur. Psychologue consommé, aliéniste savant, observateur très averti, expert très prudent dans ses décisions, il applique ces qualités avec une sûreté de main que lui donne une longue expérience. M. le Dr J. A. Larose, médecin interne de l'Hôpital Saint-Jean de Dieu, m'a aidé d'une façon efficace dans la compilation des tableaux.

---

o

Tableau des aliénés transférés de la prison de Montréal  
aux asiles d'aliénés.

C

Cour Supérieure—Cour de Circuit—Juge de Paix—Shérif—  
Cour martiale—Agents des Sauvages—Commissaires  
des incendies—Commissaires des pêcheries.—  
Inspecteurs des mines.

Année	Nombre de Condamnations	Nombre de condamnés transférés durant emprisonnement		
		H	F	T
1900	188	1	0	1
1901	159	1	0	1
1902	29	0	0	0
1903	51	1	0	1
1904	45	1	0	1
1905	42	1	0	1
1906	85	0	0	0
1907	59	0	0	0
1908	69	0	2	2
1909	92	0	0	0
1910	59	1	0	1
1911	37	1	0	1
1912	30	0	0	0
1913	131	0	0	0
1914	131	0	1	1
	1207	7	3	10

Tableau des aliénés transférés de la prison de Montréal  
aux asiles d'aliénés.

D

Récapitulation.

Année	Nombre d'instructions			Total mandats d'emprisonnement.	Total préve- nus trans- férés.	Total des dam- nations.	Total des condam- nés trans- férés.
	Loi pénale	Contra- ventions	Total				
1900	6163	3072	9235	3797	51	2878	6
1901	7583	3115	10698	3100	45	2626	7
1902	6795	2299	9094	3454	37	2623	8
1903	8132	3163	11295	4100	56	2980	4
1904	8991	3049	12040	4911	53	3899	5
1905	10162	3939	14101	5240	45	3985	7
1906	9811	2956	12767	5027	51	3644	11
1907	7228	4178	11406	3807	48	2524	12
1908	7348	6101	13449	5763	52	3967	16
1909	7023	6957	13980	5005	49	3415	11
1910	7300	9438	16738	5283	85	3427	17
1911	8124	10624	18748	6014	83	4642	7
1912	8556	14151	22707	6820	60	4686	15
1913	11353	16831	28184	9274	67	6533	6
1914	12461	20983	33444	8726	68	5697	21
	127030	110856	237886	80321	850	57526	153

Tableau des aliénés transférés de la prison de Montréal  
aux asiles d'aliénés.

A

Tribunaux de juridiction criminelle de Montréal.  
Banc du Roi—Sessions—Procès sommaires, etc.

Année	Nombre d'instructions.	Nombre d'expériences.	No. de prévenus transférés.			Nombre de condamnations.			No. condamnés transférés durant emprisonnement.		
			H	F	T	H	F	T	H	F	T
1900	1832	17	13	4	17	563	64	627	0	0	0
1901	2705	18	8	0	8	652	87	739	1	0	1
1902	2241	13	6	4	10	671	66	737	2	1	3
1903	2704	9	4	0	4	763	79	842	0	0	0
1904	2787	24	15	4	19	1006	34	1040	0	0	0
1905	2834	26	12	1	13	819	38	857	3	0	3
1906	3173	23	13	2	15	896	54	950	0	0	0
1907	3045	28	13	3	16	924	37	961	1	0	1
1908	3687	31	19	2	21	1467	52	1519	1	0	1
1909	3675	24	9	1	10	749	34	783	0	0	0
1910	3464	31	12	1	13	547	31	578	3	0	3
1911	3888	19	7	1	8	785	32	817	2	0	2
1912	4432	30	13	1	14	917	39	956	1	1	2
1913	6344	39	21	1	22	1227	37	1264	3	0	3
1914	6769	42	22	5	27	1429	53	1482	1	0	1
	53580	374	187	30	217	13415	757	14152	18	2	20

Tableau des aliénés transférés de la prison de Montréal  
aux asiles d'aliénés.

B

Cour du Recorder de Montréal.

Année.	Nombre d'instructions.			Expériences	No. de prévenus transférés.			No. de condamnations			No. condamnés transférés durant emprisonnement.		
	Crimes & Délits	Contra-ven-tions.	Total.		H	F	T	H	F	T	H	F	T
1900	4331	3072	7403		22	12	34	1423	640	2063	4	1	5
1901	4878	3115	7993		28	9	37	1054	674	1728	2	3	5
1902	4554	2299	6853		17	10	27	1267	590	1857	3	2	5
1903	5428	3163	8591		36	16	52	1450	637	2087	2	1	3
1904	6204	3049	9253		20	14	34	1965	849	2814	4	0	4
1905	7328	3939	11267		17	15	32	2084	1002	3086	3	0	3
1906	6638	2956	9594	116	22	14	36	1929	680	2609	3	8	11
1907	4183	4178	8361	124	18	14	32	999	505	1504	4	7	11
1908	3661	6101	9762	138	25	6	31	1808	571	2379	7	6	13
1909	3348	6957	10305	142	24	15	39	1790	750	2540	1	10	11
1910	3836	9438	13274	209	51	21	72	2058	732	2790	6	7	13
1911	4236	10624	14860	202	52	23	75	2440	799	3239	3	1	4
1912	4124	14151	18275	178	35	11	46	2943	757	3700	7	5	12
1913	5009	16831	21840	239	35	10	45	4187	951	5138	2	1	3
1914	5692	20983	26675	207	21	20	41	3364	720	4084	4	15	19
	73450	110856	184306	1555	423	210	633	30761	10857	41618	55	67	122

**Tableau des aliénés condamnés au pénitencier par les tribunaux  
de juridiction criminelle et transférés ensuite à la  
division des aliénés du pénitencier de Kingston.**

E

Condamnation.	Transfert.	Intervalle	Crime ou délit.	Tribunal.	District judiciaire.
25 nov. 98	3 jan. 00	404 jours	Vol.	Sessions p.	Québec.
13 nov. 97	3 jan. 00	781 jours	Vol effract.	Banc Reine	Montréal.
14 oct. 97	20 août 00	1040 jours	Vol effract.	Sess. paix	Montréal.
15 oct. 96	20 août 00	1039 jours	Vol effract.	Sess. paix	Montréal.
21 juin 00	24 jan. 01	217 jours	Meurtre.	Banc Reine	Montréal.
10 sept. 97	13 mars 01	1279 jours	Tentative.	Banc Reine	Montréal.
27 mars 00	13 mai 01	412 jours	Tentative.	Banc Reine	Montréal.
3 oct. 01	19 mai 02	217 jours	Vol.	Banc Roi	Montréal.
10 déc. 01	11 sept. 02	274 jours	Tentative.	Banc Roi	Montréal.
12 nov. 01	11 sept. 02	302 jours	Vol effract.	Banc Roi	Montréal.
5 avril 02	11 sept. 02	149 jours	Tentative.	Banc Roi	Montréal.
18 oct. 01	7 nov. 02	384 jours	Vol effract.	Sess. paix	Bedford.
13 déc. 00	14 juil. 03	943 jours	Vol effract.	Sess. paix	Montréal.
23 juil. 01	12 avril 04	994 jours	Vol.	Sess. paix	Montréal.
20 oct. 03	12 avril 04	175 jours	Vol.	Sess. paix	Montréal.
7 oct. 02	24 juin 04	616 jours	Vol armé.	Sess. paix	Beauharnois
15 juin 03	15 fév. 05	611 jours	Vol.	Banc Roi	Montréal.
1 déc. 04	23 juin 05	204 jours	Vol armé.	Sess. paix	Montréal.
1 déc. 95	13 déc. 05	3665 jours	Meurtre.	Banc Reine	Beauharnois
13 juin 06	9 juil. 06	26 jours	Vol effract.	Sess. paix	St-François.
26 avril 06	9 juil. 06	74 jours	Hom. inv.	Banc Roi	Québec.
31 mai 06	20 jan. 08	599 jours	Obstruc.rail	Sess. paix	Montréal.
13 juil. 00	20 jan. 08	2856 jours	Hom. inv.	Banc Reine	Montmagny
26 déc. 06	11 juin 08	543 jours	Vol et inc.	Banc Roi	Kamouraska
4 fév. 07	11 juin 08	493 jours	Vol effract.	Montréal	Montréal.
25 oct. 07	11 juin 08	230 jours	Hom. inv.	Banc Roi	Québec.
26 mai 04	11 juin 08	1112 jours	Vol effract.	Sess. paix	Montréal.
13 jan. 08	11 juin 08	150 jours	Inocenciaire	Sess. paix	Pontiac.
25 mars 09	17 juin 09	75 jours	Vol.	Sess. paix	Montréal.
26 août 09	15 oct. 09	50 jours	Comp. éva.	Sess. paix.	Bedford.
20 déc. 09	21 mars 10	91 jours	Vol.	Sess. paix	S-Hyacinthe
26 juin 05	25 mai 10	1794 jours	Tent. meur.	Banc Roi	Pontiac.
26 mai 10	26 août 10	92 jours	Vol et bris p	Sess. paix	3-Rivières.
26 août 09	9 déc. 10	470 jours	Vol effrac.	Sess. paix.	Bedford.
25 jan. 10	19 mai 11	479 jours	Viol.	Banc Roi	St-François.
27 déc. 09	19 mai 11	508 jours	Vol.	Sess. paix	Québec.
21 jan. 10	19 mai 11	483 jours	Incendiaire	Sess. paix	S-Hyacinthe
3 nov. 11	19 jan. 12	77 jours	Vol effract.	Sess. paix	Bedford.
26 oct. 11	19 jan. 12	85 jours	Vol.	Sess. paix	Montréal.
22 nov. 11	27 mai 12	187 jours	Tent tuer.	Banc Roi	Montréal.
13 mai 09	27 mai 12	1109 jours	Vol effract.	Sess. paix	Montréal.
19 jan. 12	13 août 12	207 jours	Incendiaire	Sess. paix	Bedford.
23 sept. 11	13 août 12	325 jours	Agression.	Banc Roi	Montréal.
12 avril 12	29 oct. 12	190 jours	Vol effract.	Sess. paix	Montréal.
21 mars 12	29 oct. 12	222 jours	Tentative.	Banc Roi	Montréal.
19 nov. 12	14 jan. 13	56 jours	Tentative.	Banc Roi	Montréal.
11 avril 12	14 jan. 13	278 jours	Hom. inv.	Banc Roi	Montmagny
10 jan. 11	5 mai 13	846 jours	Vol assaut.	Sess. paix	Montréal.
7 avril 10	4 août 13	1214 jours	Tent. meur.	Banc Roi	Montréal.
23 juin 13	16 nov. 13	146 jours	Vol.	Sess. paix	St-François.
18 juin 14	25 nov. 14	160 jours	Indécence.	Sess. paix	Montréal.

**Détenus admis dans les pénitenciers et transférés ensuite à la division des aliénés du pénitencier de Kingston.**

F

Année	Kingston		St-Vincent de Paul		Dorchester		Manitoba		Colombie Britannique		Alberta		Saskatchewan	
	Adm.	Tra.	Adm.	Tra.	Adm.	Tra.	Adm.	Tra.	Adm.	Tra.	Adm.	Tra.	Adm.	Tra.
1900	144	23	182	2	81	3	32	3	50	0				
1901	123	27	160	5	86	0	45	0	47	0				
1902	125	22	111	1	115	0	35	1	33	0				
1903	120	22	127	4	112	1	78	0	48	1				
1904	143	18	127	4	113	0	113	3	47	0				
1905	134	21	135	2	101	1	104	0	59	0				
1906	156	18	177	1	95	3	111	0	50	0				
1907	110	17	121	2	64	0	43	0	34	0	42	0		
1908	169	20	172	2	118	0	41	4	84	0	46	0		
1909	228	21	276	5	119	0	71	4	109	0	58	0		
1910	180	17	222	3	116	2	79	0	90	0	103	2		
1911	165	15	179	3	117	2	90	1	140	0	117	0		
1912	161	17	176	6	82	3	95	0	163	0	95	0	29	0
1813	189	11	158	8	97	3	95	0	170	0	113	0	65	0
1914	176	23	180	3	108	2	72	4	177	0	91	0	65	0
	2323	292	2503	51	1524	20	1104	20	1301	1	665	2	159	

**ERRATUM**

Dans le travail du Professeur Villeneuve, sur l'expertise médico-légale, numéro de juillet 1916, p. 314, 15ème ligne, on doit lire comme suit ..... "le titre d'expert. A la cour d'Appel de Paris, cette déclaration est faite, etc..."

## **Les hépatites infectieuses et toxiques** (1)

Par M. le Dr E. P. BENOIT,

Professeur de Clinique Médicale, médecin de l'hôpital Notre-Dame

La congestion du foie, vous le savez maintenant, est un trouble presque exclusivement circulatoire. Une irritation toxique, microbienne, ou alimentaire, venue par la veine porte, a fait agir les vaso-moteurs et déterminé l'hyperhémie; une affection du coeur ou des poumons, en forçant la valve tricuspide, a refoulé le sang veineux dans la veine cave inférieure et les veines sus-hépatiques, produisant la stase dans le foie. Le foie évidemment est gêné dans ses fonctions; il est engorgé; mais les cellules sont peu atteintes, et les troubles, tant qu'ils demeurent liés à la congestion seule, ne sont pas graves. Par contre, qu'à la congestion active succède une hépatite véritable, ou que la congestion passive se transforme en cirrhose, et tout de suite l'allure ne sera plus la même. C'est que la congestion n'atteint que les vaisseaux, tandis que l'inflammation touche aux cellules et aux tissus. L'hépatite, puisque c'est d'elle que nous allons nous occuper aujourd'hui, l'hépatite, c'est l'inflammation du tissu propre de l'organe, c'est à dire des cellules hépatiques.

La congestion peut n'être que le premier stade d'une inflammation du foie; elle peut aussi en rester là; c'est que l'irritation n'a été que fonctionnelle et sensible, ou nerveuse. Lorsque l'irritation est nutritive, qu'elle modifie l'assimilation ou la désassimilation cellulaire, c'est alors qu'apparaît l'inflammation véritable, l'hépatite.

Pour bien comprendre ce chapitre très important de clinique médicale, nous ferons, comme la dernière fois, précéder notre leçon de quelques notions de pathologie générale qui porteront, cette fois-ci, non pas sur l'hyperhémie et la stase, mais sur la nutrition cellulaire et ses altérations inflammatoires. Puis nous verrons quelle application de ces notions on peut faire à l'étude des différentes formes d'hépatites, pour en bien expliquer les causes, les lésions et les symptômes.

### I.—LES TROUBLES DE LA NUTRITION CELLULAIRE

Puisque c'est par la physiologie que l'on explique le mieux les états pathologiques, voyons d'abord comment se nourrit, comment fonctionne, je dirai histologiquement, dans son for intérieur, une

---

(1) Leçon du cours de Clinique Elémentaire donnée à l'hôpital Notre-Dame lundi, le 27 mars 1916.

cellule organique, celle du foie, par exemple. C'est Erlich qui va nous l'expliquer, et ce sont Claude et Camus qui nous aideront à résumer la question.

Toute cellule, toute molécule de matière vivante, du moins chez l'homme, possède deux choses: un noyau et un protoplasma. Le noyau est le siège des propriétés spécifiques de la matière qu'on examine. Dans la matière protoplasmique qui entoure le noyau, d'après Erlich, se trouvent des groupes qu'on peut difficilement décrire, puisqu'on ne les a jamais vus, qui sont analogues aux atomes des corps chimiques, je suppose, et qu'Erlich désigne par le nom de chaînes latérales ou récepteurs. Ce sont des groupes fonctionnels spécifiques qui peuvent: 1° fixer la matière assimilable qui leur convient; 2° élaborer cette matière 3° se détruire pendant l'acte vital de nutrition pour mettre en liberté une énergie équivalente à l'accomplissement de cet acte; 4° se régénérer pour compenser les pertes réalisées (Claude et Camus).

Pour appliquer ces notions au sujet qui nous occupe, la cellule hépatique ne peut accomplir ses diverses fonctions, c'est à dire utiliser l'azote, les graisses, les hydrocarbures, épurer le sang, aider à la digestion, collaborer avec le rein, sécréter de la bile et emmagasiner du glycogène, protéger l'organisme contre les substances nocives ou toxiques, qu'à l'aide de sa matière constituante spécifique, c'est à dire ses noyaux et ses récepteurs protoplasmiques. Il faut des cellules normales pour établir et maintenir des fonctions normales. Les cellules hépatiques, tant qu'elles demeurent normales, peuvent assimiler des éléments (matières albuminoïdes, sucre, hémoglobine des globules rouges détruits par la rate); elles peuvent élaborer ces éléments pour en faire des matières nouvelles (urée, glycogène, acides et pigments biliaires); et si elles ne se détruisent pas pendant l'acte vital, comme certaines cellules du tube digestif, elles peuvent se régénérer à un moment donné pour compenser des pertes causées par le surcroît de travail ou la maladie. Tout ceci, répétons-le, exige comme première mise en jeu, l'état physiologique, l'intégrité cellulaire.

Mais la maladie peut atteindre la cellule hépatique. Celle-ci peut être détruite, atrophiée par l'inflammation. C'est alors la dégénérescence qui entre en jeu, avec toutes ses conséquences anatomiques et fonctionnelles. Le noyau est détruit; le protoplasma avec ses récepteurs ou chaînes latérales l'est également. A la place du tissu propre de l'organe, on trouve un tissu pathologique: dégénérescence trouble, vitreuse, hydropique, grasseuse, granuleuse, etc., suivant la nature ou le degré de l'inflammation. La matière normale étant

détruite, comment la fonction pourrait-elle persister ? Le foie fonctionne mal ou il ne fonctionne plus, suivant l'étendue ou l'intensité de l'inflammation. C'est la vie mise en péril, c'est la mort souvent à brève échéance.

Aussi l'hépatite est-elle autrement grave que la congestion du foie.

## II.—LES HEPATITES INFECTIEUSES ET TOXIQUES.

L'inflammation, évidemment, n'atteint pas toujours et en premier lieu la cellule hépatique. Nous verrons, en étudiant les cirrhoses, que le tissu conjonctif peut être le premier malade. Seulement, et c'est là un fait qu'il faut noter, le foie est bien lié à la circulation, mais d'une façon spéciale, et chez lui c'est surtout la cellule qui est en évidence. Le foie est une glande très active, glande digestive, glande émonctoire et glande à sécrétion interne. Elle est placée au premier plan de l'absorption. Elle est donc, pour ces raisons multiples, la première menacée quand des substances toxiques ont été absorbées par le tube digestif ou que des toxines ont besoin d'être éliminées du sang. Les infections, les intoxications sont un danger, un grand danger pour le foie, et surtout pour la partie du foie dont l'action est immédiatement sollicitée et à la fois mise en péril, la cellule hépatique.

Tels sont les faits qu'il me reste à vous démontrer. L'hépatite est causée par les infections et les intoxications. Elle est caractérisée au point de vue anatomique par une altération de la cellule hépatique. S'il y a des degrés dans la gravité des symptômes de l'hépatite, ce n'en est pas moins une maladie toujours à craindre.

Étudions donc: 1° les causes; 2° les lésions; 3° les symptômes des hépatites infectieuses et toxiques.

### 1° *Les causes des hépatites.*

Pour que la cellule hépatique soit touchée par une inflammation, il faut que la substance irritante apportée au foie ait sur le protoplasma et le noyau de la cellule une action altérante, atrophiante, qu'elle y détermine un trouble profond de la nutrition cellulaire, une dégénérescence de la cellule. Cette altération, cette dégénérescence seront plus ou moins rapides, plus ou moins intenses, plus ou moins totales ou définitives suivant que la substance toxique, qu'elle soit d'origine chimique ou d'origine microbienne, aura été plus destructive,

plus virulente, ou qu'elle aura agi à doses massives ou à doses répétées, fractionnées. Pour le foie comme pour le rein, la variété anatomique ou clinique de l'hépatite sera, comme la variété anatomique ou clinique de la néphrite, en relation directe avec l'activité de la cause et l'intensité d'action de cette cause. Ceci s'applique non seulement à la différence qui peut exister entre la pathogénie d'une hépatite conjonctive ou d'une hépatite glandulaire, mais aussi et d'une façon très marquée aux variétés cliniques de l'hépatite glandulaire elle-même.

Prenons un exemple. Vous savez que le foie, annexe du tube digestif, ne reste jamais indifférent à l'infection éberthienne, à la fièvre typhoïde. Mais l'hépatite est bien différente suivant que l'intoxication microbienne est aiguë, sur-aiguë ou chronique. L'intoxication aiguë d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité donne une hépatite aiguë simple, un foie infectieux, avec dégénérescence cellulaire trouble; elle s'accompagne de symptômes nets, suffisamment marqués; mais la réparation est relativement facile. Une intoxication massive, due à la virulence de la fièvre typhoïde, facilitée par l'atteinte antérieure de la cellule hépatique (alcoolisme, fièvre éruptive, etc.), fait éclater l'atrophie jaune aiguë, avec le cortège nombreux et dangereux des symptômes de l'ictère grave. Tandis qu'une fièvre typhoïde légère, ou même de moyenne intensité, mais qui persiste, mais qui s'éternise, parce qu'on l'a mal soignée, parce que la résistance du sujet est faible, détermine une dégénérescence grasseuse qui n'est pas bruyante cliniquement, mais qui cristallise la cachexie et la rend définitive. Pour être calme et souvent latente, la dégénérescence grasseuse du foie, l'hépatite à forme chronique n'en a pas moins un mauvais pronostic et n'achemine pas moins sûrement la maladie vers une terminaison fatale, bien qu'éloignée.

Ce que nous venons de dire de l'hépatite dans la fièvre typhoïde, nous pourrions le répéter, avec assez d'exactitude, de presque toutes les maladies infectieuses: de la diphtérie, des fièvres éruptives, de l'erysipèle, de la pneumonie, de la tuberculose, de l'infection puerpérale, de l'infection purulente. Toutes ces maladies peuvent déterminer le foie infectieux, la dégénérescence grasseuse (qui dans certains cas même peut être aiguë) et dans les infections très virulentes l'ictère grave. Ce qu'il est bon de savoir aussi, c'est que certaines maladies infectieuses, comme la fièvre jaune, sont constamment méchantes pour le foie, tandis que d'autres, comme la tuberculose, ou la syphilis, le deviennent à un moment donné.

Le même fait se répète avec les intoxications. Le phosphore est

pour le foie une cause efficace d'atrophie aiguë, tandis que l'arsenic, l'iodoforme ou la morphine déterminent la dégénérescence graisseuse. C'est une question de dose et c'est en même temps une question d'action élective.

Enfin, il ne faudra pas oublier que les maladies propres du foie peuvent mettre en péril la cellule hépatique à un degré variable, et créer des hépatites secondaires également variées. L'ictère, la cirrhose, la lithiase, le cancer, en diminuant la résistance cellulaire, en facilitant l'atteinte des infections et des intoxications, sont des causes fréquentes d'hépatite.

Dernier fait, et des plus importants. Certains microbes peuvent déterminer l'infection en premier lieu, primitivement, dans le foie : tel est le cas pour les streptocoques, les staphylocoques, le coli-bacille, qui sont des microbes que l'on pourrait qualifier de communs. Tel est le cas aussi pour certains microbes hautement spécifiques, comme le bacille de Koch, ou pour des parasites du sang comme le tréponème de Schaudinn.

## 2° *Les lésions des hépatites.*

Ce qui caractérise l'hépatite, c'est donc une altération dégénérative de la glande, et cette dégénérescence glandulaire peut revêtir différentes formes, suivant l'intensité, la rapidité ou la nature de l'infection ou de l'intoxication qui la détermine.

Au point de vue anatomo-pathologique, on distingue trois formes d'hépatite qui sont, d'après l'étendue des lésions, le foie infectieux, la dégénérescence graisseuse du foie, l'ictère grave.

### (a) *Le foie infectieux.* c

Le foie infectieux, gros, congestionné et mou, présente à la périphérie et sur les surfaces de section les plaques infectieuses décrites par Gastou : ce sont, sur la face convexe surtout, des ilots blancs, superficiels, qu'on voit se prolonger sur les coupes transversales sous forme de marbrures. Le tissu blanc est du tissu hépatique dégénéré. C'est là la forme habituelle. Quelquefois, par association pathologique, le foie est en outre granuleux, hémorrhagique, purulent ou imprégné de bile.

L'examen microscopique révèle l'existence de lésions cellulaires caractéristiques. Les travées cellulaires sont disloquées (Hanot). Les noyaux sont altérés, décolorés. Le protoplasma est dégénéré et présente l'un des aspects suivants : graisseux, trouble, vitreux, hydro-

pique. Le tissu conjonctif est infiltré par les cellules, soit d'une façon diffuse, soit sous forme de nodules infectieux. Les capillaires sont engorgés.

L'irritation inflammatoire, d'origine microbienne ou toxique (urémie), mais surtout microbienne, a donc déterminé une hyperhémie active et une dégénérescence aiguë des cellules hépatiques qui revêt les diverses formes connues de l'atrophie cellulaire. Seulement, et c'est là un fait de premier ordre, si l'hyperhémie est totale, la dégénérescence cellulaire est limitée, nodulaire; elle n'est pas massive, elle n'atteint pas toute la glande.

(b) *La dégénérescence graisseuse du foie.*

Le foie atteint de dégénérescence graisseuse peut conserver son volume normal. Si la stéatose est généralisée, il est gros, jaune et mou. La proportion de la graisse, qui, normalement est de 2 à 3 p.c., peut s'élever, suivant l'intensité du processus, à 30 p.c., 50 p.c., 78 p.c. Les parties grasses du foie sont huileuses à la coupe et tachent le papier. Lorsque la lésion est intense, le foie, plutôt diminué de volume, présente l'aspect de l'atrophie jaune aiguë que l'on trouve dans l'ictère grave.

A l'examen microscopique, les lésions offrent un degré différent d'intensité, suivant les cas. On peut avoir une simple infiltration graisseuse, sans déformation des noyaux, les cellules étant simplement encombrées de graisse. Ou bien la dégénérescence est constituée et plus ou moins étendue, plus ou moins généralisée; les noyaux sont altérés, la graisse est formée aux dépens du protoplasma cellulaire lui-même.

Il va sans dire que dans cette forme d'hépatite sub-aiguë habituellement, aiguë quelquefois, l'insuffisance de la glande sera proportionnée à l'étendue et l'intensité des lésions établies.

(c) *L'ictère grave.*

Il s'agit d'une forme sur-aiguë, intense, spéciale, qu'on a appelée l'atrophie jaune aiguë du foie.

Le foie est petit, affaissé et mou. Il présente à la surface un aspect saumoné. La surface de section est homogène, de couleur ocreuse; elle ne laisse suinter ni bile, ni sang. On remarque dans la glande de nombreux points d'hémorragies limitées (hémorragies punctiformes).

A l'examen microscopique, on trouve les cellules considérablement déformées. Les noyaux sont altérés. Le protoplasma est bourré de

granulations qui sont, soit hématiques, soit biliaires, soit graisseuses. Il y a, en somme, une destruction totale des cellules. Les lésions sont massives et généralisées.

Ces malades présentent une intoxication du sang qui relève évidemment de l'intoxication causale, mais dont l'intensité est due à l'altération profonde de la glande hépatique, puisqu'il n'offre pas les mêmes caractères dans les mêmes infections non accompagnées d'hépatite. Le sang est laqué et contient de nombreuses substances de désassimilation : leucine, tyrosine, cholestérine, graisse, xanthine, urée en excès.

Les collaborateurs directs du foie sont entraînés dans sa déchéance. La rate est congestionnée, hypertrophiée et molle. Les reins sont gros, mous et ecchymotiques. Leur tissu noble, eux aussi, est touché.

### 3° *Les symptômes des hépatites.*

Vous comprendrez facilement, après toutes ces explications préliminaires, que les symptômes des hépatites soient liés à l'intensité, à la rapidité de l'inflammation, c'est à dire au degré de destruction des cellules.

Vous vous rendrez compte également que l'hépatite ne peut pas donner des symptômes uniquement hépatiques ; que le tube digestif, que les reins doivent nécessairement participer aux manifestations cliniques, et cela, non seulement parce que la cause déterminante est générale, mais encore et surtout parce que l'hépatite en augmente les effets, en aggrave les conséquences.

Enfin, comme tous les organes sont solidaires les uns des autres, vous ne vous étonnerez pas si, dans les cas graves, la rate, le sang, la nutrition générale, le système nerveux, les poumons mêmes sont entraînés dans cette catastrophe pathologique.

Etudions donc rapidement les formes cliniques de l'hépatite infectieuse ou toxique, en commençant par celle qui est la plus lente, mais pas toujours, la dégénérescence graisseuse, et en poursuivant avec les formes aiguës et sur-aiguës, le foie infectieux et l'ictère grave.

#### *A.—La dégénérescence graisseuse du foie.*

C'est une forme d'hépatite qui revêt souvent des allures bénignes, qui peut demeurer à l'état latent, par exemple, chez les obèses, les gros mangeurs, les alcooliques, qui peut être entièrement masquée

par la maladie infectieuse ou cachectisante qui la détermine, par la cirrhose qui en fut le point de départ. Mais ne vous y trompez pas : c'est une hépatite glandulaire, et si l'insuffisance hépatique est lente à se montrer, si les crises durent peu ou se renouvellent souvent (comme l'hyposystolie), un jour survient où la grande insuffisance éclate et, du coup, se montre irréductible, comme certaines asystolies tardives.

C'est une forme d'hépatite que, chez certains malades, les tuberculeux, par exemple, ou les cachectiques, on peut reconnaître assez facilement aux signes physiques : foie volumineux, mais indolore ; bord inférieur mou, pâteux, difficilement appréciable. L'absence de l'ascite, de l'ictère, de la splénomégalie, de la circulation veineuse complémentaire ont une grande valeur pour éliminer les cirrhoses et les maladies du sang.

Au tube digestif, on note l'anorexie, les digestions pénibles, le tympanisme gastro-intestinal, les alternatives de diarrhée et de constipation, les selles huileuses ou décolorées (acholie pigmentaire). C'est la preuve que la fonction digestive est mise en péril par le foie.

Le rein, privé du concours de son meilleur collaborateur, passe des urines rares, colorées, pauvres en urée, riches en urates, renfermant de l'urobiline et de l'indican. Les épreuves urinaires usuelles (bleu de méthylène, glycosurie alimentaire) révèlent une insuffisance limitée, mais réelle : élimination du bleu intermittente, quelquefois glycosurie alimentaire positive. Plus tard, à une période plus avancée, l'insuffisance urinaire s'ajoute aux troubles hépatiques : la face est pâle et terreuse, l'oedème apparaît aux membres inférieurs, le malade est en hypothermie. N'est-ce pas par l'urémie hépatique que se révèle brutalement l'hépatite latente des alcooliques rendue à sa période terminale (Gilbert et Lereboullet), ou renforcée par un traumatisme ou une maladie infectieuse sur-ajoutée ?

Comme l'asystolie des aortiques, l'insuffisance hépatique du foie stéatosé prend du temps à apparaître ; une fois établie, elle ne rétrocede plus, parce qu'on est en face d'une lésion irrémédiable.

#### *B.—Le foie infectieux.*

C'est une forme d'hépatite dont le pronostic immédiat, quoique sérieux, n'est pas fatal, et qui peut guérir. La cellule hépatique est touchée vivement par les toxines, mais le dommage est souvent réparable.

Voici les symptômes qui doivent attirer l'attention du côté du

foie au cours ou au déclin d'une maladie infectieuse: une hypertrophie légère du foie; une légère douleur à la pression; un teint sub-ictérique, donnant aux parties découvertes du corps (face et mains) une couleur brun-jaunâtre, sale, terreuse; enfin, signe de grande importance, les hémorrhagies, sous forme d'épistaxis, ou de pétéchies sur les membres inférieurs.

Les troubles digestifs sont constants: langue blanche, saburrale, parfois desquamée; bouche amère; anorexie; nausées et vomissements causés par l'alimentation; ventre ballonné, alternatives de constipation et de diarrhée, selles fétides. Combien de fois ces symptômes ont-ils fait croire à la persistance de la fièvre typhoïde, alors que l'intestin est cicatrisé.

Les symptômes urinaires démontrent l'insuffisance hépatique: urobilinurie, hypoazoturie, résultat positif de l'épreuve du bleu, de la glycosurie alimentaire.

Enfin, dans cette forme plus ou moins aiguë, apparaissent déjà des symptômes nerveux que la dégénérescence graisseuse nous laisse ignorer: de l'agitation, du délire, ou souvent encore de la dépression, de la somnolence, de la torpeur. La fièvre existe, devient dans les cas sérieux assez marquée, prend le type hectique à larges oscillations, et peut faire croire d'autant mieux à une suppuration du foie que la douleur devient intense, l'état général mauvais, le faciès grippé, et que le foie est gros et sensible. C'est ainsi, par exemple, qu'on a opéré des typhiques pour des abcès du foie ou périhépatique qui n'étaient rien autre que l'hépatite infectieuse.

Rappelons-nous enfin que la partie postérieure du foie entourée par le ligament coronaire est en contact direct avec le diaphragme, sans interposition de lame séreuse, et nous ne serons pas surpris si parfois l'infection hépatique gagne la plèvre sus-jacente.

Quel est le pronostic du foie infectieux? Tout dépend, encore et toujours, de l'intensité ou de l'étendue des lésions, du nombre et de la gravité des plaques infectieuses et des nodules infectieux. Le foie légèrement touché peut guérir complètement, sans traces, sans cicatrices. Le foie profondément touché peut guérir, mais en demeurant un foie fragile; le plus souvent, il entraîne le malade vers l'ictère grave ou vers le foie suppuré.

Dans les maladies infectieuses, c'est une grande faute pour le clinicien de ne pas penser à l'hépatite glandulaire; il risque de se faire enlever brusquement son malade au moment où il espérait triompher de la maladie.

C.—*L'ictère grave.*

Nous arrivons maintenant à une forme d'hépatite qui est toujours grave d'emblée, toujours mortelle, parce qu'elle traduit une destruction rapide et massive de la glande hépatique, et, par là même, une insuffisance fonctionnelle totale. S'il est possible de traiter le foie infectieux par le salicylate de soude, on reste tout à fait désarmé devant l'ictère grave, c'est à dire l'atrophie jaune aiguë du foie.

Le début de la maladie peut être brusque ou progressif. Brusque, il s'accompagne de grands frissons, de céphalalgie intense, de rachialgie, de vomissements, de fièvre vive; la faiblesse est tout de suite très grande; l'ictère ne tarde pas à apparaître. Progressif, le début fournit une phase pré-ictérique qui dure de quatre à huit jours et se traduit par des symptômes moins bruyants: malaise, anorexie, céphalée, arthralgies, myalgies, pesanteur et douleur à l'épigastre et à l'hypochondre droit. Après 4 à 8 jours, l'ictère vient confirmer la localisation du mal. Quelquefois le début peut être insidieux, durer deux ou trois semaines, ressembler à un embarras gastrique simple ou à un ictère catarrhal; puis tout à coup éclatent les symptômes graves de la période d'état. C'est que, dans ces cas exceptionnels, l'intoxication massive a été précédée d'une intoxication lente et fractionnée.

Caractères distinctifs, le foie de l'ictère grave est petit, atrophié, mais douloureux, et s'accompagne toujours d'une rate grosse et douloureuse aussi, et de symptômes digestifs très marqués. Puis l'on a, comme triade significative, l'ictère, les hémorragies et les troubles nerveux. Etudions séparément ces trois groupes de signes cliniques.

(a) *Ictère et troubles digestifs.*

L'ictère a ceci de particulier, c'est qu'il est peu foncé, qu'il ne tient pas une grande place, qu'il peut même s'atténuer beaucoup, l'insuffisance rapide de la glande hépatique atteignant la fonction biliaire tout aussi bien que les autres fonctions. Ce fait clinique, joint à l'atrophie du foie, sépare nettement l'ictère grave de la maladie de Hanot. On notera également que les selles, bilieuses au début, deviennent ensuite décolorées.

Les troubles digestifs, accompagnés qu'ils sont de troubles nerveux, rappellent ceux de la fièvre typhoïde. La langue est trémulante, noirâtre, rotie; le malade a des fuliginosités sur les dents, sur les lèvres et des placards d'herpès hémorragique sur les lèvres et les narines; l'haleine est forte ou fétide; l'anorexie est complète. L'alimentation est rendue difficile par les nausées, les vomissements

biliaires, les hématomèles quelquefois, et souvent par le hoquet, qui fait rarement défaut à la période terminale.

Enfin on constate une dyspnée caractérisée par des mouvements respiratoires rapides, irréguliers, suspireux, qui sont d'origine bulbair, et que la simple congestion hypostatique qu'on trouve à l'auscultation ne suffit pas à expliquer.

(b) *Les hémorrhagies.*

Les hémorrhagies ne font jamais défaut et sont liées à l'altération rapide du sang. Elles surviennent chez des malades, fait à noter, qui présentent de l'hypotension artérielle. Elles n'apparaissent qu'à la période d'état, après l'ictère. Elles se traduisent par des épistaxis fréquentes et graves, quelquefois des hématomèles considérables (fièvre jaune), des pétéchies, du purpura, des érythèmes, des ecchymoses aux endroits de pression, et même des hémorrhagies intestinales. L'hémorrhagie méningée est possible. La métrorrhagie existe souvent chez les femmes.

(c) *Les troubles nerveux.*

Ils viennent compléter le tableau et donner à l'ictère grave son allure de grande infection. La céphalée est intense et continuelle et l'insomnie est de règle. Le malade subit des phases alternantes d'excitation et de dépression d'abord, puis il tombe dans la stupeur, et finalement dans le coma. Les crampes, les soubresauts des tendons, le tremblement fibrillaire, la carphologie existent souvent. On a noté des convulsions partielles ou généralisées.

Il y a là un ensemble de symptômes tout à fait caractéristiques, traduisant l'atteinte grave portée à la glande hépatique et que l'examen de l'urine vient confirmer. La sécrétion urinaire diminue considérablement, jusqu'à 500, jusqu'à 250 grammes par 24 heures, et cette diminution peut aller jusqu'à l'anurie. La densité est élevée, 1030. L'urée, élevée au début, s'abaisse d'une façon incroyable, jusqu'à 0.50, jusqu'à 0.20 centigrammes par 24 heures. L'urine contient de l'albumine, des cylindres hyalins et granuleux, de la leucine, de la tyrosine; elle est devenue excessivement toxique pour les animaux de laboratoire. La fonction hépatique supprimée paralyse la fonction rénale.

L'état général se traduit par un pouls inégal, irrégulier, très rapide, rapidité qui n'est pas rigoureusement proportionnée à l'ascension thermique. L'insuffisance du myocarde amène la cyanose, la lividité de la peau; si vous joignez à cela le teint jaune sub-ictérique,

vous aurez l'aspect caractéristique du faciès dans l'ictère grave. Enfin rien n'est plus variable que la courbe thermique :

1. elle peut présenter trois périodes : ascendante, stationnaire et de déclin, comme dans la fièvre typhoïde ;
2. elle peut s'élever brusquement, puis présenter de grandes oscillations ;
3. elle peut se terminer en hypothermie.

D'après Hanot, l'allure de la fièvre serait déterminée par la nature du microbe en cause, les streptocoques et les staphylocoques étant hyperthermisants et le coli-bacille, au contraire, hypothermisant.

#### CONCLUSIONS.

1° Les hépatites infectieuses et toxiques ne font que traduire les différentes formes de l'hépatite glandulaire, c'est à dire de l'inflammation dégénérative de la cellule hépatique.

2° La forme de la dégénérescence cellulaire est déterminée par l'intensité ou la rapidité d'action du poison qui intoxique le foie.

3° La gravité des symptômes est en relation directe de la destruction des cellules.

4° Certaines hépatites étant curables au début, le clinicien ne saurait être trop averti à leur sujet, ni trop minutieux dans leur recherche.

## **Cours de Pathologie interne**

### **LA SYPHILIS**

#### **AU POINT DE VUE MEDICAL**

Par M. C.-F. GAUTHIER,

Elève de IV<sup>ème</sup> année à la Faculté de Médecine Laval, à Montréal.

Messieurs les Professeurs,  
Mes amis,

#### I. NOTIONS GENERALES

La médecine se transforme et prospère tous les jours: c'est le type des sciences vivantes. Combien elle a changé, si on regarde en arrière, surtout depuis une cinquantaine d'années.

*Prenons la syphilis comme exemple*: on la disait alors produite par un virus, et encore, ce mot ne signifiait-il pas grand' chose. J'ai eu la curiosité d'ouvrir un dictionnaire de l'époque et j'y lis au mot virus: "On donne le nom de virus au produit d'une sécrétion morbide, accidentelle, produit indivisible, insaisissable, ayant ordinairement pour véhicule le pus, le mucus, une matière séreuse ou le sang. Les virus mis en contact avec un corps sain y déterminent une série constante de phénomènes morbides qui ont pour effet la reproduction du même agent, lequel peut ainsi se transmettre d'une manière indéfinie."

Eclairés aujourd'hui par les doctrines pastoriennes, nous sommes frappés de l'expression "reproduction du même agent", ce qui implique presque nécessairement que les microbes se multiplient. A cette époque, bien hardi, je crois, ou du moins il eut passé pour un esprit paradoxal celui qui eut émis que la syphilis est une affection parasitaire.

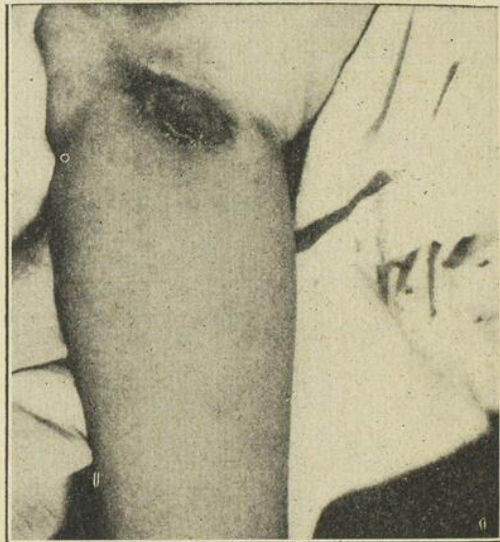
Actuellement, nous entendons par syphilis "une toxi-infection due au tréponème pâle de Schandinn-Hoffmann, infection acquise par contagion ou transmise héréditairement, pouvant atteindre tous les tissus et évoluer pendant des années par poussées, tantôt semblant guérie, mais sujette à des récidives, tantôt aboutissant, lorsqu'elle n'est pas traitée, à des lésions graves mortelles". (Gougerot).

Il me semble superflu de vous décrire toute la kyrielle bactériologique de l'agent pathogène de la syphilis, protozoaire filiforme, contourné en tire-bouchon, de la classe des flagellés et de la famille des trypanosomidae.

---

(1) Travail du cours de pathologie interne, 1915-1916.—Prof. Dr A. LeSage.

La contagion est le facteur étiologique par excellence de la syphilis. L'origine vénérienne se rencontre dans les neuf dixièmes des cas. La syphilis se transmet généralement au cours de rapports sexuels normaux, à preuve la grande prédominance des chancres dans la région génitale, pénis, vulve, etc. Il va sans dire que le défaut d'hygiène (avant et après le coït) facilite beaucoup la syphilisation. Les rapports sexuels anormaux nous fournissent deux localisations de l'accident primitif, la bouche et l'anus. La contagion directe peut être aussi non vénérienne dans les cas, par exemple, de contagion de la nourrice par son nourrisson et réciproquement, la contagion par les baisers, les morsures, le toucher vaginal pour les médecins et les sage-femmes.



Pl. I.—Chancre syphilitique de la racine de la cuisse.

Quant à la contagion indirecte, je ne citerai que les principaux objets intermédiaires: objets de toilette ou de ménage, instruments ou appareils médicaux, instruments de musique à vent, pipes, bouts de cigarettes, cannes à souffler le verre dans la syphilis des verriers, etc., etc.

Ces notions préliminaires étant rappelées, permettez-moi de passer aux deux points fondamentaux que j'ai à traiter devant vous: l'évolution et le pronostic de la syphilis.

## II. EVOLUTION

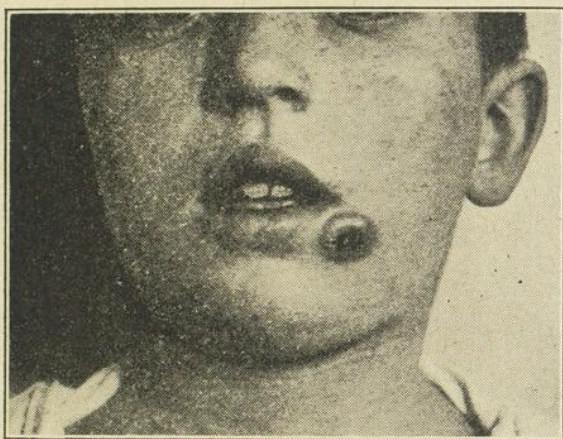
### (A) *Evolution typique.*

1° *Période primaire.* La syphilis débute, après une incubation plus ou moins longue — 15 à 20 jours après la contagion — par une lésion appelée chancre induré.

En raison des modes multiples de contagion, il peut siéger dans toutes les parties du revêtement cutané-muqueux, prépuce, gland, scrotum, grandes et petites lèvres, vagin, anus, mont de Vénus, face interne des cuisses, cou, menton, amygdales, nez, doigts, etc.

Il peut revêtir des formes multiples: plat, papuleux, en godet, cratériforme, en volet ou bivalve au niveau du sillon balano-préputial, annulaire vers le limbe, en raquette sur le frein.

Au point de vue physique, il commence par une petite tache rouge qui devient papuleuse, s'indure et s'ulcère, ulcération lisse et régulière sans suppuration, de couleur rouge sombre, jambonnée, ou encore grisâtre, lardacée.



Pl. 2.—Chancre induré (syphil.) de la lèvre inférieure (extra-génital).

Habituellement, le chancre est induré, indolore et unique. Cependant, on peut compter plusieurs chancres successifs; mais alors l'infection doit avoir lieu dans les quinze premiers jours à partir de l'infection initiale, i. e. avant que le sujet devienne réfractaire à toute nouvelle inoculation. Et c'est encore un des caractères du chancre d'être inoculable au porteur, pourvu que ce soit, comme je viens de le dire, un chancre datant de moins de 15 jours.

Le chancre peut être l'occasion de complications bénignes (phimosis) ou graves: phagédénisme destructeur, hémorragie et même septicémie fatale.

L'infection reste localisée pendant quelque temps et un traitement sévère peut espérer éteindre l'infection dès son premier foyer; mais trop souvent, hélas! en raison d'un traitement insuffisant ou négligé, les tréponèmes remontent peu à peu, silencieusement, le long

des lymphatiques vers le courant veineux: d'où envahissement sanguin et dissémination générale.

Cette deuxième incubation, puis-je dire, qui demande de 20 à 40 jours, survient donc 40 à 70 jours environ après la contamination et marque la fin de la période primaire.

2° *Période secondaire.* Cette généralisation scepticémique se traduit généralement par une éruption de macules rosées sur la peau (roséole) et de taches blanchâtres sur les muqueuses (plaques mu-



P. 3.—Syphilides secondaires papulo-squammeuses en cocardes.

queuses), par une hypertrophie de tous les ganglions (polyadénopathie), par de l'anémie, de la céphalée, de l'alopécie en clairière. Même à cette période le système nerveux est souvent atteint: névralgies diverses, monoplégies, hémip légies.

L'exanthème est souvent la seule et première manifestation du début de la période secondaire; mais quelquefois, nous constatons aussi des phénomènes généraux assez intenses. L'anorexie, la fièvre continue ou intermittente, la dépression physique ou morale provo-

quent des troubles de nutrition plus ou moins marqués: anémie, amaigrissement. La céphalée, frontale ou occipitale, à accès vespéraux ou nocturnes est un symptôme quasi constant de cette période. Chez la femme, on remarque de l'anesthésie des seins et de la tendance aux avortements — la rate, les amygdales sont hypertrophiées.

Ces éruptions ou syphilis, suivant l'expression d'Alibert, caractéristiques de cette seconde période de la syphilis, peuvent intéresser la peau elle-même ou les muqueuses. Les syphilides de la peau sont très variées comme forme. La forme érythémateuse ou roséole, comme on l'appelle, apparaît en moyenne de 40 à 50 jours après le début



Pl. 4.—Syphilides (secondaires) papulo-squammeuses circonscrites tardives. Au centre, de la peau saine.

du chancre et peut persister pendant une couple de mois. Ce sont des taches d'un rose tendre, arrondies, de la grosseur d'une lentille, se disséminant un peu partout, sur le tronc, surtout, rarement à la face et aux extrémités. Cette roséole peut disparaître et réapparaître plus tard, même pendant le cours de la troisième période: c'est la roséole de retour.

Les syphilides cutanées peuvent encore revêtir les caractères squameux, papuleux, fistuleux y compris les types intermédiaires, papulo-squameux, croûteux, papulo-ulcéreux et circonscrites, dont la seule audition des noms vaut une description.

Ces syphilides secondaires des muqueuses sont très fréquentes et intéressent surtout la cavité buccale. Ici nous remarquons encore des variétés cliniques diverses : syphilides érythémateuses, érosives ou plaques muqueuses communément appelées les syphilides hypertrophiques et ulcéreuses.

L'oeil paie aussi son tribut à la syphilis secondaire. L'iritis est une manifestation commune à cette période. Elle se caractérise par des douleurs orbitaires, du myosis, de la paresse musculaire, le signe d'Argyll Robertson.



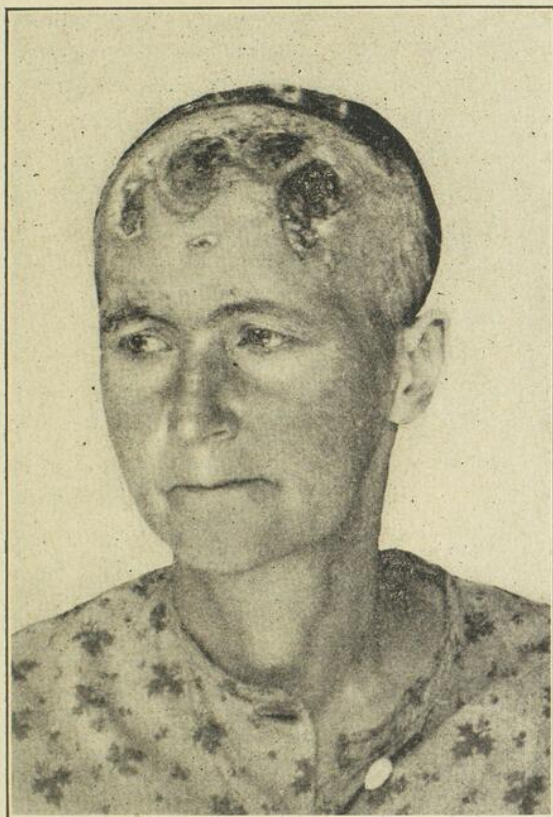
Pl. 5.—Syphilides tertiaires ulcéreuses de l'aile du nez.

Un traitement énergique peut enrayer l'infection, l'endormir, la rendre latente pour plusieurs mois, même plusieurs années sinon définitivement. Mais souvent des récidives se produisent bénignes ou graves. Dans la plupart des cas, le syphilitique longuement traité et suivi de proche ne présente, après l'explosion secondaire, que des accidents légers, plaques muqueuses, papules cutanées dans la 1<sup>ère</sup> année; les accidents s'atténuent et disparaissent dans les années subséquentes. Cette période dite secondaire dure 1, 2, 3, 4 ans, la durée variant avec les malades. C'est la période la moins grave par les complications viscérales, mais la plus dangereuse par les chances de contagion qu'offrent les plaques muqueuses. C'est encore la période la plus funeste par la fréquence de transmission du virus syphilitique

au fœtus: "L'infection la plus silencieuse peut déterminer l'avortement ou donner un rejeton dystrophique", dit un auteur.

Mais si le traitement a été peu suivi, ou encore si le tréponème est très virulent, l'évolution de la syphilis continue et le malade entre dans la période tertiaire.

3° *Période tertiaire.* La dissémination, la diffusion du virus dans l'organisme traduisent bien l'évolution de la deuxième période dont les accidents ont plutôt un caractère infectieux, superficiel, résolutif,



Pl. 6.—Syphilis tertiaire, gomme ulcéreuse du frontal.

transitoire; tandis que la période tertiaire est le résultat au contraire de la localisation des accidents, néoplasies inflammatoires, non plus à tendance résolutive, mais fibreuse, dégénérative et même nécrotique.

Ce sont des gommages, des infiltrations gommeuses, scléro-gommeuses, phagédéniques localisées à la peau (syphilides tuberculo-ulcéreuses), aux muqueuses (au voile du palais fréquemment) ou au névraxe. Ces manifestations peuvent se rencontrer dans tous les

tissus, tous les viscères dont vous me ferez grâce, je l'espère, d'une énumération détaillée.

"Les accidents surviennent 2, 4, 10, 20 et même 50 ans après le chancre, isolés ou groupés; ils guérissent et l'infection entre de nouveau en la période latente, où ils résident, parfois sous la même forme, dans la même région, plus souvent en un autre point; ils peuvent prendre les formes les plus inattendues, les plus éloignées de la gomme; erythème cutané tertiaire, accident chancreiforme et roséole de retour faisant croire à une réinfection syphilitique, etc." (Gougerot, p. 6).

Le plus souvent l'apparition des premiers accidents tertiaires et des récidives est due à l'interruption précoce du traitement; parfois ils sont tenaces ou guérissent avec peine et réapparaissent malgré le traitement. Tantôt ils emportent le malade par une ou plusieurs localisations viscérales; tantôt ils finissent par guérir, laissant parfois dégâts irréparables.

4° *Syphilis quaternaire ou parasyphilis*. Les manifestations tertiaires que les traitements spécifiques peuvent guérir ou du moins amoindrir l'intensité ne constituent pas les lésions les plus redoutables que cause le tréponème. La syphilis peut donner naissance à d'autres lésions qui, bien que d'origine syphilitique, évoluent pour leur propre compte et sont réfractaires aux traitements antisyphilitiques.

Ces accidents quaternaires ou parasyphilitiques, de Fournier, sont tantôt nerveux: tabès, paralysie générale; tantôt muqueux: leucoplaxie, graine de cancer artériels; tantôt: artériose-sclérose, anévrysmes, etc.; tantôt viscéraux: sclérose viscérales, etc.

Leur résistance aux traitements explique leur incurabilité et par tant leur extrême gravité.

Ils apparaissent entre la 6e et la 12e année.

*Résumé de l'évolution typique*. En résumé, cette évolution générale de la syphilis ressemble à celle de toute infection; c'est d'abord la porte d'entrée du virus, la lésion initiale, le chancre syphilitique, période primaire; puis survient la dissémination du germe dans l'organisme accompagné de symptômes généraux et suivis de réactions cutané-muqueuses, période secondaire; la période tertiaire, c'est la phase des lésions localisées à tendances dégénératives ou sclérosantes; enfin, la période quaternaire, c'est celle des séquelles, des scléroses viscérales tardives, à localisations prédominantes au niveau du système nerveux pour déterminer le tabès et la paralysie générale.

(B) *Syphilis d'évolution atypique.* Mais cette évolution classique et commode de la syphilis en période primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire n'est pas sans exception; c'est-à-dire qu'elle peut évoluer aussi d'une façon atypique.

Par exemple, un malade au lieu d'avoir un chancre initial bénin, puis une roséole, aura un chancre grave phagédénique qui rétrocedera et sera suivi longtemps après d'accidents tertiaires.

D'autres malades, 6, 7, 12 mois après un chancre, souvent insignifiant, après une explosion secondaire légère, tellement qu'elle aura passé inaperçue, présenteront une lésion locale extrêmement grave: qui, une syphilis mutilante du nez, du voile du palais; qui, un anévrisme, une aortite, etc.



Pl. 7.—Syphilis tertiaire, destruction des os du nez, perforation du voile du palais. Syphilis maritale 12 ans après. Mariée à 19 ans.

Ou bien l'on constatera en pleine période tertiaire, des accidents secondaires: roséole de retour, plaques muqueuses tardives.

“Ce sont ces récidives imprévues, ces brusques retours d'accidents graves ou d'accidents légers, mais contagieux, de longues années après la guérison apparente ou même après les traitements les plus prolongés, qui constituent le danger lointain de la syphilis.” (Gougerot).

*Conclusion.* Cette pensée du professeur Gougerot, syphiligraphe actuel de grande expérience, devrait être la notion capitale à retirer de l'étude évolutive de la syphilis afin d'en prévenir le malade, de lui prescrire un traitement prolongé, de l'observer attentivement et périodiquement, même lorsque l'infection latente et les réactions de Wassermann répétées ne donnent aucun résultat.

### III PRONOSTIC

Suivre l'évolution d'une maladie, c'est chose relativement facile; mais en prévoir les complications possibles et l'issue, voilà qui est plus difficile, surtout quand il est question de syphilis.

"Est-ce que je guérirai, Docteur?" — Quelle question alarmante pour le syphilitique! La syphilis, c'est bien le mal par excellence qui répand la terreur!

Cette réponse tant désirée, la voici: "Oui, monsieur, vous en guérirez, mais à de certaines conditions que je vous exposerai; vous en guérirez non pas seulement pour le présent, mais pour l'avenir; et cela non seulement pour vous-même, mais pour votre femme et vos enfants". Je pourrais lui ajouter, comme consolation suprême, en m'inspirant du professeur Fournier, notre maître à tous: "de toutes les maladies, sérieuses bien entendu, la syphilis est celle qui guérit le mieux, le plus facilement et le plus sûrement."

Guérir de la syphilis, cela veut dire pour tout homme d'honneur et de coeur, en guérir non seulement quant aux dangers personnels, mais pour autrui; et pour autrui, signifie en l'espèce pour les siens, à savoir: sa compagne future et ses enfants.

Cette question pronostique de la syphilis est donc triple et je la précise à nouveau:

1° Peut-on guérir de syphilis quant aux dangers dont elle menace l'individu?

2° Peut-on en guérir quant aux dangers qui peuvent en dériver pour la femme d'un mari syphilitique?

3° Peut-on en guérir quant aux dangers qui peuvent en dériver pour les enfants?

Oui, dirais-je encore, on en guérit, mais qu'en satisfaisant à certaines conditions, conditions d'hygiène, conditions de traitement.

Un auteur se demande si, spontanément et par ses seules forces, l'organisme peut se débarrasser de la souillure syphilitique. Ce qu'il en sait et que l'expérience lui a appris c'est qu'artificiellement, i. e. avec un traitement approprié, méthodique, long, à cures multiples et répétées, on parvient à rendre la syphilis inoffensive, muette, si-

lencieuse, tout comme si elle n'existait pas. Le mercure et l'iodure de potassium, pour ne pas parler des médicaments récents, ne sont-ce pas là ces deux perles de la thérapeutique antisyphilitique? Par leur action, qui, dans certains cas, semble tenir du miracle, les aveugles voient, les paralytiques marchent, les muets parlent, etc.

Et si au traitement spécifique on y ajoute celui de l'hygiène, le pronostic est d'autant moins sévère; car, pas plus qu'ailleurs, l'hygiène ne perd ici ses droits.

Ne sait-on pas que toutes les conditions défectueuses d'hygiène: misère, alimentation insuffisante, excès, surmenage de tout genre, alcoolisme, tabagisme, causes morales débilitantes, etc., constituent pour la syphilis, plus que pour toute autre infection, autant de facteurs de gravité, voire même de malignité. Je n'en prendrai que trois comme exemples:

Le *tabagisme*, qui appelle la syphilis sur la bouche; d'où glossites graves, scléroses linguales, leucoplasie, graines de cancer, et c'est tout dire.

Plus désastreuse est l'influence de l'*alcoolisme* (1), il intensifie les manifestations cutanées; il ouvre la voie des centres nerveux à l'action de la syphilis; enfin, il provoque surtout les mauvaises formes de syphilis, les syphilis à tertiarisme précoce, les syphilis à poussées multiples et récidivantes, les syphilis dépressives, dénutritives, toutes formes très rebelles et dangereuses.

Non moins nocive est l'influence du *surmenage*; surmenage *intellectuel* qui épuise l'économie; surmenage *vénérien* dont la réputation n'est pas à faire; et plus spécialement, pour certains milieux, le surmenage *mondain*, consistant en agitation constante et fébrile, fêtes, repas fastueux, abus de liqueurs riches..., en poisons divers, veilles prolongées, nuits passées au club dans une atmosphère de tabac, émotions de jeu, etc. Le lot habituel à ces éreintés du grand monde, si une syphilis vient se greffer sur ces organismes décrépités avant l'âge, c'est le tertiarisme nerveux, la *paralysie générale*, le *tabès*!

Et que d'autres conditions d'hygiène je pourrais citer! Mais non, à quoi bon; rien de tout cela n'est contestable ni contesté.

Passons donc sur ce point et entrons dans l'analyse intime de notre sujet.

(A) *Pronostic pour soi-même.*

1° *Pour le présent.* Ce pronostic de la syphilis sera d'autant moins sombre — et je me répète avec plaisir, car on ne saurait trop

---

(1) Voir le travail de M. Robillard, E.E.M., dans l'Union Médicale, numéro de juin 1916.

être trop imprégné de cette pensée, — qu'un traitement approprié, suffisamment énergique et suffisamment prolongé sera intervenu à temps.

Très peu nombreuses, en effet, sont les manifestations syphilitiques qui se montrent réfractaires à un tel traitement. Même, c'est leur propre de guérir, et guérir rapidement, sous l'influence de la médication spécifique; par exemple:

- quelques jours à une semaine pour la sédation des phénomènes douloureux; céphalée, douleurs articulaires;
- trois à six semaines pour l'effacement d'une syphilide secondaire;
- un à deux mois pour la guérison d'une gomme moyenne, et ainsi de suite.

Ce n'est pas seulement la rapidité des effets curatifs qui est remarquable; leur intensité l'est autant. On a déjà vu sous la même influence à modifier, se résorber des lésions profondes, viscérales, des ulcérations, des destructions, des mutilations phagédéniques, voire même des grosses tumeurs du volume d'un pruneau, d'une mandarine, d'un citron...

Je ne m'attarderai pas à vous rapporter plusieurs cas de guérison à l'appui de mes avancés. Tous les syphiligraphes en décrivent des centaines et des centaines.

Voici deux cas typiques que le professeur Fournier cite et dont le rapprochement ne laissera pas d'être instructif comme parallèle pour la démonstration que je poursuis (*En guérit-on*, 1906, p. 20):

...“Deux femmes, c'est le professeur Fournier qui parle, nous arrivent le même jour avec une même lésion, à savoir: gomme du voile palatin en état de ramollissement très avancé avec tendance de rupture très prochaine. L'une d'elles est admise dans nos salles, et traitée immédiatement par l'iodure de potassium et guérie, absolument guérie, en moins d'une quinzaine...

“L'autre, ayant six enfants à soigner, refuse d'entrer à l'hôpital. On lui prescrit le même remède. Huit jours après, elle nous revient dans un état affreux. Son voile s'est rompu, dilacéré, rongé, et déjà à moitié détruit. Qu'était-il donc arrivé? Tout simplement ceci: cette femme ne s'était pas traitée. Et pourquoi? Parce que... n'ayant pas d'argent pour acheter le remède, elle s'était résignée à ne rien faire.”

Un autre cas, illustrant bien l'action du traitement au point de vue intensité (id. page 23), toujours rapporté par M. Fournier:

...“Un homme de 34 ans était affecté d'une tumeur pelvienne

remplissant tout le petit bassin, très dure, offrant tous les caractères d'une tumeur maligne et déjà diagnostiquée sarcôme par trois de mes collègues à la Faculté. Mandé auprès du malade, j'aboutis au même diagnostic et — soit dit par avance, — à la même erreur. Par bonheur, la découverte d'une hérédité syphilitique pour le moins probable me suggéra l'idée d'instituer un traitement d'épreuve. Tout aussitôt la tumeur se prit à diminuer, à se résorber, à fondre véritablement; bref, au bout de deux mois il ne restait plus de traces du prétendu cancer — et la guérison depuis lors ne s'est pas démentie."

Cette observation fut présentée à l'Académie de Médecine le 21 octobre 1902.

Voilà pour les cas heureux de la maladie et de beaucoup les plus nombreux, quand elle est traitée.

*Insuccès.* La syphilis ne serait plus la syphilis et perdrait son néfaste renom si, dans tous les cas, elle obéissait si docilement au traitement spécifique pour aboutir à la guérison. Ce serait un rêve alors que de traiter la syphilis! Il ne faut donc pas s'abuser: la syphilis a ses infirmes et ses morts.....

Pour être juste, il faut faire ici la part des insuccès qui peuvent provoquer ces échecs, ces désastres. En d'autres termes, outre la maladie elle-même, quelles sont ces influences coupables? Ne seraient-ce point le malade, le médecin?

En effet, lorsque la maladie ne guérit pas, la faute en est bien souvent au malade qui, par les infractions diverses à l'hygiène — alcoolisme, tabagisme, surmenage, etc. — augmente la virulence du tréponème ou se traite négligemment sans méthode, et, dans la plupart des cas, trop tard. Dans de telles conditions d'hygiène ou de traitement, la responsabilité de l'insuccès incombe au malade: c'est évident.

D'autres fois, malheureusement, il faut en convenir, la responsabilité peut retomber sur le médecin, soit par ignorance imparfaite de la maladie ou fausses méthodes de traitement, etc.

L'échec du traitement dépend aussi parfois de la maladie elle-même: par exemple, dans ces syphilis malignes, par bonheur excessivement rares, qui emportent le malade à bref délai, dans cet état ultime de consommation infectieuse connue sous le nom de cachexie syphilitique; ou encore dans ces accidents éloignés de la syphilis, tels que le tabès, la paralysie générale, la leucoplasie, accidents les plus redoutés de la phase ultime de la syphilis, parce qu'ils sont rebelles à tout traitement. A proprement parler, ce sont ces accidents terribles qui aggravent réellement le pronostic de la syphilis.

2° *Pour l'avenir.* Et c'est bien la question capitale qui préoccupe le malade. Il est sûr de guérir, s'il le veut, des accidents actuels; ce qui l'inquiète, c'est l'avenir, la carie des os, la paralysie, l'ataxie, la folie.....

Si le malade, — et c'est toujours le même refrain — suit le traitement approprié, méthodique, intense, prolongé et doublé d'une bonne hygiène, il a droit de voir devant lui un avenir indemne et même la guérison!

(B) *Pronostic pour la femme.* Le malade syphilitique peut donc guérir de ces accidents personnels pour le présent comme pour l'avenir.

Mais là ne doit pas se borner notre étude. Le pronostic est-il aussi engageant pour les siens, i. e. pour sa femme et ses enfants?

Le Pr Fournier affirme, après une enquête faite à Paris, que sur 100 femmes syphilitiques, 20 d'entre elles, soit un cinquième, ont contracté cette maladie dans le mariage, de fait, de leurs maris. C'est énorme, n'est-ce pas? — et pourtant, les faits sont là pour confirmer cette statistique.

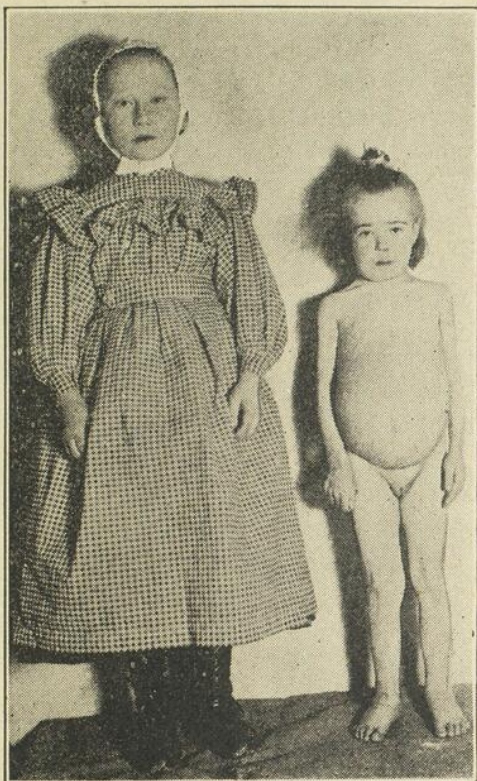
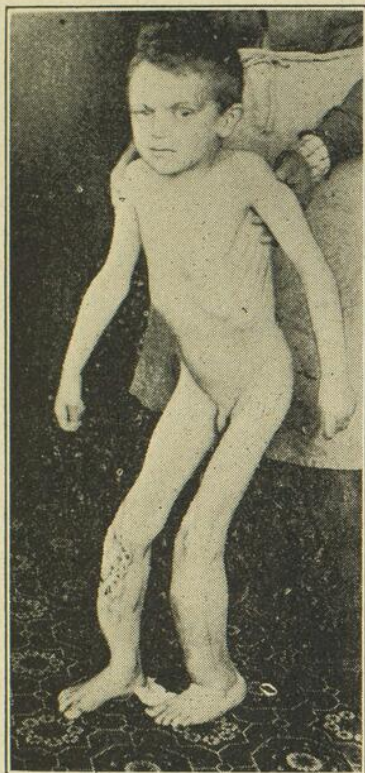
Je n'ai pas à vous exposer la transmission de la syphilis dans le mariage: cette question est du domaine des investigations savantes de mon excellent confrère qui me succédera dans la minute à cette tribune.

Qu'il me permette cependant de noter que ces femmes ont eu pour mari, des sujets négligents, insoucians, ignorants peut-être, coupables en tout cas, qui sont entrés trop vite dans le mariage, i. e. avant d'avoir effacé les souillures qui auraient dû leur en interdire l'accès.

Je puis donc conclure et toujours dans le même sens: qu'il dépend d'un sujet syphilitique d'acquérir par le traitement et par le temps la sauvegarde de la femme.

(C) *Pronostic pour les enfants.* Vous connaissez les méfaits de l'hérédosyphilis: enfant smourant avant que de naître; d'autres moribonds dès la naissance et vivant à peine quelques semaines; survie pénible pour certains autres, moins nombreux; lymphatisme, rachitisme; dystrophies les plus diverses; malformations de tout genre; dégénérescences intellectuelles et morales, etc.....

Or, je dis qu'ici encore, m'appuyant sur l'expérience des maîtres, avec du temps, "ce grand effaceur de toutes choses qui use, émousse, amoindrit et finit par annihiler la puissance de transmission héréditaire du fœtus," avec du temps, dis-je, et un traitement sérieux, on diminue de beaucoup ou même on détruit complètement l'influence pronostique de la syphilis sur le produit de la procréation.



Pl. 8.—Syphilis héréditaire: à droite, deux enfants de 9 ans: l'une normale, l'autre plus petite, chétive, avec incurvation des tibias, arrêt développement, ventre ovoïde. A gauche, allongement des os des cuisses, hyperostoses massives des deux tibias, ulcérations.

C'est ainsi qu'avec une médication sage et des années, on peut faire d'un sujet syphilitique un mari et père non dangereux.

Etant donné toutes ces considérations, le pronostic de la syphilis est relativement bénin, i. e. qu'on peut en guérir non seulement pour soi présentement et pour l'avenir, mais également vis-à-vis des siens, de sa femme et de ses enfants.....

#### IV. CONCLUSIONS

De cette conférence sur la syphilis au point de vue médical, quelles conclusions retenir?

Que la syphilis est:

1° *Une maladie spécifique*, i.e. qu'elle est une entité morbide individualisée.

2° *Une maladie infectieuse et contagieuse*: l'expérience malheureuse d'autrui est là pour renseigner quiconque en douterait.

3° *Une maladie durable et permanente, si on la traite mal ou pas du tout.*

4° *Une maladie à lésions multiples et à évolution méthodique et souvent atypique: heureux si j'ai réussi à vous exposer la chose clairement!*

5° *Une maladie transmissible par l'hérédité: "souvent, dit Ambroise Paré, on voit sortir des petits enfants hors du ventre de leur mères, ayant cette maladie, et tôt après avoir plusieurs pustules sur le corps; lesquels étant ainsi: infectés, baillent la vérole à autant de nourrices qui les allaitent."*



Pl. 9.—Syphilis héréditaire. Syphilides maculeuses et papuleuses et papulo-croûteuses chez un enfant de 15 jours, ventre ovoïde.

6° *Et dernière conclusion et de beaucoup la plus importante, une maladie à pronostic variable, grave ou atténuée selon la rapidité, d'intensité et la prolongation du traitement approprié...*

# LA SYPHILIS

AU POINT DE VUE SOCIAL (1)

## **Le mariage des Syphilitiques.—Quelques essais de prophylaxie**

Par Roméo PEPIN,

Elève de IVième année à la Faculté de Médecine Laval, à Montréal.

Messieurs les Professeurs,

Chers Confrères,

La syphilis possède assurément le droit de prendre rang parmi les maladies sociales les plus dangereuses, mais ce droit n'apparut vraiment que depuis une quarantaine d'années. Si, aux seizième et dix-septième siècles, d'après les descriptions des contemporains et notamment de Fracastor, elle revêtit des formes très malignes et exerça de terribles ravages, ultérieurement elle semble s'atténuer peut-être sous l'influence d'une grande généralisation entraînant une immunisation relative, de sorte que le professeur A. Fournier pouvait encore dire que tout vérolé qui se soigne a de grandes chances de traverser la syphilis à peu de frais. De fait, ces formes graves sont assez rares, 5 pour 100 des cas environ; mais ce ne sont pas elles qui représentent pour la collectivité l'élément principal de la nocivité; celui-ci réside surtout dans la multiplicité protéiforme des lésions, la diversité des organes qu'elles atteignent, la facilité de la transmission soit de contact, soit héréditaire, la fréquence et la ténacité de l'infection mises désormais en pleine évidence par les recherches cliniques de ces derniers temps et l'emploi systématique des réactions sérologiques nouvellement découvertes. Par là, réellement, se mesure le risque individuel et s'apprécie le danger social.

Le travail de notre distingué collègue a déjà reçu la récompense qu'il mérite dans les applaudissements qui l'ont accueilli, aussi croirais-je le déprécier en ajoutant, ne fut-ce qu'un mot, à la description saisissante, mais combien lugubre qu'il a faite du risque individuel encouru par le syphilitique. Nous traiterons du risque collectif auquel entraîne le mariage, dans les conditions associées à la trépo-

---

(1) Travail du Cours de Pathologie interne 1916, Prof. A. LeSage.

némose chez l'un ou l'autre des deux contractants, et nous terminerons par quelques essais de prophylaxie...

Depuis quelques années, on a beaucoup insisté sur la nécessité d'un examen médical avant le mariage; les renseignements relatifs à la santé des futurs époux ont au moins autant d'importance que les questions de fortune, de situation sociale, habituellement mises au premier plan.

L'objet principal du mariage, dit M. Cazalis, dans son livre "La science et le mariage" est, ou doit être la naissance de l'enfant qui continuera la famille et la race. Son but n'est pas, comme dans l'amour sans le mariage, l'unique satisfaction de deux désirs plus ou moins passionnés, d'un double égoïsme ou de deux instincts exaltés, bien qu'il soit mieux sans doute qu'un amour réciproque fasse l'union légitime plus étroite et plus belle. Mais la passion ou l'amour ici doivent avoir un autre objet qu'eux-mêmes, tout dans le mariage est subordonné ou doit l'être à la naissance de l'enfant en des conditions de vitalité et de santé parfaites, et les questions d'argent devraient n'intervenir qu'après celle-ci, intervenant justement alors, pour sa protection et pour la protection de la famille.

Or qu'arrive-t-il habituellement? On a vu des parties rompre tout engagement par le fait de situation financière amoindrie; le mariage conclu dans de telles conditions n'est souvent qu'un marché que l'on s'efforce de rendre le plus avantageux possible au seul point de vue mercantile. *Veram notionem rerum amisimus*, dirait Caton le Censeur; nous ne sommes même plus de vrais marchands. Avant que d'accepter une proposition d'assurance en cas de décès, les compagnies exigent un rapport médical très détaillé qui les fixera, dans la mesure du possible, sur les chances de longévité de la personne à assurer; elles demandent au médecin de tenir compte tant des faits révélés par l'examen que des antécédents de famille, de l'état de santé antérieur, des habitudes et de la profession du proposant. Si les compagnies d'assurance sur la vie s'entourent de toutes garanties et refusent les porteurs de grosses tares: affections cardiaques, tuberculose, diabète, albuminurie, et ce pour arriver à tenir leurs engagements; n'est-il pas surprenant que, lors d'un mariage, les parents des futurs époux puissent se contenter, pour la plupart, d'indications très vagues sur la santé de ceux-ci? Par l'incurie des parents s'expliquent ces exemples nombreux de jeunes ménages très rapidement éprouvés par la maladie d'un des conjoints, de situations compromises du fait d'affections incurables.

Il ne se trouvera personne pour révoquer le bien-fondé de mes suggestions sur *l'examen médical avant le mariage*. Je dis qu'avant tout projet de mariage les jeunes gens et les jeunes filles devraient venir trouver leur médecin et poser la question classique de Panurge à Rondibilis: "me dois-je marier ou non?" Ainsi consulté, le médecin se trouvera parfois en présence de cas bien difficiles; il devra baser sa décision sur l'examen minutieux des cas particuliers et sur les lois générales établies par l'expérience. Ces lois n'ont naturellement rien d'immuable; de temps en temps, leur révision s'impose.

Parlant des cardiaques, Peter avait écrit: "filles, pas de mariage; femme, pas de grossesse; mère, pas d'allaitement". Cette recommandation de Peter à la femme prête à la controverse religieuse, mais notre devoir n'est point d'aller porter la guerre dans les pays neutres. Aujourd'hui on permet souvent le mariage à des cardiaques, car on ne compte plus les jeunes femmes atteintes de lésions valvulaires qui ont accouché heureusement. En ce qui concerne les syphilitiques, une doctrine avait été établie; puis, des faits nouveaux se sont produits, des progrès ont été réalisés dans le diagnostic et le traitement de la syphilis, si bien que la question du mariage des syphilitiques est redevenue d'actualité comme le témoigne un très remarquable travail de Monsieur Brocq.

Civatte publiait en 1907 les résultats d'une enquête faite par lui sur le mariage des syphilitiques auprès des spécialistes les plus connus des différents pays. De la lecture de ces réponses on pouvait dégager certaines règles générales. Tous les syphiligraphes, sauf un, reconnaissent qu'on peut permettre le mariage sous certaines conditions. Seul Mibelli fait exception, et s'appuyant sur ce fait qu'il est impossible d'affirmer la guérison de la maladie, il ne se croit pas autorisé à permettre le mariage aux syphilitiques.

Théoriquement, cette opinion s'appuie sur des arguments très solides.

En effet, dans le mariage, un syphilitique court trois risques:

1° Le risque de procréer des enfants malades. Suivant Ricard, l'hérédité paternelle seule se rencontre chez les enfants dans la proportion de 37 à 40 pour cent.

2° Le risque de contagionner sa femme. On pourrait, avec Gauzez, les accumuler ces exemples de femmes syphilitisées par leur mari.

3° Enfin, le risque de faillir à ses devoirs de chef de famille en tombant malade (hémiplégie, tabès, paralysie générale). Comme le fait si bien remarquer Gougerot, ces deux derniers risques ne peu-

vent être complètement conjurés par le traitement le plus actif et le plus minutieux, mais pratiquement, les risques deviennent si minimes, si rares, avec un traitement précoce, prolongé et surveillé, qu'ils ne sont pas supérieurs aux risques de maladies qui menacent tout individu.

L'interdiction du mariage aux syphilitiques ne s'applique donc qu'à certains cas exceptionnels; syphilis maligne, précoce, syphilis à récurrences incessantes, syphilis ayant présenté une localisation sur les centres nerveux ou les nerfs crâniens et, d'après Audry, syphilis contractée à un âge déjà avancé.

Mais quelles sont ces conditions, quelles sont ces réserves d'après lesquelles le médecin, un jour, donnera au syphilitique l'autorisation de se marier? D'après l'enquête de Civatte, elles étaient les suivantes: Quatre années devront s'être écoulées depuis le début de la maladie, période pendant laquelle on aura institué un traitement sérieux; le malade devra n'avoir présenté aucun accident depuis deux ans au moins; il suivra une cure mercurielle immédiatement avant le mariage et on le préviendra qu'il est prudent pour lui de se traiter par cures intermittentes jusque vers la sixième ou la huitième année.

Mais en 1907, année où Civatte publiait les résultats de son enquête, on ne connaissait ni le 606, ni les autres préparations arsénicales similaires, ni la réaction de Wasserman; il s'agit donc aujourd'hui, comme l'écrit Brocq, de savoir si ce code des syphilitiques doit être modifié; en d'autres termes, peut-on, en se servant des nouveaux produits arsénicaux, permettre au syphilitique de se marier avant les dates anciennement fixées? Brocq répond que la question est fort complexe, qu'il faut sérier les faits pour arriver à une grande précision; puis il passe en revue les divers cas qui se présentent.

Voici un malade soigné dès le début par l'arsénobenzol; il n'a jamais eu d'accidents secondaires et la réaction de Wasserman n'a jamais été positive. A l'encontre des données reconnues, certains syphiligraphes réclament pour ce malade le droit au mariage, quelques mois à peine après la constatation de l'accident primaire. Ce sujet, disent-ils, est radicalement guéri de son infection puisqu'il n'a jamais eu d'accidents d'infection générale, puisque son Wasserman est resté toujours négatif, puisqu'il est susceptible de reprendre la syphilis. Brocq reprend chacun de ces arguments et les discute.

1° *Le sujet n'a jamais eu d'accidents d'infection générale.* Même en l'absence de tout traitement, on voit des syphilitiques ne présenter aucun accident secondaire visible pendant un an ou même deux ans, qui ont alors des érosions contagieuses des muqueuses, et, plus tard,

des accidents tertiaires. L'absence d'accidents secondaires chez un sujet contaminé et traité ne constitue donc pas une preuve décisive de guérison.

2° *Le Wasserman est resté toujours négatif.* Il est incontestable que si un sujet, vigoureusement traité dès l'apparition du chancre, avant que le Wasserman ne soit devenu positif, ne voit apparaître aucun accident suspect, et conserve un Wasserman négatif pendant plusieurs mois après la cessation du traitement, il y a de très fortes chances pour qu'il soit définitivement guéri de sa maladie; des syphiligraphes connus affirment que, depuis qu'ils emploient l'arsénobenzol dès l'apparition du chancre, ils n'ont jamais observé le moindre accident syphilitique chez des malades de cette catégorie. Mais Brocq fait deux remarques: on voit des cas, dit-il, rares sans doute, mais incontestables, d'accidents syphilitiques secundo-tertiaires, des plus nets, coïncidant avec un Wasserman négatif; d'autre part, des faits également indiscutables prouvent qu'après être longtemps resté négatif à la suite d'un traitement par l'arsénobenzol, le Wasserman peut redevenir positif après un an, deux ans même, et des accidents syphilitiques peuvent dès lors de nouveau se produire.

Par conséquent, conclut Brocq, dans *l'état actuel de la science, il n'y a, la réinfection exceptée, aucun moyen réellement sûr de savoir si oui ou non un syphilitique est complètement guéri:*

3° *Le sujet est susceptible de reprendre la syphilis.* Brocq admet que la réinfection syphilitique est possible et que, dans ces conditions, le sujet qui a repris la syphilis était guéri complètement de la première infection.

D'autre part, certains cas sont considérés comme appartenant à la réinfection, qui lui sont étrangers. M. Ravaut, dans la "Presse Médicale" (1913), écrit sous le titre "Réinfection syphilitique": Si la médication est trop intense au début, on pourra débarrasser l'organisme des tréponèmes, mais ceux-ci subsisteront encore au niveau du chancre initial. La lésion pourra donc réapparaître plus tard et, d'après Ravaut, on aura là une récurrence et non une réinfection.

De ce que certains sujets ont pu guérir complètement, on n'est pas en droit de conclure que tous les sujets placés dans des conditions identiques seront, eux aussi, radicalement guéris; la médecine n'étant pas une science exacte, on ne peut, lorsqu'il s'agit de malades, raisonner comme dans une expérience de physique ou de chimie et se demander si l'arsénobenzol agira de la même manière, avec la même puissance dans tous les cas.

Nous n'avons, à propos de la stérilisation totale de la syphilis traitée, dès son début, que des probabilités et nulle certitude...

Ainsi donc, les arguments en faveur du mariage précoce des syphilitiques traités dès le début par l'arsénobenzol laissent encore prise à la discussion. Et Brocq adopte la règle suivante: Un syphilitique vigoureusement traité dès l'apparition du chancre, n'ayant jamais présenté d'accidents secondaires appréciables, ayant toujours eu des Wasserman négatifs, peut à la rigueur se marier avant l'expiration des délais autrefois exigés, à la condition d'être surveillé pendant un laps de temps d'au moins deux ans.

4° *Examinons maintenant la situation du malade qui n'a pas été soigné dès le début de l'infection et dont l'organisme est totalement infecté quand on commence le traitement.* On doit alors s'en tenir aux règles anciennes et encore sont-elles aggravées si l'on se trouve en face du problème de la double réaction de Wasserman du sérum sanguin et du liquide céphalo-rachidien. Théoriquement, il faut, pour permettre à un syphilitique de se marier, que les réactions de Wasserman soient chez lui devenues négatives à la suite du traitement, qu'elles se maintiennent négatives après une assez longue période de repos et qu'ensuite il n'y ait pas de réaction de Wasserman par une cure de réactivation hydrargique ou par une injection d'arsénobenzol. Mais dans la pratique en dehors des grands centres scientifiques et des hôpitaux, on devra s'en tenir aux règles anciennement posées qui exigent plusieurs années de traitement sérieux à partir de l'apparition du chancre...

5° *Il est encore des syphilitiques dont les Wasserman continuent à rester positifs malgré des traitements intensifs, ou qui redeviennent constamment positifs après une période de repos ou après une réactivation.* Dans ces cas, tout à fait exceptionnels, Brocq conseille aux malades six à huit années de traitement avant de leur permettre de songer à se marier.

6° *Reste à étudier le cas d'un ancien syphilitique qui veut se marier.* On le lui permettra s'il n'a aucune tare tenant à la syphilis, s'il a été bien soigné, si, depuis deux ans, il ne présente aucun accident, s'il a un Wasserman négatif. Il arrivera parfois que, toutes les autres conditions étant remplies, le Wasserman soit positif. L'auteur de la "Question du mariage des syphilitiques" ne pense pas que l'existence d'un Wasserman positif, chez un ancien syphilitique, parfaitement bien portant d'ailleurs, prouve d'une manière certaine que ce syphilitique soit dangereux pour sa femme et doive procréer des hérédo-syphilitiques ou tout au moins des tarés; il a trouvé des Was-

serman très positifs chez des sujets mariés qui avaient eu la syphilis avant leur mariage et dont les enfants étaient très bien constitués. On n'interdira donc point le mariage aux anciens syphilitiques à Wasserman positif, mais on leur conseillera un traitement sérieux avant le mariage, pour essayer de rendre le Wasserman négatif. Toutes ces questions relatives au mariage des syphilitiques sont donc bien délicates. Pour les praticiens non spécialisés en syphiligraphie, ils doivent, écrit M. Gougerot, retenir de ces discussions deux idées principales : si le 606 et le 914 guérissent plus rapidement que le mercure les accidents immédiats, ils n'empêchent pas plus que le mercure les récidives ; les malades, traités par le 606, devront donc continuer d'être surveillés, car ils peuvent, du jour au lendemain, avoir des accidents et redevenir contagieux.

Voilà, Messieurs, les conditions auxquelles on peut avoir, nous ne dirons pas l'audace, mais bien l'humanité de conseiller le mariage aux syphilitiques, sans qu'il en résulte pour eux et pour les autres aucun inconvénient.....

Personne n'ignore que la guerre de défensive, si elle plaît peu

## II. PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS

aux caractères bouillants et impétueux, présente moins de dangers que la guerre d'offensive : toujours vous marchez à couvert, votre effort se résumant à l'art de deviner les plans de l'ennemi pour ne pas vous laisser surprendre. Dans la première partie de notre travail, nous avons guerroyé sur la défensive, nous avons affermi notre courage, réchauffé notre ardeur contre un ennemi d'endurance toute germanique. Il est vaincu mais rien ne nous assure qu'il ne se relèvera bientôt pour nous surprendre désarmés.

Organisons la soirée de "*la veillée des armes*"; mais adoptons l'offensive, nous voulons parler de la prophylaxie de la syphilis...

Elle est multiple. Nous l'envisagerons après le mariage, au cours de la grossesse, après l'accouchement et pendant la lactation...

Nous avons indiqué plus haut les règles à suivre avant d'autoriser le mariage aux syphilitiques. Messieurs, vous avez donné à votre malade le conseil de ne pas se marier, mais il s'est marié malgré vous, il n'a pas tenu compte des conditions imposées, et que vous jugez indispensables. Il vient vous consulter après le mariage. Qu'allez-vous lui dire ? Eh bien ! vous allez l'éduquer à nouveau, vous le traiterez intensivement en lui faisant des injections solubles ou insolubles. Il faut, dit-on, lui interdire d'une façon absolue, la paternité ; il

le faut, le médecin doit le lui dire, et même peut-être, sera-t-il obligé, si l'attitude de son malade rend la chose nécessaire, comme disait M. Diday: "de se faire professeur jusqu'au bout, professeur toujours décent, mais suffisamment clair".

Pour le médecin catholique, il n'y a qu'une solution de ce problème: c'est la morale qui la donne.

Le client n'a pas compris, parfois n'a pas voulu comprendre; voilà sa femme enceinte, le rôle du médecin intervient au cours de la grossesse. Il doit protéger l'enfant qui va naître, et comment va-t-il le faire? Il ne le peut que d'une seule façon: *en traitant la mère*. Il doit traiter la mère, soit, mais pour traiter cette femme, il faut qu'il demande à l'examiner. Il faut que le médecin voit si oui ou non elle est syphilitique.

Alors de deux choses, l'une: ou bien elle sera indemne et ne présentera aucune espèce d'accident, ou bien elle sera infectée, soit directement par son mari, soit indirectement par son enfant, par la syphilis conceptionnelle. Supposons la mère infectée: Il sera nécessaire de traiter la mère; cela va de soi, cela est indispensable pour éviter un avortement probable, sinon certain, et essayer de faire naître l'enfant vivant. Il faut surveiller le fœtus in utero. Cette surveillance d'un enfant syphilitique près de succomber, on en saisit tout de suite l'importance. On traitera la mère d'une façon énergique pour faire gagner du temps à l'enfant, jusqu'à ce qu'on puisse arriver à la fin du septième mois, peut-être au commencement ou au milieu du huitième, voire même, si on le peut, à la fin du huitième mois, pour mettre, avant qu'il ne succombe, cet enfant au monde, en faisant accoucher prématurément sa mère. Le traitement anti-syphilitique pourra alors atteindre directement l'enfant et lui sera bien plus efficace que par l'intermédiaire de la mère...

Telle est la conduite à tenir si la mère est contaminée; le médecin s'efforce d'avoir un enfant vivant. Mais si la femme n'est pas infectée, quel sera son rôle? Le praticien sera dans un grand embarras. Faut-il traiter, ou faut-il ne pas traiter cette mère qui n'a rien apparemment, mais dont le fœtus est probablement syphilitique? Fournier estime qu'il est préférable de le traiter; c'est là une chose délicate, assez difficile à obtenir surtout pour une première grossesse, quand des avortements antérieurs n'ont pas déjà mis la femme sur la voie de la vérité... Mais on doit traiter la mère sans avouer le motif exact pour lequel on la traite; on invoquera sa santé débilitée ou tout autre motif fourni par les circonstances. Si la dignité du médecin interdit absolument à celui-ci des compromissions qui soient

incompatibles avec son caractère, elle trouvera sa sauvegarde dans la sincérité des raisons qui dictent cette règle de conduite. Combien n'évitera-t-il pas ainsi de complications malheureuses qu'une franchise irraisonnée n'eût pas manqué de faire naître?

*Après l'accouchement* que fera le praticien pour cet enfant?

Si celui-ci est né sain, il n'aura qu'à le surveiller pour voir s'il ne surviendra pas chez lui des signes de syphilis héréditaire précoce: coryza, plaques muqueuses, etc., ou ultérieurement, des signes de syphilis héréditaire tardive...

*L'enfant est syphilitique*, quelle sera la conduite du praticien? Elle comporte quatre indications, Messieurs.

La première, c'est de traiter l'enfant.

La seconde, c'est de traiter de nouveau le père ou les parents de l'enfant, car l'état syphilitique de l'enfant est une preuve de la non guérison de ses parents.

La troisième, c'est d'interdire une grossesse nouvelle jusqu'à ce qu'un nouveau traitement ait obtenu une action suffisante.

La quatrième enfin, est d'imposer la lactation maternelle ou le lait stérilisé... Il est indispensable que l'enfant né syphilitique ait le lait de sa mère ou du lait stérilisé. Il ne faut pas de nourrice à aucun prix. Il faut obtenir cela du mari, impérieusement même s'il ne veut pas donner son consentement...

Ce problème *de la lactation du nouveau-né syphilitique* entraînerait à des longueurs, et depuis longtemps déjà nous chevauchons ensemble sur le chemin des longueurs...

Je le poserai simplement.

La prophylaxie de la contamination par l'allaitement comprend deux ordres de questions: d'abord, la contamination de la nourrice par l'enfant. Une seconde question se pose, celle de la contamination de l'enfant par une nourrice syphilitique ou une nourricée en incubation de syphilis.

L'allaitement mercenaire n'existe pas ou du moins est-il très rare au pays, surtout dans le Canada Français; nos mères canadiennes, nous le dirons à leur honneur, conservent encore fidèlement la tradition léguée par leurs aïeules d'allaiter elles-mêmes leurs enfants. Des cas, rares sans doute, se peuvent présenter où il faudra recourir aux nourrices mercenaires.

Comment procéder alors? On fait tout ce que l'on peut habituellement pour se prémunir contre la nourrice, on ne fait rien pour prémunir celle-ci contre l'infection possible par les nourrissons syphilitiques. Le médecin doit être prêtre et remplir son devoir jus-

qu'au bout. Il protégera la nourrice contre le nourrisson syphilitique avec le même soin qu'il apporterait s'il s'agissait d'écarter le nourrisson d'une nourrice syphilitisée. Une sage mesure pour éviter la contagion par une nourrice en incubation de syphilis serait d'exiger de toute nourrice ayant allaité un enfant un certificat que l'enfant allaité n'était affecté d'aucune maladie contagieuse, et de n'accepter que les nourrices présentant ce certificat. On a proposé l'obligation, pour les enfants, de présenter des certificats de santé aux nourrices sur lieu ou dans les bureaux de placement. Cela paraît en pratique bien difficile, mais ce serait d'une justice élémentaire.

Je n'aurais qu'ébauché l'étude prophylactique de la syphilis si je ne parlais de la réglementation de la prostitution et de la police des mœurs. Nous ferons ensemble quelques suggestions sur la défense de la collectivité par l'enseignement et l'éducation. L'étude de la prophylaxie par la répression de la prostitution et le fonctionnement de la police des mœurs est un sujet délicat, et un sujet difficile que j'exposerai, je l'espère, sans heurter vos convictions.

On a pensé de tout temps que soigner la syphilis était insuffisant et qu'il fallait réprimer la prostitution pour venir à bout des maladies vénériennes.

Pour comprendre l'esprit dans lequel je veux poser la question, souvenez-vous de la belle devise qui couronne le front du grand amphithéâtre de la Faculté de Paris :

*Ad caedes hominum prisca amphitheatra patebant  
Ut longum discant vivere nostra patent.*

Ut longum discant vivere: Pour qu'ils apprennent à vivre longtemps. C'est le but suprême de la médecine: faire vivre les hommes aussi longtemps que possible; or, le péril vénérien les empêchant d'une façon majeure de vivre longtemps, essayons de le combattre en médecin, c'est-à-dire en éleveurs de la race humaine.

La syphilis est une maladie comme une autre, pourquoi ne pas prendre contre elle des mesures identiques à celles que nous prenons contre la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde? Pourquoi ne pas prendre des mesures semblables à celles qui règlent l'exercice de certaines industries, dites classées, de certaines industries insalubres, de certains commerces dangereux? Messieurs, si vous voulez bien admettre ces propositions, vous allez voir combien tout le reste va se simplifier. Voilà l'esprit dans lequel le médecin devra examiner cette question, il devra l'examiner en médecin qui s'occupe des choses du corps et non de l'esprit et voir s'il est possible d'y porter remède au point de vue de l'extension des maladies vénériennes.

La prostitution des filles insoumises, prostitution clandestine seule, existe au Canada. C'est de toutes les modalités de prostitution celle qui, en France, contribue le plus à la diffusion des maladies vénériennes. On la rencontre beaucoup chez les mineurs. Monsieur le Pileur dit, en parlant de cette classe de prostituées: Dix années d'observations prises à l'infirmerie de St. Lazare m'ont permis d'établir la formule suivante qui caractérise la prostituée:

Déflorée à 16 ans;

Prostituée à 17 ans;

Syphilitisée à 18 ans.

De cette formule découlent les deux corollaires suivants:

1° La prostitution est une maladie morale fatale, surtout dans les grandes agglomérations.

2° La prostitution est le principal facteur des maladies vénériennes et en particulier de la syphilis.

Nous sommes maintenant en présence de deux écoles, les réglementaristes et les prohibitionnistes. Disposons de ceux-ci et de leur théorie idéaliste, je veux dire irréalisable, pour nous rattacher en désespoir de cause aux réglementaristes qui incarnent l'opinion la plus acceptée. Mais, dira quelqu'un: Cette protection que vous réclamez n'ira pas aux gens que vous voudriez et que nous voudrions, comme vous, sauvegarder. Car, s'exerçant par l'action publique sur le seul milieu qu'elle puisse atteindre, à savoir sur les prostituées, elle ne profitera qu'au public peu intéressant des gens qui les fréquentent, c'est-à-dire à la clientèle des maisons publiques, aux habitués des lupanars, à la lie et aux bas-fonds de la société. Erreur, répondrai-je avec M. Alfred Fournier, grave erreur. Il est absolument commun que la syphilis rebondisse du bouge le plus misérable et le plus abject au foyer le plus riche ou le plus pur. De cela, le hasard veut que j'aie par devers moi un exemple si probant que je ne résiste pas au désir de le citer:

Un de mes clients, continue le grand syphiligraphe, homme sérieux et marié, à la suite d'un dîner entre camarades de collège, va par curiosité visiter une maison publique de Paris, célèbre à l'époque par un genre spécial d'exhibitions érotiques. Là, ayant quelques verres de champagne en trop dans la tête, il se laisse tenter et contracte la syphilis qu'il communique bientôt à sa femme, laquelle la transmet à son tout jeune enfant qu'elle nourrissait.....

Et c'est ainsi que, bien souvent, la syphilis passe du grabat au palais du lupanar infâme, à l'alcôve de l'honnête femme, voire au berceau de l'enfant.

La protection dans le droit commun est donc une solution parfaitement acceptable, mettant d'accord les réglementaristes et les abolitionnistes; ceux, du moins, que la passion n'aveugle pas.

Le plan de mon travail veut que, tel le fâcheux d'Horace, je vous harcèle encore plus loin sur la Voie Sacrée. *Forte ibamvia sacra.*

Un dernier mot sur la *prophylaxie de la syphilis par l'enseignement et l'éducation*. On ne parle pas de la syphilis dans le monde, dit Fournier, parce que c'est un mot dégradant. On a tort, c'est une maladie comme les autres. Jamais il n'est question de mortalité syphilitique, vous ne voyez pas la syphilis inscrite sur les causes de décès dans les statistiques municipales. C'est une erreur, il faut rendre à la syphilis ce qui lui appartient, puisque c'est malheureusement une propriétaire bien riche; il faut montrer ses méfaits; il faut, en un mot, faire de la publicité autour de l'action novice de la syphilis, pour la bien faire connaître.

Comment éduquer et comment instruire. On peut éduquer, instruire par les livres, par les brochures, par les romans. Depuis quelques années, les auteurs très courageux n'ont pas hésité à parler de la syphilis dans leurs oeuvres; tels M. Couvreur dans les Mancenilles, M. Brioux dans les Avariés, M. Michel Corday dans Vénus ou les deux risques.

On peut également instruire le peuple par le théâtre. J'ai lu que la censure, à Paris, refusa les Avariés. Sans prendre part pour ou contre la censure, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer qu'elle autorise dans les cafés-concerts des inepties monstrueuses et parfois des grivoiseries plus que salées, souvent marquées au point de l'immondice. Sous le prétexte d'une pudeur déplacée, de pruderie, la censure a refusé les Avariés. Quelle erreur regrettable et funeste. Aussi, pour modifier un tel état d'âme, les médecins devraient s'efforcer de peser sur l'esprit de ceux qui nous dirigent afin d'obtenir l'autorisation de jouer des pièces comme celle de M. Brioux, destinées à faire l'éducation sanitaire et morale du peuple. Messieurs, nous pourrons enfin faire l'éducation du peuple en protestant avec véhémence contre la *démoralisation de l'idée sexuelle*, comme le dit M. Queyrat, *en préconisant le mariage jeune, et en montrant le danger du péril vénérien pour le mariage.*

J'ai enfin terminé, Messieurs, l'exposé de la Prophylaxie du péril syphilitique. Toutes les considérations développées devant vous, vous ont montré qu'il est immense. Personne n'en est à l'abri, en raison de la fréquence très grande des contaminations. Ce péril vénérien, il faut le faire connaître en le criant bien haut et en parlant de ses mé-

faits sans fausse honte. Il faut le montrer au grand jour tel qu'il est pour le combattre.

L'éducation du peuple, par l'oeuvre médicale, parviendra, espérons-le, à faire obtenir des pouvoirs publics les réformes légales nécessaires à la sauvegarde de la collectivité et de la race. . . . .

---

o

---

### BIBLIOGRAPHIE

*Balthazard*: Précis de Path. int., t.—I—, édition de 1912.

*Fournier*: En guérit-on, "I vol. in 80, 96 pp. Paris Delagrave, 1906.

*Gougerot*: Le traitement de la syph-en clientèle, I vol. 12, 492 pp. Paris. A. Maloine, 1914

*Hanshalter, Etienne, Spillman et Thiry*: Cliniques médicales iconographiques. Ancienne librairie Naud. Paris 1902.

*Union Médicale (Montréal)*: Juin 1905 "(L'avariose, péril social," Dr A. Lesage.

---

o

---

### PARIS MEDICAL

Le numéro du 3 juin du grand magazine *Paris Médical*, dirigé par le professeur Gilbert, est consacré exclusivement à la *Neurologie*.

En voici les principaux articles:

Les réactions psychomotrices et émotives des trépanés, par les Drs J. Camus et Nepper. — Alcoolisation tronculaire au cours les acromyotomies, par le Dr Sicard. — Les anesthésies corticales à topographie atypique, par les Drs Villaret et Faure-Beaulieu. — Les troubles de l'équilibration dans les commotions, par les Drs Cestan, Descomps et Sauvage. — Un cas d'hystéro-traumatisme, par les Drs Chavigny et Spillmann. — Hémianopsies d'origine corticale, par le Dr F. Terrien. — A propos de d'hystérie, par le Dr Léri. — Topoparesthésies cicatricielles, par le Dr André Thomas. — Aphasie avec hémiplegie gauche, par le Dr Ferrand. — Blessures des paquets vasculo-nerveux, par les Drs Stassen et Voncken. — Les réactions du nerf dans la compression, par les Drs Batiez et Desplats. — Souvenirs sur Gilbert-Ballet, par le Dr Lévy-Valensi, etc.

Ce numéro comprenant 60 pages in-4 à deux colonnes avec figures, sera envoyé contre 1 franc en timbres-poste envoyé à la librairie J.-B. Baillièrre et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

**Convention annuelle des services sanitaires de  
la Province de Québec**

---

Lachine, 8 juillet, 1916.

Cher monsieur,

J'ai l'honneur de vous communiquer le programme provisoire de la "*VIe Convention des Services Sanitaires de la province de Québec*" qui aura lieu à Québec les 12, 13 et 14 septembre prochain, concurremment avec l'association canadienne pour la prévention de la tuberculose et la Canadian Public Health Association.

Les questions d'hygiène publique auxquelles la population porte maintenant un intérêt de plus en plus considérable devront, il me semble, retenir l'attention bienveillante et active des membres de notre profession qui ont le devoir non seulement de protéger les individus contre toute cause possible de maladie, mais aussi de travailler à l'adoption des mesures qui assurent la protection des collectivités.

C'est pourquoi, connaissant l'esprit public de nos confrères, nous leur adressons une invitation bien cordiale de prendre part à nos délibérations et d'y apporter leur concours toujours précieux.

J'ai l'honneur d'être,

M. le Rédacteur,

Votre obéissant serviteur,

J. A. BEAUDOIN, M.D., D.H.P.,

Secrétaire,

329, rue St-Joseph.

## PROGRAMME

MARDI 12 SEPTEMBRE—2 P.M.—AU PALAIS LEGISLATIF.

1. Discours d'ouverture par l'honorable Sénateur Fiset, Président de la Convention.
2. Rapport du Comité re: Maladies vénériennes. Dr P. V. Faucher, Professeur à l'Université Laval, Québec. Discussion.
3. Rapport du Comité re: Mortalité infantile. Dr A. Corsin, Inspecteur régional du Conseil supérieur d'hygiène. Discussion.
4. Rapport du Comité re: Piscines de natation. Dr J. Ed. Laberge, Asst.-directeur du Bureau municipal d'hygiène de Montréal et Chef des services des maladies contagieuses et de l'inspection médicale des écoles. Discussion.

MARDI 12 SEPTEMBRE—8 P.M.—A L'UNIVERSITE LAVAL.

*Assemblée publique avec "l'Association antituberculeuse canadienne".*

1. Discours de bienvenue, par Son Honneur le Lieutenant-Gouverneur, Sir Evariste LeBlanc.
2. Discours du président, l'honorable Sénateur J. W. Daniels, M.D., St John, N.B.
3. La classe dirigeante et le problème de la Tuberculose. Dr J. E. Dubé, Professeur de phtisiothérapie à l'Université Laval, Montréal.

MERCREDI 13 SEPTEMBRE—9 A.M.—AU PALAIS LEGISLATIF.

1. Disposition des rebuts. Dr S. Boucher, Directeur du Bureau municipal d'hygiène de Montréal. Discussion.
2. Le problème de l'habitation. Casiers sanitaires municipaux. Dr E. Nadeau, Médecin de l'Hôpital des Immigrants, Québec. Discussion.
3. Epidémiologie. Dr E. Pelletier, Secrétaire-directeur du Conseil supérieur d'hygiène. Discussion.
4. La désinfection terminale dans les maladies contagieuses. Dr A. Bernier, Bactériologiste du Conseil supérieur d'hygiène. Discussion.

*Lunch au Kent House, Chutes Montmorency.*

MERCREDI 13 SEPTEMBRE—2 P.M.—AU PALAIS LEGISLATIF.

1. Falsification des denrées alimentaires. Dr J. E. Baril, Professeur de chimie à l'Université Laval, Montréal. Discussion.
2. Inspection de la viande. Dr A. J. Hood, Chef du Service municipal de l'Inspection des aliments, Montréal. Discussion.
3. Contrôle de la tuberculose bovine. Dr L. J. Demers, Inspecteur fédéral des établissements alimentaires. Discussion.
4. Improvement of milk supply in small towns. Dr. John Hayes, Vice-President of the Convention.
5. Lutte pour prévenir la pollution des eaux d'alimentation. M. Mac H. McCrady, Chimiste du Conseil supérieur d'hygiène. Discussion.
6. Traitement de l'eau d'alimentation. M. T.-J. Lafrenière, Ingénieur sanitaire du Conseil supérieur d'hygiène. Discussion.

MERCREDI 13 SEPTEMBRE—8 P.M.—A L'UNIVERSITE LAVAL.

*Séance publique avec la "Canadian Public Health Association".*

1. Discours de bienvenue par Son Honneur le Maire de Québec, M. H.-E. Lavigueur.
2. Discours de bienvenue par Sir Lomer Gouin, Premier ministre de la province de Québec.
3. Address of the President of the Canadian Public Health Association, C. J. Hastings, M.D., Medical Officer of Health, Toronto.
4. A Dominion Department of Health. Michael Steele, M.D., M.P., of Perth, Ont.

*Concert boucane (Smoker) au Chateau Frontenac.*

JEUDI 14 SEPTEMBRE—9.30 A.M.—AU PALAIS LEGISLATIF.

1. Statistiques de l'hygiène professionnelle. Dr J. W. Bonnier, Statisticien du Conseil supérieur d'hygiène. Discussion.
2. Conditions d'insalubrité des usines. M. Louis Guyon, Directeur du service de l'inspection des établissements industriels de la province. Discussion.
3. Inspection médicale de l'industrie. Dr Edgar Couillard, Inspecteur régional du Conseil supérieur d'hygiène. Discussion.
4. Rapport du Comité re: Inspection médicale des écoles. Dr A. Simard, Président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec et Membre du Conseil supérieur d'hygiène. Discussion.
5. Avantages de l'inspection médicale des écoles. Dr J. A. Beaudoin, Directeur du Bureau municipal d'hygiène de Lachine. Discussion.

JEUDI 14 SEPTEMBRE—2 P.M.—AU PALAIS LEGISLATIF.

1. Voeux.
2. Elections — Choix du lieu de la prochaine convention.
3. Travaux non terminés.

JEUDI 14 SEPTEMBRE—8 P.M.—A L'UNIVERSITE LAVAL.

*..Séance publique avec la "Canadian Public Health Association".*

1. Economic value of preventive medicine, by Ex-controller McCarthy, Toronto.
2. Address on Homes for Mental Defectives, by Mrs. A. M. Huestis, President National Council of Women, Toronto.

*Excursion au Saguenay.*