

MÉDECINE ET IDÉOLOGIES

La tuberculose
au Québec
XVIII^e-XX^e siècles



JACQUES BERNIER



MÉDECINE ET IDÉOLOGIES

*La tuberculose au Québec,
XVIII^e-XX^e siècles*

MÉDECINE ET IDÉOLOGIES

*La tuberculose au Québec,
XVIII^e-XX^e siècles*

JACQUES BERNIER



Presses de
l'Université Laval

Financé par le gouvernement du Canada
Funded by the Government of Canada

| **Canada**

Nous remercions le Conseil des arts du Canada de son soutien. L'an dernier, le Conseil a investi 153 millions de dollars pour mettre de l'art dans la vie des Canadiennes et des Canadiens de tout le pays.

We acknowledge the support of the Canada Council for the Arts, which last year invested \$153 million to bring the arts to Canadians throughout the country.



Conseil des arts
du Canada

Canada Council
for the Arts

Les Presses de l'Université Laval reçoivent chaque année de la Société de développement des entreprises culturelles du Québec une aide financière pour l'ensemble de leur programme de publication.

SODEC

Québec 

Maquette de couverture : Laurie Patry
Mise en pages : Diane Trottier
Illustration de la couverture : Magdalene Carson

© Presses de l'Université Laval. Tous droits réservés.

Dépôt légal 4^e trimestre 2018

ISBN 978-2-7637-3951-9

PDF 9782763739526

Les Presses de l'Université Laval
www.pulaval.com

Toute reproduction ou diffusion en tout ou en partie de ce livre par quelque moyen que ce soit est interdite sans l'autorisation écrite des Presses de l'Université Laval.

À Guillaume et Benjamin

Table des matières

Liste des tableaux	XIII
Sigles	XV
Avant-propos	1
CHAPITRE 1	
Les représentations de la tuberculose au XVIII^e siècle	7
1.1 Introduction.....	7
1.2 Les thèses contagionistes.....	15
1.3 La thèse constitutionnelle.....	20
Les cas de faiblesse.....	20
Les états maladifs.....	21
Le climat.....	22
1.4 La disposition héréditaire	23
1.5 Les comportements.....	24
1.6 Conclusion.....	27
CHAPITRE 2	
La tuberculose au XIX^e siècle	33
2.1 Les apports du XIX ^e siècle	33
Les nouvelles connaissances	33
Leur diffusion au Québec.....	39
2.2 Le vécu des tuberculeux.....	44
Les façons de voir	44
Les façons de faire.....	47
2.3 La mortalité à la fin du XIX ^e siècle.....	51
2.4 Conclusion.....	59

CHAPITRE 3

La médecine et la tuberculose, 1900-1950	61
3.1 Les savoirs	62
L'étiologie	62
L'anatomie pathologique	73
Le diagnostic.....	74
3.2 Les traitements.....	77
Le traitement hygiénodiététique	78
Les médicaments	80
Les traitements chirurgicaux	83
3.3 La vaccination	89
3.4 La formation des médecins et des infirmières	93
3.5 Conclusion.....	99

CHAPITRE 4

La société et la tuberculose, 1900-1950	101
4.1 Les organisations charitables	101
4.2 Les organismes gouvernementaux	104
Les tout débuts	104
Sous le gouvernement Gouin (1905-1920).....	106
Sous le gouvernement Taschereau (1920-1936), et après.....	107
4.3 Parler de prévention et prendre des mesures	111
La prévention au quotidien.....	111
La question de la déclaration obligatoire	120
Ces réticences ne furent pas propres aux médecins du Québec ..	124
Le problème du lait et celui des logements.....	125
4.4 Des lieux pour les malades.....	128
La question du nombre de lits	128
Sanatoriums et hôpitaux	130
Le placement des enfants	134
4.5 La mortalité tuberculeuse	137
La mortalité globale.....	137
Villes et campagne.....	138
Les villes entre elles.....	138
Les comtés entre eux	139
Le sexe et l'âge	140

La tuberculose dans le Nord.....	141
La tuberculose et les autres maladies.....	144
Conclusions générales.....	147
Le rôle des pouvoirs publics.....	148
Le rôle de la profession médicale.....	161
Épilogue.....	163
ANNEXE I	
Études sur la tuberculose par Jean-Antoine Villemin	
– Extraits	165
Extrait 1 : « De la diathèse tuberculeuse » (p. 270-273).....	167
Extrait 2 : « De l'hérédité dans la production de la phthisie ».....	168
a) (p. 278-282).....	168
b) (p. 284-285).....	170
Extrait 3 : « La morve est la maladie la plus voisine de la tuberculose » (p. 459-462).....	171
ANNEXE II	
<i>Rapport de la Commission royale de la tuberculose, 1909-1910 – Extraits (p. 3-12)</i>.....	175
ANNEXE III	
Programme d'organisation de la lutte anti-tuberculeuse La province de Québec, 1920-1921	191
ANNEXE IV	
Taux de mortalité par tuberculose dans les cités et villes de 5 000 âmes depuis 1926.....	195
ANNEXE V	
Taux de mortalité par tuberculose dans les comtés (cités et villes incluses) depuis 1926.....	199
Bibliographie.....	205
Index	227

Liste des tableaux

Tableau 1	
Ouvrages sur la phtisie consultés (1672-1799).....	12
Tableau 2	
Cimetière Mount Hermon – Causes de décès reliées à des maladies du système respiratoire (1848-1883).....	55
Tableau 3	
Membres de la Commission royale de la tuberculose (1909-1910)	65
Tableau 4	
La tuberculose : évolution du nombre de décès et de lits au Québec (1921-1976)	129
Tableau 5	
Les régions sanatoriales du Québec (1940)	136
Tableau 6	
Évolution de la mortalité tuberculeuse au Québec (1901-1971)	137
Tableau 7	
Évolution de la mortalité tuberculeuse au Canada (1921-1961)	138
Tableau 8	
Évolution de la mortalité tuberculeuse au Québec dans les villes et les régions rurales (1926-1946).....	138
Tableau 9	
Évolution de la mortalité tuberculeuse dans huit villes du Québec (1926-1948).....	139
Tableau 10	
Évolution de la mortalité tuberculeuse dans certains comtés (cités et villes incluses) du Québec (1926-1948).....	140

Tableau 11

Distribution des décès tuberculeux au Québec par groupe d'âge (1910-1915) (sans Montréal et Québec).....	141
--	-----

Tableau 12

Principales causes de décès au Québec (1926-1945)	145
---	-----

Tableau 13

Décès dus à la tuberculose dans différentes régions de 1900 à 1961	152
--	-----

Tableau 14

Taux de mortalité par tuberculose à Montréal et à New York (1914-1948).....	158
---	-----

Tableau 15

Programme d'organisation de la lutte anti-tuberculeuse dans la province de Québec	193
---	-----

Tableau 16

Taux de mortalité par tuberculose dans les cités et villes de 5 000 âmes depuis 1926.....	196
---	-----

Tableau 17

Taux de mortalité par tuberculose dans les comtés (cités et villes incluses) depuis 1926.....	200
---	-----

Sigles

BAnQ: Bibliothèque et Archives nationales du Québec

BCG: Bacille Calmette-Guérin

BMQ: Bulletin médical de Québec

CBMH/BCHM: Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin canadien d'histoire de la médecine

CHPQ: Conseil d'hygiène de la province de Québec (1895-1914)

CMAJ/JAMC: Canadian Medical Association Journal / Journal de l'Association médicale canadienne

CRTB: Commission royale de la tuberculose (1910)

DBC: Dictionnaire biographique du Canada

SPH: Service provincial d'hygiène

UMC: Union médicale du Canada

USC: Unité sanitaire de comté

Avant-propos

La tuberculose est toujours l'une des principales causes de mortalité dans le monde. L'Organisation mondiale de la santé révèle, dans son rapport de 2016, qu'elle a fait plus de 1,8 million de morts en 2015. Les régions les plus touchées sont celles de l'Asie du Sud-Est, du Pacifique Ouest et de l'Afrique subsaharienne¹. Au Canada, comme dans les autres pays développés, elle affecte actuellement peu de personnes, mais sa menace est toujours présente notamment en raison des nouvelles formes de résistance du bacille de Koch aux traitements. D'ailleurs, il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire et, au Québec, c'est la seule maladie contagieuse à traitement obligatoire². La tuberculose est le premier facteur de mortalité chez les personnes séropositives pour le VIH, et on la retrouve chez certains groupes de marginaux (toxicomanes, prostitués, itinérants). Malgré des progrès appréciables, son taux d'incidence dans les communautés autochtones du Canada est toujours plus important que dans le reste de la population³.

-
1. Organisation mondiale de la Santé, «Tuberculose», [www.who.int/fr], consulté le 23 oct. 2017.
 2. Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (MATO), L. R. S. Chap. S-2.2, R.2.
 3. En 2011, le nombre de cas déclarés de tuberculose au Canada fut de 1607, soit un taux d'incidence de 4,7 pour 100 000 personnes. De ce nombre, 303 étaient des Autochtones soit, chez eux, un taux de 23,8 pour 100 000. *Épidémiologie de la tuberculose au Québec de 2008 à 2011*, Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, p. 1.

La tuberculose est en fait une maladie très ancienne⁴, mais ce fut surtout au cours des trois derniers siècles qu'elle devint de loin la plus meurtrière de toutes les maladies contagieuses, et cela dans le contexte de l'accroissement de la population, de l'urbanisation et du développement des communications. Entre 1880 et 1950, la tuberculose fut considérée comme « la maladie emblématique de la médecine⁵ ».

Cela dit, la plupart d'entre nous ignorent aujourd'hui en quoi consiste cette maladie, et quelle fut son importance au Québec. Dans la mémoire collective, l'histoire de cette maladie se résume bien souvent à des chroniques de famille, aux sanatoriums devenus des hôpitaux régionaux, à l'œuvre du Timbre de Noël, ou à la découverte des antibiotiques. L'historiographie, quant à elle, n'a pas encore vraiment cherché à dégager une vue d'ensemble de ce fait historique sur le long terme.

C'est ce que nous nous proposons de faire dans cet ouvrage. Il couvre l'histoire de cette maladie depuis le XVIII^e siècle jusqu'aux années 1950 alors qu'elle en vint à être quasiment contrôlée dans la plus grande partie de la population, grâce à la politique d'hospitalisation des malades dans les sanatoriums et à celle de l'accès aux antibiotiques à partir de 1948. Il y est question de l'évolution des représentations de cette maladie ; des façons dont la médecine et les autorités publiques y ont fait face ; et de l'impact qu'elle a eu sur la société. On y traite notamment des questions suivantes :

- Comment se représentait-on la tuberculose avant les découvertes de Robert Koch en 1882 ?
- Quel fut, au Québec, l'impact des découvertes de ce chercheur allemand sur le monde médical et dans le domaine de la santé publique ?

4. Mirko D. Grmek, *La maladie à l'aube de la civilisation occidentale. Recherches sur la réalité pathologique dans le monde grec historique, archaïque et classique*, Paris, Payot, 1994, p. 261-290.

5. Olivier Faure, « La tuberculose », dans Dominique Lecourt, dir., *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France, 2004, p. 1167 ; voir aussi William D. Johnston, « Tuberculosis », *The Cambridge World History of Human Disease*, Kenneth F. Kiple, éd., Cambridge, Cambridge University Press, 1993, p. 1059-1068.

- Cette découverte suscita-t-elle de l'enthousiasme? Y eut-il des formes de résistance?
- Note-t-on des particularités importantes dans la façon dont la lutte contre cette maladie a été faite au Québec?
- Pourquoi la vaccination y a-t-elle été pratiquée davantage que dans les autres provinces?
- Qu'est-ce qui caractérise l'histoire des sanatoriums dans cette province?
- Enfin pourquoi, au Québec, cette maladie a-t-elle mis plus de temps à être contrôlée que dans les autres provinces?

La tuberculose existe depuis des siècles, mais ce n'est qu'en 1882 que le micro-organisme qui en est la cause fut identifié et que la société commença à être en mesure de s'en protéger. Cette année constitue donc la date charnière autour de laquelle nos recherches ont été menées. Ce travail concerne essentiellement la médecine savante, officielle, et les groupes qui ont été appelés à intervenir auprès des malades et dans la société.

Le premier chapitre porte sur les représentations de cette maladie au XVIII^e siècle telles qu'elles se dégagent de l'analyse de certains grands traités médicaux de l'époque. Les textes étudiés sont européens parce que la majorité des membres du corps médical canadien de l'époque avaient reçu leur formation en Europe; parce que les médecins canadiens n'ont pas écrit sur cette question avant le milieu du XIX^e siècle; enfin parce que, à l'époque coloniale, les livres de médecine provenaient essentiellement de la métropole (de la France puis de la Grande-Bretagne). Ce premier chapitre est important, car plusieurs des idées qui ont été développées à cette époque ont continué d'alimenter la médecine et les façons de considérer la tuberculose jusqu'au XX^e siècle.

Le deuxième chapitre couvre le XIX^e siècle. Il porte sur les principales découvertes qui ont alors été faites sur la tuberculose, dans le contexte du développement de la médecine d'observation, de la médecine expérimentale, puis de la bactériologie, et cherche à évaluer leurs répercussions sur la pratique médicale, la vie des malades et la mortalité.

Les deux derniers chapitres traitent du XX^e siècle. L'un porte sur le monde médical : ses savoirs et ses pratiques relatifs à la tuberculose ; l'autre, sur les réactions des autorités publiques et de la société à l'égard de ce problème.

L'histoire de cette maladie est complexe et il n'est pas facile d'en comprendre tous les arcanes. Cela dit, on verra combien les prises de conscience ont été lentes à se faire, combien les mentalités ont été lentes à changer, et combien certaines idéologies ont pesé de tout leur poids.

On peut diviser les travaux sur l'histoire de la tuberculose en Occident en deux grands ensembles. Les premières recherches ont été faites par des médecins et ont porté essentiellement sur les grandes dates, les grands noms et les principaux écrits relatifs à l'histoire de cette pathologie. L'intérêt de leurs travaux tient d'abord aux nombreuses informations historiques qu'on y trouve, mais aussi au fait que plusieurs de ces médecins-historiens ont été des témoins directs de cette maladie et des malades.

Au cours des dernières décennies, de nouveaux thèmes de recherche et de nouvelles façons de travailler se sont imposés sous l'influence notamment de l'histoire sociale. L'accent a été mis, depuis, sur des thèmes de recherche plus circonscrits, comme l'évolution de la morbidité et de la mortalité dans certains pays et à certaines époques ; la condition des tuberculeux ; les approches des autorités médicales et des pouvoirs publics ; l'impact de la vaccination, etc. La présente recherche s'inscrit dans le prolongement de ces travaux⁶.

6. Mentionnons notamment :

- D. Dessertine et O. Faure, *Combattre la tuberculose, 1900-1950*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1988 ;
- L. Bryder, *Below the Magic Mountain. A Social History of Tuberculosis in Twentieth Century Britain*, Oxford, Clarendon Press, 1988 ;
- B. Bates, *Bargaining for Life. A Social History of Tuberculosis, 1876-1938*, Philadelphie, University of Philadelphia Press, 1992 ;
- S. M. Rothman, *Living in the Shadow of Death. Tuberculosis and the Social Experience of Illness in American History*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1994 ;
- G. Feldberg, *Disease and Class ; Tuberculosis and the Shaping of Modern North American Society*, New Brunswick (N. J.), Rutgers University Press, 1995 ;

Mon intérêt pour cette question s'est développé dans le cadre de mes activités comme professeur au Département des sciences historiques de l'Université Laval où j'ai eu la possibilité et le plaisir d'offrir des cours d'histoire de la médecine et d'y faire des recherches dans ce domaine. Pendant ces années, j'ai aussi bénéficié de l'environnement de la Société canadienne d'histoire de la médecine / Canadian Society for the History of Medicine, un groupe interdisciplinaire et interprofessionnel stimulant. Certaines parties de cet ouvrage ont d'ailleurs fait l'objet de communications lors des rencontres annuelles de cette société, et le premier chapitre a d'abord paru en 2005 dans la revue de l'association, le *Bulletin canadien d'histoire de la médecine / Canadian Bulletin of Medical History*. Par ailleurs, certaines des recherches nécessaires à la réalisation de cette étude ont été rendues possibles grâce à l'aide financière de certaines organisations (en particulier le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, et l'organisme Associated Medical Services Inc. (AMS) et son programme en histoire de la médecine). L'élaboration de ce texte a aussi profité d'échanges que j'ai eus avec des chercheurs et groupes de recherche, notamment à l'École des hautes études en sciences sociales, au Wellcome Unit for the History of Medicine de l'Université de Cambridge, au Département des sciences historiques et à la Faculté de médecine de l'Université Laval. Je tiens à les en remercier tous très sincèrement. Merci aussi aux personnes qui ont évalué ce texte de façon anonyme et m'ont aidé à l'enrichir de leurs suggestions. Merci à la regrettée Andréanne Bolduc qui a fait le travail de mise en forme du texte. Merci enfin à André Baril éditeur aux Presses de l'Université Laval pour son rôle dans la bonne réalisation de ce projet, à Lucie Bélanger pour le soin avec lequel elle a fait la révision du texte, ainsi qu'à Magdalene Carson et Laurie Patry pour la belle couverture.

-
- D. S. Barnes, *The Making of a Social Disease. Tuberculosis in Nineteenth Century France*, Berkeley, University of California Press, 1995;
 - G. Jones, « *Captain of all these Men of Death* ». *The History of Tuberculosis in Nineteenth and Twentieth Century Ireland*, Amsterdam, Randoni, 2001.

CHAPITRE 1

Les représentations de la tuberculose au XVIII^e siècle

[...] et l'esprit humain s'avoue difficilement à lui-même son ignorance de la cause des choses¹.

1.1 Introduction

Écrire l'histoire de la médecine consiste essentiellement à raconter ou à faire état de la rencontre entre la maladie, le malade et la médecine dans un contexte historique donné. Ce premier chapitre porte sur les théories relatives à la tuberculose pulmonaire au XVIII^e siècle alors que, comme l'écrivait Joseph Raulin en 1782, elle était « déjà parvenue au point d'alarmer l'humanité² ». Il traite de la façon dont la médecine savante se représentait alors les causes de cette maladie.

La maladie connue aujourd'hui sous le nom de tuberculose pulmonaire ne s'appelle ainsi que depuis le milieu du XIX^e siècle³ ; avant cela, on la désignait plutôt sous le nom de phtisie pulmonaire

-
1. Jean-Antoine Villemin, *Études sur la tuberculose. De sa spécificité et de son inoculabilité*, Paris, J.-B. Baillière et Fils, 1868, p. 279.
 2. Joseph Raulin, *Traité de la phtisie pulmonaire avec la méthode préventive et curative de cette maladie, fondée sur des observations*, Paris, Valada, 1782, p. VI.
 3. Le terme « tuberculose » a été utilisé pour la première fois par Johann Lukas Schönlein en 1839. Jacalyn Duffin, *To See with a Better Eye. A Life of R. T. H. Laennec*, Princeton, Princeton University Press, 1998, p. 155.

ou de consommation pulmonaire. Le mot phtisie a une origine grecque (*φθισις-phthisis*) ; le second, une origine latine (*consumptio*). Les deux signifient amaigrissement excessif ; le fait de devenir décharné, atrophié, squelettique. Aux XVII^e et XVIII^e siècles, les médecins de langue française parlent de « phtisie pulmonaire » et ceux de langue anglaise de « *pulmonary phthisis* ». À la fin du XVIII^e siècle, les Anglo-Saxons la désignent souvent sous le nom de « *consumption* ». Ce mot se répandit aussi au Canada où il devint, au XIX^e siècle, le plus courant en anglais et en français (« consommation »).

La tuberculose est une maladie très ancienne, causée par un bacille, le *mycobacterium tuberculosis*⁴. Ce bacille peut s'attaquer à diverses parties du corps : la peau, les poumons, les os, les articulations, les yeux, le cerveau, etc.

Les historiens ont identifié trois formes principales de cette maladie depuis l'Antiquité. On en trouve d'abord des traces dans le « mal de Pott », cette maladie de la colonne vertébrale dont l'effet est de détruire les vertèbres. Les archéologues ont trouvé en Égypte des momies sur lesquelles apparaissent des séquelles de cette maladie. Ils ont aussi trouvé des squelettes avec des déformations semblables en Amérique⁵.

Au Moyen Âge et à la Renaissance, cette maladie s'est manifestée sous la forme des écrouelles ou scrofules, c'est-à-dire ces infections des ganglions du cou avec écoulement de pus. Ce fut aussi l'époque des rois thaumaturges. On pensait en effet que les rois avaient le pouvoir de guérir ces malades en les touchant⁶. Au XVII^e siècle, Charles II d'Angleterre aurait ainsi touché 92 000 de ses sujets ; en France, Louis XV aurait fait de même sur plus de 2 000 scrofuleux lors de son couronnement en 1722.

-
4. Sur cette maladie on peut lire entre autres : W. N. Rom et S. M. Garay (dir.), *Tuberculosis*, Boston, Little, Brown and Company, 1996, 1002 p. ; J. et D. Charpin, *La tuberculose*, Paris, Presses universitaires de France, 1983, 121 p., « Que sais-je? », n° 15.
 5. Jane E. Buikstra (dir.), *Prehistoric Tuberculosis in the Americas*, Evanston, Northwestern University Archeological Program, 1981, 182 p.
 6. Marc Bloch a écrit sur ce sujet *Les rois thaumaturges. Étude sur le caractère surnaturel attribué à la puissance royale*, Paris, Istra, 1924, 542 p.

La troisième forme commença de se manifester au XVII^e siècle : il s'agit de la tuberculose pulmonaire. À la fin du siècle, sa propagation était déjà si considérable que Gideon Harvey la mettait au nombre des pires épidémies : « *it may be numbered among the worst of epidemicks, or popular diseases, since next to the plagues, pox and leproserie*⁷ ». Ses ravages devinrent encore plus grands au XVIII^e siècle alors que le nombre de décès attribuables à la phtisie pulmonaire, dans une ville comme Londres, serait passé de un décès sur dix en 1700 à un sur quatre en 1800⁸. C'était la principale cause de décès chez les adultes. En 1792, le médecin français Antoine Portal rapportait qu'il n'y avait pas de maladie plus commune ni plus dangereuse que la phtisie pulmonaire⁹. À Bristol, entre 1790 et 1796, sur 1 454 décès, 683 furent attribués à cette maladie¹⁰. Rozière de la Chassagne écrivait en 1770 : « La phtisie est regardée avec raisons, comme la première maladie de la poitrine, tant à cause du nombre de ses victimes, qu'à cause de la difficulté qu'il y a à la guérir¹¹. » La phtisie fut aussi la première cause de décès en Nouvelle-Angleterre entre 1760 et 1815. À Salem et à Brookline, le taux de mortalité dû à la tuberculose dépassait régulièrement 15 % des décès¹². Ici, Frances Brooke écrivait : « cette maladie ne laisse pas de faire des ravages parmi la jeunesse¹³ ».

La cause de cette affection fut découverte en 1882 par Robert Koch, mais ce n'est qu'après la Deuxième Guerre mondiale, par suite de l'application de mesures spécifiques d'hygiène (dont le confinement des malades déclarés) et de la découverte des antibiotiques qu'elle fut maîtrisée.

-
7. Gideon Harvey, *Morbus Anglicus or a Theorick and Practical Discourse of Consumptions, and Hypochondriack Melanoly*, Londres, William Tackeray, 1672, p. 2.
 8. Roy Porter, *Doctor of Society. Thomas Beddoes and the Sick Trade in Late-Enlightenment England*, Londres, Routledge, 1992, p. 102.
 9. Antoine Portal, *Observations sur la nature et sur le traitement de la phtisie pulmonaire*, Paris, Du Pont, 1792, p. i.
 10. R. Y. Keers, *Pulmonary Tuberculosis, a Journey Down the Centuries*, Londres, Baillière Tindal, 1978, p. 31.
 11. Rozière de la Chassagne, *Manuel des pulmoniques ou traité complet des maladies de la poitrine*, Paris, Humaire, 1770, p. 253.
 12. S. D. Holmberg, « The Rise of Tuberculosis in America before 1820 », *American Review of Respiratory Disease*, vol. 142, 1990, p. 1228-1232.
 13. F. Brooke, cité dans B. Dufebvre, *Cinq femmes et nous*, Québec, Bélisle, 1950, p. 52.

Dans le cas de la tuberculose pulmonaire, les bacilles sont transmis par voie aérienne aux poumons et se logent dans les alvéoles. En général, les mécanismes de défense se mettent alors en place et les bacilles sont contrôlés ou détruits au bout d'un laps de temps plus ou moins long. Mais, dans certains cas, ces réactions de défense ne se produisent pas. Les bacilles prennent alors le dessus de la façon suivante : a) ils « désactivent » les macrophages, les rendent inefficaces et les font mourir ; b) ils font s'agglutiner les cellules autour d'eux : d'où la formation de tubercules ; c) ces tubercules sont ensuite transformés en matière caséuse ; d) cette matière est ensuite expulsée des poumons et crachée : d'où l'origine des cavités dans les poumons. La progression de cette maladie peut prendre quelques mois ou plusieurs années selon l'exposition et l'état de santé de la personne. Mais elle peut aussi être très rapide ; il y a alors formation de milliers de « grains de millet » qui détruisent très vite les poumons. C'est la forme miliaire, dite à l'époque « phtisie galopante ».

C'est seulement au XIX^e siècle que René T. H. Laennec a démontré que toutes ces manifestations pathologiques sont les étapes d'une même maladie, à savoir que : a) les gros tubercules viennent des petits ; b) les expectorations viennent des tubercules ; c) les cavernes faites dans les poumons viennent de la matière expulsée¹⁴. En 1865, Jean-Antoine Villemin a démontré la nature contagieuse de cette maladie alors que Robert Koch en a découvert le bacille en 1882.

Les symptômes de la maladie changent tout au long de son processus. Au début, le malade ressent fatigue et fièvre, il a des sueurs la nuit, il tousse et on observe une perte de poids. Puis il commence à avoir la voix rauque et la respiration rapide ; il a des craquements dans la voix ; il expulse des crachats de matière puriforme et parfois de sang (rupture de vaisseaux) ; l'après-midi et la nuit il a de fortes poussées de fièvre. Enfin, survient l'amaigrissement extrême : la peau colle aux os ; le malade ressent de grandes

14. Jacalyn Duffin, « Unity, Duality, Passion and Cure: Laennec's Conceptualisation of Tuberculosis », dans Danielle Gourevitch (dir.), *Maladie et maladies, histoire et conceptualisation. Mélanges en l'honneur de Mirko Grmek*, Genève, Droz S. A., 1992, p. 338.

douleurs à la poitrine. C'est alors, comme le dit Morton, l'état de marasme, l'état de « *total consumption*¹⁵ ».

Il existe, sur le XVIII^e siècle, des études utiles qui permettent de situer cette maladie dans son contexte médical plus large, notamment celles de L. S. King, celle de Roy Porter et Dorothy Porter, ainsi que le recueil édité sous la direction de Mirko Grmek¹⁶. On trouve cependant très peu de travaux sur les phtisiologues du XVIII^e siècle eux-mêmes. L'étude la plus poussée est celle de Roy Porter sur Thomas Beddoes¹⁷. Richard Morton, William Cullen et Thomas Reid ont aussi fait l'objet de quelques recherches, mais de façon plus sommaire¹⁸.

Ainsi, il n'existe pas de texte visant à rendre compte de l'histoire de la tuberculose aux XVII^e et XVIII^e siècles alors qu'elle était en voie de devenir un véritable fléau. Or, il faut avoir à l'esprit que les idées qui ont pris forme à cette époque continuèrent d'influencer les façons de voir cette maladie jusqu'au XX^e siècle. C'est pourquoi, et pour ne pas commencer par des généralités toutes faites, nous avons voulu opérer un retour aux textes originaux afin de mieux comprendre comment la médecine se représentait alors une telle réalité.

Plusieurs médecins ont cherché à mieux comprendre cette maladie à partir de la fin du XVII^e siècle. Plus d'une trentaine de textes sont parus en Europe entre 1672, date de la parution

-
15. Richard Morton, *Phthisiologia: or, a Treatise of Consumptions. Wherein the Difference, Nature, Causes, Signs and Cure of all Sorts of Consumptions are Explained*, Londres, Smith and Halford, 1694, p. 112.
 16. L. S. King, *The Medical World of the Eighteenth Century*, Chicago, University of Chicago Press, 1958 et *Medical Thinking: A Historical Preface*, Princeton, Princeton University Press, c1992; R. Porter et D. Porter, *Patient's Progress. Doctors and Doctoring in Eighteenth Century England*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989; M. Grmek (dir.), *Histoire de la pensée médicale en Occident*, tome 2: *De la Renaissance aux Lumières*, Paris, Seuil, 1997.
 17. Roy Porter, *Thomas Beddoes and the Sick Trade in Late-Enlightenment England*, Londres, Routledge, 1992.
 18. R. R. Trail, « Richard Morton, 1637-1698 », *Medical History*, vol. 14, 1970, p. 166-174; W. F. Bynum et V. Nutton, « Theories of Fever from Antiquity to the Enlightenment », *Medical History*, Supplement n° 1, 1981, p. 135-147; J. Bernier, « Thomas Reid et le traitement de la phtisie pulmonaire », dans O. Faure (dir.), *Les thérapeutiques: savoirs et usages*, Lyon, Fondation Marcel Mérieux, 1999, p. 223-237.

de l'ouvrage de Gideon Harvey, et 1799, année où Thomas Beddoes publia le sien (sans compter les articles de dictionnaires). Le présent chapitre porte sur 12 de ces textes. Il s'agit d'ouvrages considérés comme importants par les contemporains de ces auteurs (ils sont cités et l'on discute de leurs thèses) et par les historiens. Les autres n'ont pu être consultés parce qu'ils n'étaient pas disponibles dans les bibliothèques où j'ai travaillé ou en raison de la langue¹⁹.

TABLEAU 1
Ouvrages sur la phtisie consultés (1672-1799)

HARVEY, Gideon, *Morbus Anglicus or a theoretick and practical discourse of consumptions, and hypochondriack melancholy. Comprising their nature, subject, kinds, causes, signs, prognosticks, and cures. Likewise a discourse of spitting of blood, its differences, causes, signs, prognosticks, and cure*, Londres, William Thackeray [1672], 252 p.

MORTON, Richard, *Phthiologia: or, a treatise of consumptions wherein the difference, nature, causes, signs and cure of all sorts of consumptions are explained*, Londres, Smith and Halford, 1694, 360 p.

MARTEN, Benjamin, *A new theory of consumptions: more especially of a phthisis, or consumption of the lungs*, Londres, R. Knaplock, 1720, 186 p.

ROBINSON, Nicolas, *A new method of treating consumptions. Wherein all the decays incident to human bodies, are mechanically accounted for. With some considerations, touching the difference between consumptions and those decays that naturally attend old age. To which are added arguments in defense of the possibility of curing ulcers of the lungs: as also reasons demonstrating that the irregular discharges of all evacuation in consumptions arise from the resistance*

19. Les recherches pour ce chapitre ont été faites alors que les livres anciens n'étaient pas encore accessibles en ligne. Exemples d'ouvrages qui n'ont pu être consultés: G. F. Faber, *Dissertatio inauguralis medico sistens disquisitionem cur in phthisi consummata interdum tussis nullo...*, Halae Magdeb, 1744, 24 p.; S. F. Simmons, *Practical Observations on the Treatment of Consumptions*, Londres, J. Murray, 1780, 88 p.; M. Ryan, *An Inquiry into the Causes, Nature and Cure of the Consumption of the Lungs*, Dublin, 1788; W. Stark, «On the Nature, Symptoms and Cure of the Pulmonary Consumptions», in *Works Consisting of Clinical and Anatomical Observations with Experiments, Dietetical and Statistical*, Londres, 1788; *I struzioni al pubblico sul contagio dell tisi-cchezza*, Naples, 1782. Pour une bibliographie plus complète des ouvrages parus sur la phtisie à cette époque, voir le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris, Méquignon-Marvis et J.-B. Baillière, 1839, tome 13, p. 65-67.

of the heart not decaying in a simple proportion to the resistance of the other parts, Londres, A. Betterworth and T. Warner, 1727, 2 t.

DUPRÉ DE LISLE, *Traité des maladies de la poitrine, connues sous le nom de phthisie pulmonaire*, Paris, J.-P. Costard, 1759, 335 p.

ROZIÈRE DE LA CHASSAGNE, *Manuel des pulmoniques ou traité complet des maladies de la poitrine*, Paris, Humaire, 1770, 319 p. Suivi de: *Une nouvelle méthode de reconnaître ces mêmes maladies par la percussion du thorax*; traduite du latin d'Avenbrugger, 65 p.

RAULIN, Joseph, *Traité de la phthisie pulmonaire avec la méthode préventive et curative de cette maladie, fondée sur des observations*, Paris, Valade, 1782, 459 p.

REID, Thomas, *Essai sur la nature et le traitement de la phthisie pulmonaire, avec un supplément sur l'usage et les effets de l'émétique fréquemment répété*, Lyon, J.-B. Delamollière, (trad. en 1792), 422 p. Ouvrage paru en anglais en 1782.

CULLEN, William, *Éléments de médecine pratique*, Paris, Maquignon-Marvis, 1819, (réédition du texte paru en français en 1787), 3 vol. D'abord paru en anglais en 1784.

PORTAL, Antoine, *Observations sur la nature et sur le traitement de la phthisie pulmonaire*, Paris, Du Pont, 1792, 643 p.

BAUMES, J. B. T., *De la phthisie pulmonaire*, Montpellier, G. Izar et A. Ricard, 1794, 2 vol.

BEDDOES, Thomas, *Observations on the medical and domestic management of the consumptives; on the powers of digital purpura, and on the cure of schrophula*, Londres, Longman and Rees, 1801, 1^{re} éd. en 1799, 270 p.

Tous ces textes ont été écrits par des « *medicinae doctor* » (M. D.)²⁰. Aucun n'a été écrit par des chirurgiens bien que ce fussent eux qui effectuaient le plus souvent les autopsies. Ces auteurs sont tous d'accord pour dire que la phthisie était le principal fléau de leur temps. Tous se montrent très enthousiastes au sujet de leurs « découvertes » ; ils les avancent avec assurance et les développent

20. On trouvera des informations sur les auteurs de ces textes à la fin du chapitre.

longuement; plusieurs de ces ouvrages font en effet plus de 500 pages. Ces textes ne sont pas faciles à lire et à comprendre, entre autres parce que, comme nous allons le voir, ils se situent dans un univers scientifique très différent du nôtre.

Mystérieuse, cette maladie interpelle les médecins du XVIII^e siècle et les oblige à se prononcer. Ce qu'ils font volontiers, avec une imagination qui dérouté notre sensibilité moderne et une assurance qui étonne quand on pense aux découvertes qui seront faites à la fin du XIX^e siècle. La phtisie suscite aussi des débats animés et complexes dont les enjeux ne sont pas anodins. Les causes avancées dans ces ouvrages sont généralement éclectiques. En 1672, Gideon Harvey, par exemple, en conçoit sept : l'alimentation, la congestion des vaisseaux, le climat, la contagion, l'hérédité, le froid et l'arrêt des menstruations²¹. De son côté, Richard Morton, qui écrit presque à la même époque, en conçoit 11 : la stagnation des humeurs, les passions de l'esprit, l'intempérance, le manque d'exercice, le travail intellectuel de nuit, le sommeil de jour, les prédispositions héréditaires, la mauvaise formation des poumons, l'infection, les causes prédisposantes et surtout le froid²². Raulin, qui écrit une centaine d'années plus tard, en imagine également une longue liste : dispositions héréditaires, défauts de conformation, abus d'aliments échauffants, congestion d'humeurs âcres sur les poumons, suppression des écoulements naturels, fluxions de poitrine, esquinancies (inflammations), fièvres putrides et malignes, climat humide et froid, contagion²³. Ainsi, les explications avancées sont la plupart du temps nombreuses et multifactorielles.

Cela dit, la plupart des auteurs ont malgré tout tendance à privilégier certaines explications et à en écarter d'autres. Ainsi, Marten ne jurait pratiquement que par la contagion; Morton pensait que le froid jouait un très grand rôle; Robinson affirmait que la phtisie était avant tout attribuable à des problèmes iatromécaniques, donc causés par une mauvaise circulation des fluides

21. G. Harvey, *op. cit.*, p. 132-149.

22. R. Morton, *op. cit.*, p. 64-68.

23. Joseph Raulin, *Traité de la phtisie pulmonaire avec la méthode préventive et curative de cette maladie*, Paris, Valade, 1782, p. 8-16.

dans le corps ; de leur côté, Reid et Beddoes soutenaient mordicus que la maladie trouvait d'abord son origine dans l'urbanisation, la sédentarité et le dérèglement des mœurs.

La mise en commun de tous ces points de vue et leur organisation en sous-ensembles a permis de distinguer quatre grands schémas explicatifs de la phtisie au XVIII^e siècle : les théories qui mettent l'accent sur la contagion ou la transmission de la maladie d'une personne à une autre ; celles qui soutiennent que la maladie provient de désordres physiologiques ; celles qui situent la cause dans des prédispositions héréditaires ; enfin celles qui imaginent un lien avec les comportements et les modes de vie.

1.2 Les thèses contagionistes

L'un des premiers à avoir énoncé dans un livre l'idée que cette maladie puisse être contagieuse est Girolamo Fracastor (1483-1553) dans *De contagione et de contagionis morbus* paru en 1546²⁴. Fracastor était professeur à l'Université de Padoue, en Vénétie, alors un milieu très ouvert sur le monde. Dans ce livre, il place la phtisie au même rang que la « grande vérole » et affirme que, comme la syphilis, elle se propage par des particules invisibles qu'il appelle « seminaria²⁵ ».

L'idée que la phtisie puisse être transmissible était très répandue dans les pays du sud de l'Europe aux XVII^e et XVIII^e siècles, notamment en Italie, en Espagne, en Provence et même en Lorraine²⁶. La phtisie était une maladie à déclaration obligatoire à Venise au milieu du XVIII^e siècle²⁷. G. Romagnoli a dressé une liste de médecins de ces régions qui ont soutenu la thèse du caractère contagieux de cette

24. F. et S. S. Haas, « The Origins of Mycobacterium Tuberculosis and the Notion of its Contagiousness », dans W. N. Rom et S. M. Garay, *op. cit.*, p. 10.

25. C. Coury, *Grandeur et déclin d'une maladie. La tuberculose au cours des âges*, Suresnes, Lepetit, 1972, p. 20.

26. C. Coury, *ibid.*, p. 105-108 ; L. Meunier, *Histoire de la médecine*, Paris, E. Le François, 1924, p. 339.

27. M. Bariety et C. Coury, *Histoire de la médecine*, Paris, Fayard, 1961, p. 1001.

maladie²⁸. Il rapporte aussi que le grand pathologiste italien Jean-Baptiste Morgagni (1682-1771) refusait de pratiquer des autopsies sur les corps de personnes décédées de la phtisie parce qu'il pensait que le pus des tubercules pouvait causer la maladie²⁹. À l'époque, c'était aussi une idée très répandue dans ces régions, selon laquelle il fallait isoler les fiévreux (dont les phtisiques)³⁰. Plusieurs bureaux locaux de santé des villes méditerranéennes favorisaient d'ailleurs la quarantaine lors d'épidémies³¹. François et Sheila S. Haas rapportent aussi que, dans ces pays, on avait l'habitude de brûler le linge, voire les lits et les meubles des phtisiques pour les mêmes raisons³². Laennec confirme ce point de vue en 1819 quand il écrit : « la maladie est considérée comme contagieuse aux yeux du peuple, des magistrats et de quelques médecins dans certains pays des parties méridionales de l'Europe. Mais en France il ne paraît pas qu'elle le soit³³ ». De son côté, Tenon rapporte dans son étude sur les hôpitaux en France que, dans le Sud, plusieurs hôpitaux avaient l'habitude de séparer les phtisiques des autres malades³⁴. On se souviendra enfin que, en 1838, Frédéric Chopin et George Sand trouvèrent difficilement à se loger lorsqu'ils débarquèrent à Majorque, parce que Chopin présentait les symptômes de la maladie³⁵. L'idée que la phtisie puisse être contagieuse était donc très répandue dans les pays méditerranéens, même si tous ne concevaient pas cette réalité de la même manière.

Cette thèse eut aussi un certain écho dans les pays au nord de la Méditerranée, bien que de façon beaucoup plus sourde. L'idée que la phtisie puisse être transmissible est mentionnée par cinq des

-
28. G. Ramagnoli, « L'evoluzione del concetto della contagiosita e della profilassi della tubercolosi polmonare attraverso i secoli, dall'antichità fino alla scoperta del bacillo di Koch », *Giornale di batteriologia, virologia ed immunologia*, vol. 61, 1968, p. 233-273.
 29. G. Ramagnoli, *ibid.*, p. 247 ; F. et S. S. Haas, *op. cit.*, p. 12 ; M. Lanthois, *Théorie nouvelle de la phthisie pulmonaire*, Paris, H. Egron, 1818, p. 62.
 30. R. Porter, « Diseases of Civilization », *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, dans W. F. Bynum et R. Porter (dir.), Londres, Routledge, 1993, vol. 1, p. 587.
 31. A. G. Carmichael, « History of Public Health and Sanitation in the West before 1700 », dans K. F. Kiple (dir.), *op. cit.*, p. 198-199.
 32. F. et S. S. Haas, *op. cit.*, p. 12-13 ; voir aussi T. Dormandy, *op. cit.*, p. 53.
 33. Cité dans G. Romagnoli, *op. cit.*, p. 264.
 34. C. Coury, *op. cit.*, p. 107.
 35. F. et S. S. Haas, *op. cit.*, p. 14 ; T. Dormandy, *op. cit.*, p. 108.

douze auteurs étudiés ici, mais la façon dont chacun voyait la chose différait de l'un à l'autre. Une première version se trouve chez Benjamin Marten – c'est aussi la plus développée³⁶. Ce contemporain d'Antoni van Leeuwenhoek commence son livre par un inventaire des théories qui ont été formulées sur les causes de cette maladie avant lui (par Hippocrate, Galien, Paracelse, J. B. van Helmont, T. Willis, R. Morton, et d'autres), pour conclure qu'elles sont à son avis toutes secondaires³⁷. La cause véritable, à ses yeux, se trouve dans l'existence d'animalcules qui envahissent les poumons et les rendent malades en y faisant leur nid³⁸ : « on sait que les intestins sont pleins de vers, pourquoi ne pourrait-on pas supposer que des animalcules puissent se développer dans toutes les autres parties du corps³⁹ ? » Et il continue en disant qu'on peut imaginer que ces animalcules se déplacent dans l'air et qu'ils peuvent ainsi atteindre les poumons d'autres personnes et les rendre malades à leur tour⁴⁰. Sa théorie s'inscrit dans le contexte des travaux d'Antoni van Leeuwenhoek⁴¹ et de ceux de Nicolas Andry que Marten appelle le « *French Aesculapius*⁴² ». Andry attribue à des animalcules, qui se déplacent d'endroit en endroit, l'origine d'épidémies comme la peste, la variole, les maladies vénériennes, le typhus et même de maladies comme la goutte, le scorbut et les rhumatismes⁴³. Le livre de Marten consiste donc en une adaptation des idées d'Andry à la phtisie. Certaines de ses affirmations sont d'ailleurs très pertinentes. Il pense par exemple que les personnes qui vivent au contact des tuberculeux risquent davantage de développer la maladie :

36. Benjamin Marten, *A New Theory of Consumptions: More Especially of a Phthisis, or Consumption of the Lungs*, Londres, R. Knaplock, 1720.

37. *Ibid.*, p. 50.

38. *Ibid.*, p. 51.

39. *Ibid.*, p. 77.

40. *Ibid.*, p. 79.

41. Naturaliste hollandais, 1632-1723.

42. B. Marten, *op. cit.*, p. 55.

43. N. Andry est l'auteur de *De la génération des vers dans le corps de l'homme*, Paris, L. d'Houry, 1700, 468 p. Ce livre a été traduit en anglais en 1701.

[...] *it may be therefore very likely, that by an habitual lying in the same bed with a consumptive patient, constantly eating and drinking with him, or by very frequently conversing so nearly, as to draw in part of the breath he emits from his lungs, a consumption may be caught by a sound person*⁴⁴.

Et, à ceux qui lui demandent pourquoi certaines personnes ne sont pas atteintes dans les mêmes conditions, il répond que cela est peut-être attribuable à une exposition trop courte ou au fait qu'ils ont une très bonne santé⁴⁵ :

[...] *we may imagine that some persons are of such an happy constitution that if any of the one of the inimicable animals that cause a consumption, happen to get into their bodies, they may likewise be quickly forced out again, through some of the emunctories, before they are produced into life; or else wholly destroyed*⁴⁶.

Marten conçoit donc que la phtisie puisse être transmise d'une personne malade à une personne saine par l'intermédiaire d'un agent pathogène. D'autres font état du caractère possiblement contagieux de la phtisie, mais en présentant des schémas explicatifs différents. Il ne fait pas de doute aux yeux de G. Harvey, de R. de la Chassagne et de T. Reid – même s'ils ne peuvent expliquer pourquoi –, que cette maladie peut devenir contagieuse lorsqu'elle a atteint un certain stade de développement. Harvey pense que c'est le cas dès le moment où l'affection s'est déclarée et, par conséquent, que la phtisie peut être aussi contagieuse que la peste, la variole ou la lèpre : « *it yields to none in point of contagion; for its no rare observation in England, to see a fresh coloured lusty young man yoakt to a consumptive female, and him soon after attending her to the grave*⁴⁷ ».

En effet, il n'y a rien de pire, continue-t-il, que de vivre au contact des phtisiques. Il n'y a rien de pire « *than inspiring or drawing in the breath of putrid ulcered consumptive lungs; many having fallen into consumptions, only by smelling the breath or spittle of consumptives;*

44. B. Marten, *op. cit.*, p. 77.

45. *Ibid.*, p. 80.

46. *Ibid.*, p. 81.

47. G. Harvey, *op. cit.*, p. 2-3.

others after drinking after them; and what is more, by wearing the cloths of consumptives».

De son côté Rozière de la Chassagne, même s'il attribue l'origine de la maladie avant tout à l'hérédité et à certains problèmes constitutionnels, est d'avis qu'elle devient contagieuse lorsqu'elle a atteint un stade avancé, « dans le temps de la puanteur des crachats⁴⁸ ». C'est aussi l'avis de Thomas Reid. Lorsque la phtisie a atteint la phase avancée, écrit-il, « il faut n'entrer dans la chambre des malades que le plus rarement possible, y rester peu et se tenir éloigné d'eux⁴⁹ ».

De la Chassagne, de son côté, rappelle qu'il n'est pas prudent⁵⁰ :

[...] d'habiter tout de suite la chambre dans laquelle les phtisiques sont morts. Il faut au moins mettre un intervalle de trois mois, et ouvrir chaque jour, depuis le matin jusqu'au soir, les fenêtres de l'appartement, ces précautions sont indispensables pour quiconque veut éviter la contagion.

J. B. T. Baumes apparaît quant à lui comme un contagioniste non avoué. Du moins sa position est très ambiguë. Dans son *Manuel des pulmoniques*, Baumes ne reconnaît que trois sortes de causes à la phtisie : l'hérédité, la faiblesse des poumons et les maladies qui laissent des séquelles sur eux. Pourtant, il n'hésite pas à écrire, plus loin dans le texte⁵¹ :

[...] que les malades ne doivent pas cracher à terre, ni sur des linges mais dans des crachoirs de verre qu'on videra souvent et qu'on lavera à chaque fois ; que les ustensiles des malades ne doivent servir qu'à un seul et qu'on doit toujours laver à part ce dont ils se sont servis.

Cette thèse fut donc répandue mais surtout dans les régions méridionales de l'Europe.

48. Rozière de la Chassagne, *Manuel des pulmoniques ou traité complet des maladies de la poitrine*, Paris, Humaire, 1770, p. 292.

49. Thomas Reid, *Essai sur la nature et le traitement de la phtisie pulmonaire, avec un supplément sur l'usage et les effets de l'émétique fréquemment répété*, Lyon, Delamollière, 1792, p. 283.

50. Rozière de la Chassagne, *op. cit.*, p. 292.

51. J. B. T. Baumes, *De la phtisie pulmonaire*, Montpellier, G. Izar et A. Ricard, 1794, vol. I, p. 183.

1.3 La thèse constitutionnelle

La thèse constitutionnelle explique la phtisie par l'altération de l'état normal du corps. La pathologie proviendrait d'un mauvais fonctionnement ou d'un dérèglement de l'organisme. L'impossibilité pour les organes de fonctionner normalement est souvent reliée, dans cette théorie, à des malformations physiques, aux effets de certaines maladies ou aux rigueurs du climat. Cette thèse fait donc référence aux conceptions mécanistes du corps et de la maladie.

Les cas de faiblesse

Une idée très répandue à l'époque veut qu'il y ait un lien entre la forme du corps et la maladie, et que certaines personnes naissent avec une conformation physique les disposant à certaines affections⁵². On pense notamment que la phtisie a plus de chances de se développer chez les personnes qui, à la naissance ou à l'adolescence, présentent des malformations de la poitrine ou semblent être affligées d'une faiblesse des poumons. Morton, Dupré de Lisle, Baumes, Raulin, Reid commentent tous cette question. La phtisie, écrit Morton, se trouve d'abord chez les personnes « nées avec une mauvaise formation des poumons⁵³ ». De l'avis de Baumes, « dix pour cent des enfants apportent en venant au monde une poitrine faible qui en fait périr un grand nombre quelques fois dès l'enfance, mais le plus ordinairement depuis l'âge de la puberté jusqu'à l'âge de 35 ans⁵⁴ ». Cela se remarque à plusieurs signes selon Raulin. Leur corps n'est pas bien proportionné : ils ont une grosse tête, un long cou, un thorax étroit et une stature délicate ; leur teint est pâle et la peau blanchâtre ; ils sont maladroits, ils transpirent peu et ont mauvaise haleine⁵⁵. L'effet de l'étroitesse du thorax est d'empêcher le bon fonctionnement des poumons :

52. Par exemple : J. B. T. Baumes, *op. cit.*, chap. 2.

53. R. Morton, *op. cit.*, p. 66.

54. J. B. T. Baumes, *op. cit.*, p. 191.

55. J. Raulin, *op. cit.*, p. 189.

La mauvaise conformation du thorax, en comprimant les viscères de cette capacité, en gêne les fonctions; les poumons en souffrent, la circulation s’y fait irrégulièrement; de là, des hémoptysies, des engorgements tuberculeux, des suppurations, etc.⁵⁶

De là, découlent aussi les problèmes de putrescence: «les poumons ne pouvant plus recevoir assez d’air, ils n’arrivent plus à se dépouiller de leurs excréments⁵⁷». C’est d’ailleurs aussi pour cette raison que Dupré de Lisle était contre la pratique de bander les nouveau-nés, car cela les empêchait de respirer normalement⁵⁸. Cette façon de penser s’appuie donc sur l’idée qu’une mauvaise conformation de la poitrine gêne la respiration, de sorte que l’élimination des déchets se fait difficilement. D’où la putréfaction.

Les états maladifs

Il est aussi fréquent de penser que la phtisie découlerait d’autres maladies pouvant, comme le dit Morton, «ulcérer les poumons». Ce lien, les auteurs le font le plus souvent avec les «constitutions catarrhales», soit les personnes atteintes de maladies du système respiratoire (asthme, pneumonie, pleurésie, et notamment les «rhumes négligés»), mais ce peut être aussi la goutte, le scorbut, le diabète, l’épilepsie ou même un accouchement. Cette question est longuement traitée par W. Cullen⁵⁹, J. Raulin⁶⁰, A. Portal⁶¹ et J. B. T. Baumes⁶². L’idée à la base de cette affirmation est que certaines maladies causent une diminution particulièrement importante des forces de l’organisme, de sorte que les poumons ne peuvent plus faire leur travail habituel. D’où l’engrassement, la putréfaction puis l’ulcération.

Nicolas Robinson, qui se définit comme un iatomécanicien, conçoit ce problème d’engrassement de manière un peu différente.

56. J. Raulin, *op. cit.*, p. 189.

57. Dupré de Lisle, *Traité des maladies de poitrine, connues sous le nom de phtisie pulmonaire*, Paris, J.-P. Costard, 1759, p. 5.

58. *Ibid.*, p. 28.

59. W. Cullen, *op. cit.*, p. 154 à 189.

60. J. Raulin, *op. cit.*, p. 38 à 50.

61. A. Portal, *op. cit.*, la première partie du livre.

62. J. B. T. Baumes, *op. cit.*, p. 248-534.

Pour lui, la maladie provient avant tout d'une mauvaise circulation des liquides et des matières solides dans l'organisme (poumons, intestins, etc.). Si les phtisiques crachent du sang⁶³, c'est parce qu'ils souffrent d'un problème d'obstruction des vaisseaux des poumons. Ainsi, alors que la circulation est ralentie par un sang trop épais et des canaux obstrués, le cœur continue de battre avec la même force et la même fréquence. Il s'ensuit alors un déséquilibre entre la force avec laquelle le sang est poussé et la résistance des vaisseaux. Un éclatement de ceux-ci peut alors se produire et causer une hémorragie. Cet état trouve, dit-il, le plus souvent son origine dans des problèmes de comportement ou d'environnement : trop de viande, mauvaise bière, air humide, passions trop fortes, etc.⁶⁴

Raulin conçoit ce problème d'évacuation à sa façon. Quand les matières des évacuations habituelles ne peuvent s'écouler normalement (comme dans les cas de suppression des règles, d'arrêt de l'allaitement, d'hémorroïdes),

[...] ces matières se portent par métastase dans quelque autre partie, le plus souvent dans quelque viscère, et principalement dans ceux de la poitrine, où elles forment des engorgements, des tubercules ou des érosions qui dégénèrent en ulcères, en suppurations, et qui établissent successivement tous les symptômes des phtisies pulmonaires⁶⁵.

Le climat

Enfin, une autre idée fort répandue à l'époque est celle de l'existence de liens entre le climat et la phtisie. Dupré de Lisle rapporte que, déjà du temps d'Hippocrate, on regardait le froid comme très nuisible à la poitrine, car il fait « stagner les humeurs ». Le travail de dépuración du corps ne se faisant plus normalement, les poumons se trouvent alors surchargés, il y a formation de dépôts, d'ulcères, puis de tubercules⁶⁶. Morton appréhende lui aussi le froid, car il cause un état de langueur de sorte que le sang ne circule

63. Nicolas Robinson, *A New Method of Treating Consumptions*, Londres, A. Betteerworth and T. Warner, 1727, p. 86-87.

64. N. Robinson, *op. cit.*, p. 110.

65. J. Raulin, *op. cit.*, p. 165.

66. Dupré de Lisle, *op. cit.*, p. 126.

plus et n'est plus « *concocted* » normalement. Le froid fait stagner les humeurs, ce qui empêche l'élimination et favorise la formation de tubercules⁶⁷. Reid accorde lui aussi une place importante à cette question : « le premier effet du froid et de l'humidité sur le corps vivant, écrit-il, est de l'affaiblir et de le rendre incapable des efforts habituels⁶⁸ ». L'organisme ne peut donc plus faire son travail d'élimination habituel : « la transpiration cutanée, par exemple, s'arrête et une partie de ses produits excrémentiels refoulent sur les poumons⁶⁹ ». Ceux-ci se trouvent alors surchargés ; des dépôts s'y font et stagnent, d'où la putréfaction et les tubercules.

La thèse constitutionnelle fait donc provenir la maladie de problèmes d'ordre physique innés ou acquis (maladies, climat). Ces problèmes auraient comme propriété d'alourdir le travail de l'organisme et d'empêcher les fonctions normales d'élimination. D'où l'engrassement, la putréfaction et la fièvre.

1.4 La disposition héréditaire

D'après Raulin, la thèse de la disposition héréditaire remonterait elle aussi à Hippocrate⁷⁰. Six des auteurs étudiés mentionnent l'hérédité comme une cause possible de la phtisie : G. Harvey, R. Morton, D. de Lisle, R. de la Chassagne, J. Raulin et J. B. T. Baumes⁷¹. J. Raulin lui accorde une place importante, car pour lui, la phtisie se divise en trois maladies distinctes : la phtisie essentielle, la phtisie héréditaire et la phtisie contagieuse⁷². Le plus bavard sur cette question est Baumes qui écrit à la fin du siècle. Il consacre à

67. R. Morton, *op. cit.*, p. 68 et p. 138.

68. T. Reid, *op. cit.*, p. LII.

69. *Ibid.*, p. 36.

70. J. Raulin, *op. cit.*, p. 53 ; R. C. Olby, « Constitutional and Hereditary Disorders », *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, W. F. Bynum et R. Porter (dir.), Londres, Routledge, 1993, p. 414.

71. En 1761, L. Avenbrugger faisait lui aussi de la disposition héréditaire une des causes de la phtisie avec les affections de l'âme et les maladies occupationnelles. *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité*, ouvrage traduit du latin et commenté par J. N. Corvisart, Paris, Migneret, 1808, p. 156.

72. J. Raulin, *op. cit.*, p. 50-59.

la thèse du « vice héréditaire » un des trois chapitres de son traité, soit plus de 100 pages⁷³. Les autres pensent que l'hérédité constitue un facteur parmi d'autres, au même titre qu'un air trop salin, une mauvaise alimentation, la fumée des villes, le froid, la mélancolie, la contagion, l'effet d'autres maladies, etc. Le seul à soutenir que la maladie peut être transmise directement des parents aux enfants est Raulin; et cela de façon assez particulière, puisqu'il imagine que c'est le père qui, au moment de la conception, transmet la maladie au fœtus⁷⁴.

De façon générale, les tenants de cette thèse pensent que ce qui est transmis aux enfants par les parents, ce ne sont pas les germes des tubercules eux-mêmes, mais plutôt une prédisposition à la maladie. Ils transmettent une faiblesse de constitution, en particulier de la poitrine et des poumons, qui fait en sorte que leurs enfants sont plus susceptibles que d'autres de développer la maladie plus tard dans leur vie⁷⁵. En effet, écrit Raulin, le mal ne se déclare pas tout de suite: « c'est souvent vers 18 ans, à la fleur de l'âge, que le vice héréditaire commence à se développer⁷⁶ ».

Au XVIII^e siècle, la thèse héréditaire n'est donc qu'une théorie parmi d'autres. Elle ne pèse pas lourd alors dans la balance des débats sur la nature et les causes de cette maladie en Europe; mais elle sera appelée par la suite à connaître une nouvelle destinée.

1.5 Les comportements

De toutes les théories avancées au XVIII^e siècle pour essayer de rendre compte de la nature de la phtisie, la plus invoquée est, en fait, celle qui a trait aux comportements. Tous les auteurs de notre corpus y consacrent au moins quelques paragraphes. Harvey, Morton, De la Chassagne et Portal y consacrent plusieurs pages tandis que Reid et Beddoes en font le cœur du problème.

73. J. B. T. Baumes, *op. cit.*, p. 86-191.

74. *Ibid.*, p. 100.

75. *Ibid.*, p. 172.

76. J. Raulin, *op. cit.*, p. 53; Rozière de la Chassagne, *op. cit.*, p. 271.

À cette époque, la médecine fait une distinction importante entre ce qui est propre à la nature de l'organisme (ce qui échappe à la volonté, comme les fonctions des organes : digestion, respiration, circulation, etc.) et ce sur quoi l'individu peut intervenir en observant certaines règles de vie. Cette question des arts de vivre a été à l'origine de plusieurs traités au Moyen Âge, dont les *Tacuinum Sanitatis* qui ont fait l'objet de commentaires et de rééditions jusqu'au XIX^e siècle⁷⁷. Ces *ars vivendi* ont toujours comme objet les « six choses non naturelles », soit : le bon usage des aliments et des boissons, l'exercice physique, la qualité de l'air, le contrôle des émotions et des passions, le repos et le sommeil, le bon fonctionnement des évacuations et excréctions. L'idée au fondement de ces arts de vivre est qu'il faut éviter les excès, les écarts, et pratiquer la modération. Sinon, il en découle un état de langueur, de mélancolie et de fatigue, une perte de vitalité et de tempérament qui entraîne la suppression des évacuations et provoque l'acrimonie du sang, l'engrassement des poumons, l'ulcération et la formation de tubercules⁷⁸. Reid écrit à ce sujet :

[...] certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres, notamment les personnes d'une délicate et faible constitution [...] déjà vulnérables par nature, ces personnes le sont encore plus lorsqu'elles ne respectent pas certaines lois d'après lesquelles sont réglées toutes les opérations de l'économie animale, et qui viennent surtout de deux choses : le mode de vie et le climat. Ainsi, les exercices violents, l'intempérance dans les aliments et les boissons, les passions fortes, la suppression brusque des évacuations habituelles, l'influence d'une température humide et froide, voilà parmi les causes qui donnent communément naissance à la phtisie⁷⁹.

À cette problématique des comportements individuels s'ajoutent, à partir de la fin du XVIII^e siècle, aux yeux de certains

77. Sur ces questions, voir le livre de Daniel Poirion et Claude Thomasset, *L'art de vivre au Moyen Âge*, Paris, Éditions du Félin, 1995. Au XVIII^e siècle, l'une de ces versions fut *L'École de Salerne ou l'art de conserver la santé en vers latins et françois, avec des remarques par M Levacher de la Feutrie*, Paris, Méquignon, 1782, 408 p.

78. Voir, par exemple : Dupré de Lisle, *op. cit.*, p. 9 ; G. Harvey, *Morbus Anglicus*, p. 148. Sur les « six choses non naturelles » voir W. Coleman, « Health and Hygiene in the Encyclopédie : A Medical Doctrine for the Bourgeoisie », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. XXIX, 1974, p. 399-421.

79. T. Reid, *op. cit.* p. 4-5.

théoriciens, des problèmes d'une autre nature, plus grave encore, puisqu'ils concernent les fondements mêmes de la société : il s'agit des nouveaux modes de vie et des nouvelles mentalités. Elles favoriseraient l'affaiblissement de l'espèce⁸⁰. Dumas, Reid et Beddoes développent longuement cette idée. Ils sont profondément convaincus que la société est en voie de dégénérescence. Sur le plan physique d'abord, à cause des nouveaux goûts. À une nourriture simple, on préfère maintenant les « rôtis » et les « liqueurs fermentées ». Les gens mangent avec excès. Ils mangent trop de viande, trop de substances molles, flatuleuses et difficiles à digérer. Ils surchauffent ainsi leur estomac⁸¹. Pour toutes ces raisons, et d'autres du même genre (alcool, café, etc.), l'homme moderne a perdu sa vitalité et son endurance. Il est devenu mou. « Les anciens, écrit Dumas, avaient une force dont l'espèce n'est plus capable⁸². »

Il en est de même sur le plan moral. Les enfants sont trop dorlotés, trop mignotés ; si bien qu'ils deviennent indolents. Les nouvelles idées et nouvelles réalités sociales, comme l'urbanisation, la vie politique, le goût des lettres, sont des sources de maux et d'affections nerveuses que les gens de la campagne ne connaissent pas⁸³. Elles favorisent l'émotivité, le choc des idées, l'ambition, la compétition, les déceptions, les débats, la promiscuité, etc. Autant de maux qui viennent troubler l'esprit et le corps. Tout cela a donc contribué à rendre « la constitution pituiteuse et catarrhale » de plus en plus commune⁸⁴ ; Dumas écrit à ce sujet :

Toutes les affections pituiteuses ont cela de commun qu'elles se préparent d'une manière lente, incertaine, et qu'elles ne parviennent qu'à la longue à avoir une forme exacte et déterminée. Leur marche reste longtemps faible, timide et mal assurée. Celle des fonctions vitales demeure embarrassée, contrainte et comme suspendue ; les organes digestifs tombent dans l'abattement et la langueur. La sanguification s'opère mal, et il n'en résulte qu'un sang pâle, dissout

80. Cette question est bien résumée dans la deuxième partie du discours préliminaire de C.-L. Dumas au livre de T. Reid, *op. cit.*, p. XXVI-XLIV ; voir aussi R. Porter, *Doctor of Society*, chap. VI.

81. C.L. Dumas, *op. cit.*, p. XXX-XXXIX.

82. *Ibid.*, p. XXXVII.

83. *Ibid.*, p. XXX.

84. *Ibid.*, p. LVIII.

et incapable de dilater convenablement le diamètre des vaisseaux ; d'où proviennent la mollesse, la lenteur et la petitesse du pouls. Les muscles se refusent à exécuter leurs mouvements ordinaires ; les lassitudes spontanées, l'engourdissement des articulations, le dégoût, la prostration des forces, le marasme même composent une suite de symptômes qui leur est familière. Ainsi n'est-il pas rare de compter parmi les accidents qu'elles laissent après elles, plusieurs maladies caractérisées par la consommation des organes et la fonte des humeurs. Hippocrate, en faisant l'énumération des maladies que les fluxions catarrhales mènent à leur suite, en indique trois principales : le tabès, l'hydropisie et la sciatique. La phtisie qui succède aux engorgements catarrheux devient une des espèces les plus communes⁸⁵.

1.6 Conclusion

*The only thing that makes the physician superior to the apothecary and herbalist is his knowledge of causes*⁸⁶.

Les auteurs dont nous venons d'étudier les textes sont tous convaincus que leur époque est aux prises avec un très grave problème sur lequel ils doivent se prononcer en tant qu'élite médicale. Ils doivent expliquer les causes de cette maladie et proposer des moyens de s'en prémunir et de la guérir. Pour ce faire, ils leur faut développer des approches.

Leur démarche principale consiste dans l'observation des symptômes au fur et à mesure de l'évolution de la maladie. D'où ces longues descriptions de l'état des malades à chacune des phases de celle-ci. Plusieurs cherchent aussi à faire des liens avec d'autres maladies de la poitrine, d'autres maladies « ulcéreuses » et d'autres affections « qui consomment l'organisme ». C'est ce qui explique les nombreuses comparaisons de maladies chez Morton, Cullen et Portal, par exemple, visant à en faire ressortir les traits communs et les différences. Une autre approche consiste à essayer d'intégrer

85. *Ibid.*, p. LIX.

86. Jean Fernel (1506-1578), médecin à la Faculté de médecine de Paris ; cité dans J. Arrizabalaga, J. Henderson et R. French, *The Great Pox, the French Disease in Renaissance Europe*, New Haven, Yale University Press, 1997, p. 237.

les connaissances nouvelles de la physique et de la chimie. L'influence la plus perceptible est celle de la physique. Les travaux en optique de Leeuwenhoek ont inspiré Marten alors que Robinson a été influencé par les recherches de son temps sur la mécanique des liquides et des solides. T. Willis⁸⁷, M. Ettmuller⁸⁸ et Sylvius⁸⁹ ont essayé quant à eux d'intégrer les recherches des chimistes sur les acides, le sel et les gaz.

Cela dit, le lecteur à qui la médecine du XVIII^e siècle n'est pas familière pourra s'étonner de l'influence toujours présente des « anciens » : Hippocrate, Galien, Celse, Boerhaave, Sydenham et d'autres. Mais le plus cité reste de loin Hippocrate ; il est important de pouvoir dire que le point de vue avancé est partagé par le père de la médecine. Hippocrate demeure une référence obligée.

La lecture de ces textes a permis d'identifier quatre modèles étiologiques principaux de la phtisie au XVIII^e siècle. Rares sont les auteurs qui, comme Marten ou Robinson, ne font intervenir qu'une seule cause ; la majorité a tendance à privilégier plus d'une explication et à les classer selon un ordre d'importance. On a vu aussi que ces théories n'évoquent pas la même réalité pour tous ; leur interprétation varie selon les auteurs.

Il ressort aussi que la thèse contagioniste n'a pas connu au nord de la Méditerranée la même faveur que dans les pays du Sud au XVIII^e siècle. Mais comment expliquer ce peu de succès ? Rappelons d'abord que si la thèse contagioniste n'est pas arrivée à s'imposer dans les pays du Nord, ce n'est pas pour des raisons d'ordre logique ou scientifique. Les autres thèses ne sont pas mieux démontrées, bien au contraire. Son rejet semble plutôt lié au contexte politique, économique et social ; les idéologies libérales et individualistes ont

87. Thomas Willis, *The London Practice of Physick: or the Whole Practical Part of Physick Contained in the Works of Dr. Willis*, Londres, Thomas Besset, 1685. Voir aussi R. G. Frank, « Willis, Thomas », *Dictionary of Scientific Biography*, C. C. Gillispie (dir.), New York, Charles Scribner's Sons, 1970, vol. 14, p. 404-409.

88. *Dictionnaire des sciences médicales: biographie médicale*, Paris, C. L. F. Panckouke, tome 4, 1821, p. 64-67.

89. Sylvius disait que l'acide était la cause des fièvres. Franciscus de la Boë Sylvius, *The Practice of Physick*, Londres, A. Betterworth, 1717 [1^{ère} édition c. 1674], 511 p. Voir les chapitres 30 et 32.

marqué profondément l'Europe de la fin du XVIII^e et du début du XIX^e siècle. L'époque correspond aux luttes pour le droit de voter, de se faire élire, de penser librement, de faire du commerce librement, etc. Or, la thèse contagioniste impliquait des contrôles et la restriction de plusieurs droits individuels : droit de circuler, droit de faire du commerce entre les pays. L'idée de policer la santé apparaissait difficilement compatible avec ces libertés individuelles pour lesquelles on était justement en train de se battre⁹⁰. Et ces idées étaient beaucoup plus répandues dans le Nord que dans le Sud. De plus, la thèse contagioniste aurait pu avoir des implications socio-économiques importantes. Baumes en est bien conscient quand il écrit en 1794 : « Je veux bien qu'on fasse comme en Italie et qu'on brûle le linge et les meubles des malades décédés, mais on devrait le faire à condition que ce soit aux frais du trésor public⁹¹. » Il faudrait donc lever des impôts. Baumes rappelle aussi qu'adopter la thèse contagioniste obligerait à isoler les malades, interdire les mariages lorsque l'un des fiancés est malade, séparer les mères et les enfants⁹². Or cela impliquerait encore d'autres mesures restrictives. Dans le Nord, la thèse contagioniste ne convient pas davantage au corps médical. Celui-ci répugne à l'idée d'être obligé de déclarer les malades dans les cas de mariage, par exemple. Il est beaucoup plus favorable à une approche où le médecin lutte avec le patient et la société pour fortifier le « tempérament », qu'à une approche lui demandant de se faire l'apôtre de mesures d'hygiène et de contrôles sanitaires dont on ignore jusqu'où ils iront. Dans ce contexte, le peu de succès de la thèse contagioniste dans le nord de l'Europe paraît exprimer l'affirmation progressive de la philosophie du « laissez-faire », ce que le philosophe David Hume résumait ainsi : « liberty is the perfection of civil society⁹³ ».

90. Sur la phtisie et l'importance de la culture du moi au XIX^e siècle, voir l'article de G. Lawlor et A. Suzuki, « The Disease of the Self: Representing Consumption, 1700-1830 », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 74, Fall 2000, p. 458-494.

91. J. B. T. Baumes, *op cit.*, p. 186.

92. Hermann Pidoux parlera plus tard des « pauvres phtisiques qu'il faudrait séquestrer comme des pestiférés ». Cité par J. Prost, *Les conceptions du XIX^e siècle sur la contagion de la tuberculose*, Paris, Poisson et Co., 1934, p. 58.

93. Cité dans J. Black et R. Porter (dir.), *A Dictionary of Eighteenth-Century History*, Londres, Penguin Books, 1996, p. 413.

Voilà donc comment, en Europe, les spécialistes ont interprété la tuberculose au XVIII^e siècle. Mais nous avons aussi cherché à savoir, à partir d'une recherche sur la région de Québec, ce que les praticiens d'ici avaient pu penser de leur côté. Il est cependant difficile d'avancer une réponse claire, car les premiers écrits sur cette maladie n'ont commencé à paraître qu'au XIX^e siècle (dans les revues médicales).

Les sources sont donc difficiles à trouver. Outre deux catalogues de bibliothèques, celui du Collège des Jésuites (1745) et celui de l'apothicairerie de l'Hôtel-Dieu (1791), nous avons utilisé une autre source pour tâcher d'aborder cette question, au moins d'une façon indirecte. Il s'agit des inventaires après décès, soit ces documents rédigés par les notaires dans lesquels on trouve la description des biens laissés par une personne à sa mort, afin d'établir l'état de la succession (pour l'accepter ou éventuellement la refuser). Notre corpus comprenait le milieu médical de la ville de Québec entre 1700 et 1814, et nous avons trouvé 11 inventaires dans lesquels des titres de livres sont mentionnés (bien sûr de façon incomplète le plus souvent). C'est ainsi que nous avons pu trouver un total de 17 titres traitant exclusivement ou à certains égards de la phtisie.

Nous disposons de deux documents pour la période 1700-1750 (l'inventaire après décès du docteur Michel Sarrazin et le catalogue de la bibliothèque du Collège des Jésuites). Nous y avons relevé 13 titres d'ouvrages dans lesquels la phtisie fait partie des maladies abordées. Ces titres relèvent de deux courants de pensée différents. Le premier, éclectique, est le plus important ; il regroupe huit titres. On y trouve notamment des écrits de Richard Morton (deux exemplaires), de Michel Ettmüller (deux) et de Lazare Rivière (deux)⁹⁴. Ces auteurs avaient tendance à faire intervenir certains ou plusieurs facteurs pour expliquer le développement de la maladie (tempérament, hérédité, climat, environnement, comportements, contagion, etc.). Certaines de ces explications remontent

94. R. Morton (1637-1698), *Opera Omnia*, Lugduni, 1697 ; M. Ettmüller (1644-1732), *Pratique générale de médecine de tout le corps humain*, Lyon, 1699 ; Lazare Rivière (1599-1655), *La pratique de la médecine avec la théorie*, Lyon, 1723. Les titres des deux autres ouvrages par Thomas Sydenham n'ont pas pu être identifiés.

même à Hippocrate. Le deuxième courant est représenté par cinq titres. Il s'agit d'écrits de Herman Boerhaave (trois exemplaires), de Giorgio Baglivi (un), et de Friedrich Hoffmann (un)⁹⁵. La pensée de ces auteurs s'inspire des découvertes récentes de la chimie et de la physique (notamment au sujet de la mécanique des fluides et des liquides) ; nous avons traité plus haut de ce courant dans le présent chapitre.

C'est aussi dans ce dernier courant de pensée que s'insèrent trois des quatre livres trouvés dans les bibliothèques des personnes décédées entre 1760 et 1814, soit les commentaires de Gerard van Swieten sur Herman Boerhaave (deux exemplaires), et un texte de Nicholas Robinson⁹⁶. Le dernier livre est celui de Lazare Rivière, déjà mentionné, dont l'approche est multicausale.

Ainsi, d'après ces documents il semble y avoir eu, dans les milieux médicaux de Québec au XVIII^e siècle, deux courants de pensée principaux relatifs à cette maladie. Un premier y voyait l'effet de plusieurs causes possibles ; l'autre, plus récent, la considérait plutôt comme l'aboutissement de difficultés d'ordre physiologiques, et notamment iatomécaniques⁹⁷.

NOTICES BIOGRAPHIQUES DES AUTEURS CONSULTÉS

Baumes, J. B. T. (1756-1828) : Il fut professeur de pathologie à l'Université de Montpellier.

Beddoes, Thomas (1760-1808) : Il fit ses études médicales à Oxford et enseigna dans cette université de 1796 à 1792. Il alla ensuite pratiquer la médecine à Bristol où sa réputation semble avoir été excellente. Il fut le tuteur de J. G.

95. H. Boerhaave (1668-1738), *Institutiones rei medicae*, Lugduni, 1708 ; G. Baglivi (1668-1707), *Opera omnia*, Lugduni, 1704 ; Fr. Hoffmann (1660-1742), *La médecine raisonnée*, Paris, 1739.

96. G. van Swieten (1700-1772), *Commentaria in Hermanni Boerhaave aphorismos*, Lugduni, 1742 à 1772, 5 Vol ; N. Robinson, *A New Method of Treating Consumptions. Where in all the Decays Incident to Human Bodies are Mechanically Accounted for*, Londres, A. Bettesworth and T. Warren, 1727.

97. Le résultat de cette recherche a été publié dans « Les bibliothèques médicales à Québec aux XVIII^e et XIX^e siècles : l'exemple de la phtisie », *CBMH/BCHM*, vol. 23, n° 2, 2006, p. 331-354.

- Lambton, le futur Lord Durham, de 1797 à 1805, lorsque celui-ci perdit son père de la phtisie à l'âge de cinq ans.
- Cullen, William (1710-1790) : Médecin écossais ; il enseigna la médecine à l'Université de Glasgow (1744-1755) et à l'Université d'Édimbourg (1755-1789). Il écrivit plusieurs ouvrages dont *First Lines of the Practice of Physic* (Londres, 4 vol., 1776-1784) qui fut traduit en plusieurs langues.
- De la Chassagne, Rozière : Médecin originaire de Montpellier. Il fut l'un des partisans de la thèse contagioniste comme plusieurs médecins du sud de la France.
- De Lisle, Dupré : Il fut médecin à Versailles. On sait qu'il fut aussi médecin du comté de Provence, du département de la Marine et de la prévôté de l'Hôtel du roi.
- Harvey, Gideon (1640-1700) : « *Physician general* » dans l'armée, et médecin de Charles II d'Angleterre et de Guillaume IV. Il a beaucoup voyagé et écrit plusieurs traités.
- Marten, Benjamin (1704-1782) : Médecin anglais. Contemporain d'Antoni van Leeuwenhoek, l'inventeur du microscope, et de Nicolas Andry, l'auteur d'un livre intitulé *De la génération des vers dans le corps de l'homme*. Il fut très influencé par leurs travaux.
- Morton, Richard (1637-1698) : Études médicales à Oxford ; *fellow* du Collège des médecins de Londres en 1679. Son livre connut plusieurs éditions au XVIII^e siècle.
- Raulin, Joseph (1708-1784) : Médecin ordinaire du roi, censeur royal et auteur de plusieurs ouvrages. Il fut aussi inspecteur général des eaux et des maisons de santé et membre de cinq académies de médecine en Europe.
- Reid, Thomas (1710-1796) : Docteur en médecine et membre de la Société royale de Londres. Il a aussi écrit un livre sur l'influence du climat sur la santé.
- Robinson, Nicholas (1697-1775) : Médecin anglais ; il fut un tenant de l'approche mécanique en médecine. Il écrivit des traités sur plusieurs autres maladies.
- Portal, Antoine (1792-1832) : Médecin très en vue en France. Il fut médecin du roi, professeur au Collège de France, président de l'Académie de médecine de Paris, officier de la Légion d'honneur.

CHAPITRE 2

La tuberculose au XIX^e siècle

[...] tandis que je puis éviter la tuberculose si je la connais¹.

2.1 Les apports du XIX^e siècle

Les nouvelles connaissances

Au XIX^e siècle, des chercheurs commencèrent à mettre en doute certaines des idées reçues sur la tuberculose, et à proposer de nouvelles interprétations. Cela fut possible dans le contexte du développement de l'anatomie pathologique, puis de la médecine expérimentale, enfin de la bactériologie.

Un premier objet d'investigation fut celui des traces de la maladie sur les malades. Gaspard-Laurent Bayle, dans le cadre des observations qu'il avait faites sur les corps des quelque 900 phtisiques décédés à l'Hôpital de La Charité de Paris, identifia six formes de lésions des poumons chez les malades : granuleuse, miliaire, calcifiée, ulcéreuse, mélanique et cancéreuse².

De son côté René T. H. Laennec, qui fut nommé à l'Hôpital Necker en 1816, s'intéressa aux symptômes respiratoires des

-
1. Jean-Antoine Villemin, *Études sur la tuberculose. Preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculabilité*, Paris, J.-B. Baillière et Fils, 1868, p. 277.
 2. J. Duffin, « Gaspard-Laurent Bayle (1774-1816), et son legs scientifique : au-delà de l'anatomie pathologique », *CBMH/BCHM*, vol. 3, n° 2, 1986, p. 173 ; G.-L. Bayle, *Recherches sur la phtisie pulmonaire*, Paris, Gabon, 1810, 439 p.

tuberculeux ; c'est dans le cadre de ses recherches sur ces malades qu'il eut l'idée du stéthoscope. Cet instrument, qui n'était au début qu'un cylindre en bois, permettait d'évaluer l'état des lésions aux poumons à partir des bruits internes faits par le malade dans sa respiration. Mais la grande découverte de Laennec fut de montrer l'unité des lésions causées aux poumons par la maladie. Laennec, en effet, mit en évidence le fait que toutes les lésions ou formes pathologiques des poumons des phtisiques n'étaient en réalité qu'une même entité morbide, c'est-à-dire qu'il n'y avait pas entre elles de différence de nature, l'état des poumons changeant à chaque phase de la maladie de même que la matière tuberculeuse³.

Les débats qui opposèrent Pierre-Charles-Alexandre Louis à François Broussais soulevèrent quant à eux des questions de méthode et de rigueur. Louis fut l'un de ceux qui développèrent l'idée de l'importance des preuves en médecine, aspect jusqu'alors pratiquement ignoré dans cette discipline comme on l'a vu dans le premier chapitre. « Il faut, disait-il, ne considérer comme vrai ou faisant partie de la science que ce qui est rigoureusement démontré ou évident⁴. » Il affirmait aussi en 1825 : « nous sommes persuadé que, pour bien voir, il ne faut pas voir rapidement ; que le seul moyen de rectifier des erreurs inévitables, est de remettre sans cesse en question ce qu'on a vu, et par conséquent d'observer toujours les mêmes objets comme si on les voyait pour la première fois⁵ ». Et, sur la question du caractère héréditaire de la tuberculose : « pour mettre l'influence de l'hérédité dans tout son jour et connaître exactement le degré de son influence, il faudrait dresser des tableaux de mortalité dans lesquels on comprendrait un certain nombre de sujets nés d'individus phtisiques et de personnes qui ne l'étaient pas⁶ ».

3. J. Duffin, *To See with a Better Eye. A life of R. T. H. Laennec*, Princeton, Princeton University Press, 1998, p. 156-158 ; M. Piery et J. Roshem, *Histoire de la tuberculose*, Paris, G. Doin & Cie, 1931, p. 251.

4. P.-C.-A. Louis, *Examen de l'examen de M. Broussais relativement à la phtisie et à l'affection typhoïde*, Paris, J.-B. Baillière, 1834, p. 58.

5. P.-C.-A. Louis, *Recherches anatomico-pathologiques sur la phtisie*, Paris, Gabon et compagnie, 1825, p. XV.

6. P.-C.-A. Louis, *Examen de l'examen*, p. 81.

Une autre contribution majeure fut celle de Jean-Antoine Villemin. En 1865, dans un mémoire intitulé *Cause et nature de la tuberculose*, il démontra, à partir de recherches faites sur des lapins, que la tuberculose était inoculable et qu'elle pouvait être transmise de l'homme aux animaux. Elle était donc contagieuse. Il développa ensuite cette thèse dans un livre passionnant qui parut en 1868 sous le titre *Études sur la tuberculose. Preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculabilité*⁷. Villemin, qui était médecin et professeur à l'École militaire du Val-de-Grâce, avait pu observer à quel point des soldats, en bonne santé pourtant lors de leur arrivée dans les casernes, finissaient par développer la maladie au contact de tuberculeux. Dans ce livre de 17 chapitres, Villemin s'en prend à plusieurs idées toutes faites de son temps :

- Il s'attaque d'abord à cette idée très répandue à l'époque selon laquelle certains individus auraient des « dispositions anatomiques particulières à développer cette maladie⁸ », comme s'ils avaient, continue-t-il, « une disposition particulière à développer des tubercules⁹ ».
- Autre idée à laquelle s'en prend Villemin : l'hérédité. La tuberculose, affirme-t-il, n'est pas plus héréditaire que le choléra, la variole ou la typhoïde : « si c'était le cas, nous aurions aussi des choléras, des varioles, des fièvres typhoïdes héréditaires¹⁰ ».
- Villemin fustige aussi la thèse de l'influence de la constitution physique, selon laquelle la tuberculose serait attribuable à la « débilité constitutionnelle » de certains individus. Penser cela, dit-il, consiste « à prendre l'effet pour la cause », ou à penser que l'amaigrissement et la déformation du thorax sont à l'origine de la tuberculose. Dans l'armée, continue-t-il, d'où les constitutions chétives sont bannies, on trouve pourtant beaucoup de tuberculeux¹¹.

7. J.-A. Villemin, *Études sur la tuberculose. Preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculabilité*, Paris, J.-B. Baillière et Fils, 1868, 640 p.

8. *Ibid.*, p. 269.

9. *Ibid.*, p. 275. Trois extraits de son livre figurent à l'annexe I.

10. *Ibid.*, p. 282.

11. *Ibid.*, p. 291-299.

- Il s'en prend aussi à Broussais pour qui la tuberculose est due à une inflammation des vaisseaux. Cette thèse a eu une très grande influence sur la médecine française de la première moitié du XIX^e siècle ; mais, dit Villemin, elle n'a jamais été démontrée¹².
- Une autre observation importante de Villemin porte sur le rôle des expectorations dans la propagation de la maladie. On rapporte qu'il fit dessécher des crachats dans une assiette et qu'il démontra que, même après quelques jours, les restes étaient toujours virulents¹³.
- Pour Villemin, il n'y a ni inflammation, ni hérédité, ni déchéance organique, ni froid, ni fatigue, ni misère, ni malformation du thorax, ni vice de sang qui puisse faire éclore la tuberculose dans l'organisme. « Pour naître, dit-il, il lui faut un germe qui ne peut venir que du dehors, et son inoculabilité démontre que ce germe se multiplie dans les milieux organiques de l'homme et de certains animaux¹⁴. » Il ajoute ceci : « En face d'une maladie fatalement mortelle comme la tuberculose, le principal espoir repose sur la prophylaxie, et celle-ci reste sans emploi de ses armes, si elle ne connaît pas l'ennemi qu'elle doit combattre¹⁵. »

La même année, en août 1868, devant les membres de l'Académie de médecine, Villemin fit état des expériences à l'origine de sa thèse sur le caractère contagieux de cette maladie dans un texte intitulé *De la virulence et de la spécificité de la tuberculose*¹⁶. Il leur expliqua comment la tuberculose pouvait être transmise par inoculation, tout comme la variole, le chancre, la syphilis et la morve.

12. *Ibid.*, p. 459.

13. J. Prost, *op. cit.*, p. 47.

14. J.-A. Villemin, *Études*, p. 620 ; W. Budd (1811-1880) écrit lui aussi, au milieu des années 1860, sur le caractère contagieux de la tuberculose. T. Dormandy, *op. cit.*, p. 50-52.

15. J.-A. Villemin, *Études*, p. 277-278.

16. J.-A. Villemin, *De la virulence et de la spécificité de la tuberculose*, Paris, Victor Masson et Fils, 1868, 32 p. La page de titre indique : « Lu à l'Académie de médecine le 8 août 1868 ». À la page 24, Villemin écrit ceci : « Par inoculation, le détritus d'un chancre donne un chancre, la pustule variolique crible la peau de pustules varioliques, le tubercule morveux parsème les organes de tubercules morveux, tout comme le tubercule phthisique infecte les viscères de tubercules phthisiques [...] Il s'agit de maladies se transmettant d'un individu à un autre au moyen d'une parcelle de matière morbide ». Ce texte est accessible en ligne à l'adresse suivante : [https://archive.org/details/39002086341394.med.yale.edu]

Certaines des idées de Villemin, notamment celle du caractère contagieux de la tuberculose, furent aussi démontrées par d'autres chercheurs tels que Julius Cohnheim, Carl J. Salomonsen, Paul von Baumgarten¹⁷, puis par le D^r Reich de Berlin à la suite d'une enquête menée auprès de deux sages-femmes dont l'une était tuberculeuse¹⁸.

La grande découverte, celle de la cause de la tuberculose, celle de « l'ennemi » dont parlait Villemin, c'est le médecin allemand Robert Koch qui la fit en 1882. Koch avait alors 39 ans et occupait depuis deux ans, à Berlin, un poste au sein de l'Office impérial de santé. C'est dans le contexte de ce poste qu'il fit la découverte du *mycobacterium tuberculosis*, et qu'il réussit à démontrer, en l'espace de neuf mois, le lien entre ce micro-organisme et la tuberculose.

Robert Koch fit part de sa découverte le 24 mars 1882, lors d'une communication à l'Institut de physiologie de Berlin. Le titre en était *Die Aetiologie der Tuberkulose*. Cette communication créa alors, dit K. Codell Carter, « *an immediate sensation* » dans le monde médical¹⁹; enfin, quelqu'un était arrivé à identifier l'ennemi numéro 1 de l'humanité et le principal problème médical de l'heure²⁰.

Lors de cette communication, Koch commença par rappeler que d'autres avant lui avaient démontré que cette maladie était transmissible, mais que personne n'était encore arrivé à en établir la cause. Or, cet agent causal, il venait de le trouver et il pouvait le démontrer: il s'agissait d'un bacille, d'une bactérie en forme de bâtonnet incurvé, infiniment plus petite qu'une cellule, le *mycobacterium tuberculosis*²¹.

Il exposa ensuite sa méthode. Il expliqua d'abord que pour en arriver, après plusieurs mois de travail, à faire ressortir les bacilles

17. R. Koch, *Essays of Robert Koch. Translated by K. Codell Carter*, New York, Greenwood Press, 1987, p. 83.

18. *UMC*, vol. VIII, n° 2, février 1879, p. 79-80.

19. K. Codell Carter dans R. Koch, *op. cit.*, p. XVI.

20. « [...] the greatest killer of the human race », René et Jean Dubos, *The White Plague. Tuberculosis, Man and Society*, New Brunswick (N. J.), Rutgers University Press, 1992, p. 101.

21. R. Koch, *op. cit.*, p. 83.

au microscope, il avait utilisé une teinture de bleu de méthylène qu'il avait alcalinisée avec de la potasse²². Puis il expliqua le lien causal qu'il pouvait établir entre ce bacille et l'infection tuberculeuse, selon la démarche définie par le pathologiste allemand Jacob Henle (1805-1885) en 1840²³. Ainsi, il expliqua²⁴ :

- qu'il avait isolé des bacilles provenant du sérum d'un animal malade ;
- qu'il avait fait croître ces bacilles dans un milieu de culture pure ;
- qu'après plusieurs semaines, il avait inoculé des animaux sains avec cette préparation ;
- qu'elle avait provoqué la maladie chez eux ;
- qu'il avait pu retracer la source pathogène dans leur organisme.

Pour prouver à l'assistance qu'il ne s'agissait pas là d'une coïncidence, il décrivit les 13 expériences effectuées par lui à partir de cultures tuberculeuses non seulement animales, mais aussi humaines. Et, déclara-t-il, tous les animaux sans exception étaient devenus infectés²⁵. Il leur dit aussi que ces bacilles se développaient seulement à des températures entre 30 et 40 °C ; qu'ils étaient de couleur blanc ivoire ; qu'ils étaient très résistants ; qu'ils se formaient en colonies ; qu'ils préféraient les milieux humides mais que, même une fois desséchés ils pouvaient survivre pendant plusieurs semaines et rester dangereux, notamment lorsqu'ils étaient transportés par la poussière et introduits dans l'organisme²⁶. Ainsi, concluait-il, désormais la lutte contre cette maladie ne se ferait plus contre une vague cause, mais contre un ennemi bien concret, qu'on pourrait distinguer des autres microbes, et qu'on pourrait arrêter dans sa marche en le détruisant par la désinfection et en protégeant les personnes en santé contre la contamination²⁷.

22. *Ibid.*, p. 84.

23. *Ibid.*, p. X.

24. *Ibid.*, p. 87-88.

25. « [...] without exception they all became infectious », *Ibid.*, p. 93.

26. *Ibid.*, p. 94 et p. 144.

27. *Ibid.*, p. 95 : « But in the future the fight against this terrible plague will no longer focus on an undetermined something, but on a tangible parasite, whose living conditions

Cela dit, malgré un premier accueil enthousiaste, cette théorie fit bientôt l'objet de diverses critiques, attaques réfutées par Koch dans un texte qui fut publié en 1883, et que l'on peut lire dans le recueil d'essais traduits par K. Codell Carter²⁸.

De son côté, en 1897, Karl Flugge démontra quant à lui que cette maladie ne se transmettait pas seulement par contact direct et par la poussière, mais aussi par les postillons émis par les tuberculeux lorsqu'ils toussaient, crachaient ou éternuaient²⁹.

Leur diffusion au Québec

Ces nouvelles connaissances ont circulé au Québec de diverses façons. D'abord, par le biais des étudiants et des médecins qui étaient de plus en plus nombreux, après les Guerres napoléoniennes, à s'en aller poursuivre leur formation médicale en Europe³⁰.

Elles ont également été diffusées par les livres. À la suite de recherches faites sur les bibliothèques médicales de la ville de Québec entre 1815 et 1868, nous savons que sept des neuf inventaires après décès trouvés comprenaient des livres sur la phtisie; que le deuxième en importance était un livre de R. T. H. Laennec, *De l'auscultation médiate ou traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur*, paru en deux tomes en 1819; et que l'ouvrage de Gaspard-Laurent Bayle, *Recherches sur la phtisie pulmonaire*, paru

are for the most part known and can be further investigated. Since this parasite can develop only in animal bodies, there is hope that it can be overcome. First, whenever possible the sources of infectious material must be removed. One of these sources, and certainly the most important one is the sputum of consumptives. Too little attention has been given to disposing of sputum or making it harmless. It cannot be very difficult to make phthisical harmless by suitable disinfection. This would eliminate most infective tuberculous material. Beside this, the disinfection of clothes, beds, and other items used by tuberculous patients, must certainly be considered».

28. *Ibid.*, p. 117-127. Ce texte de 1883 a pour titre «Critical Discussion of Publications Challenging the Significance of Tuberculosis Bacilli».

29. A. Colin, *Dictionnaire des noms illustres en médecine: 1000 personnages célèbres de l'histoire médicale de l'Antiquité classique au début du XX^e siècle*, Bruxelles, Prodim, c1994, p. 71.

30. Claude Galarneau a évalué à 47 le nombre de médecins et d'étudiants en médecine qui sont allés poursuivre leurs études en France entre 1815 et 1855. «Les Canadiens en France (1815-1855)», *Les Cahiers des Dix*, n°44, 1989, p. 135-181.

en 1810, y figurait aussi et qu'il arrivait juste derrière ceux de François Broussais, quant au nombre d'exemplaires trouvés³¹.

À partir de 1826, cet intérêt se manifeste également au sein des revues médicales. Dès le premier numéro du *Journal de médecine de Québec / The Quebec Medical Journal*, paru en janvier 1826, on trouve le compte rendu d'un livre sur la tuberculose pulmonaire³². Ces revues médicales publient des articles originaux écrits par des Canadiens, mais ils reproduisent aussi beaucoup d'articles de revues et de journaux étrangers. Dans les années 1880, par exemple, plusieurs articles relatifs aux travaux des contagionistes, dont ceux de Jean-Antoine Villemin, Émile Arthur Vallin, Robert Koch, Jacques-Joseph Grancher³³, Jean-Baptiste-Auguste Chauveau³⁴ et d'autres furent reproduits, ou publiés, dans *L'union médicale du Canada*, la revue médicale la plus largement diffusée au Québec à l'époque. Villemin et Vallin étaient tous les deux médecins militaires. Villemin enseignait à l'Hôpital du Val-de-Grâce à Paris. Quant à Vallin, il avait été directeur de l'École de santé militaire de Lyon de 1888 à 1893; en 1879, il avait fondé la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*³⁵.

Dans les années 1880, la thèse contagioniste suscite manifestement de l'intérêt. En 1884, l'éditorial du numéro de décembre de *L'union médicale du Canada* présente une synthèse des « belles découvertes de MM. Koch, Bouley, Sée³⁶, Chauvin³⁷, Vallin », tous des contagionistes, sur la tuberculose. Cet article présente de nouvelles approches pour lutter contre celle-ci³⁸. On y explique

31. J. Bernier, « Les bibliothèques médicales à Québec », p. 346.

32. Il s'agit du livre d'Alexander Crichton: *Practical Observations on the Treatment and Cure of Several Varieties of Pulmonary Consumption, and on the Effects of Boiling Tar in that Disease*, Londres, Loyd and Son, 1823, 260 p.

33. En 1900, Grancher devint vice-président de l'Institut Pasteur.

34. Jean-Baptiste-Auguste Chauveau fut longtemps directeur de l'École vétérinaire de Lyon.

35. *Almanach national. Annuaire officiel de la République française*, Paris, Berger-Levrault et Cie, 1883, p. 993.

36. Germain Sée fut professeur à la Faculté de médecine de Paris. En 1884, il fit paraître *De la phtisie bacillaire des poumons* dans lequel il considère, dans le prolongement des travaux de Koch, que cette maladie est « parasitaire, virulente et transmissible par inoculation ».

37. Georges Chauvin était médecin à Liège.

38. « Prophylaxie de la tuberculose », *UMC*, vol. 13, n° 12, déc. 1884, p. 567-569.

que la tuberculose est une maladie parasitaire et contagieuse qui demande des mesures prophylactiques particulières :

- a) il ne faut jamais partager le lit et la chambre d'un tuberculeux arrivé « aux degrés avancés de la consommation » ;
- b) sa chambre doit être constamment aérée et ventilée ;
- c) la chambre et les objets ayant servi aux « phthisiques » doivent toujours être désinfectés ;
- d) il faut éviter le contact et la vie confinée avec les tuberculeux ;
- e) il faut désinfecter les crachoirs au chlorure de zinc, à l'eau bouillante ou avec d'autres désinfectants ;
- f) il faut empêcher que les crachats ne se dessèchent, car une fois réduits en poussière, ils sont encore dangereux.

Cela dit, la revue présentait aussi le point de vue des tenants de l'hérédité. Des clans se formèrent relativement au caractère transmissible ou non de la maladie, notamment en France où la Société médicale des hôpitaux de Paris décida d'instituer une commission afin de connaître l'opinion des médecins français sur cette question. Et *L'union médicale du Canada* fit part de ce débat à ses lecteurs en reproduisant le texte suivant qui parut en février 1885 :

À la suite d'un rapport présenté à la Société médicale des hôpitaux de Paris, par une commission composée de M.M. Villemin, Millard, Constantin, C. Paul³⁹, Grancher, Debove et Vallin, rapporteur, la même commission a été chargée d'instituer une enquête auprès de tous les médecins de France sur la transmissibilité de la tuberculose par les malades atteints de phthisie.

À une époque où la théorie microbienne de la tuberculose compte de si chauds partisans en même temps que des adversaires si convaincus, il n'y a pas de doute que les travaux de la commission seront suivis avec un vif intérêt.

39. Constantin Paul, en 1888, était médecin des hôpitaux et membre de l'Académie de médecine de Paris. *Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux*, Paris, L. H. Petit, 1888, p. 16.

Jusqu'à ces dernières années, l'hérédité a été presque universellement considérée comme le grand facteur de la phthisie tuberculeuse. L'on a dit que dans chaque cas de tuberculose l'on pourrait, pour peu qu'on s'en donnât la peine, retrouver des traces de tuberculisation dans les familles du malade. L'expérience a tellement confirmé cette proposition que l'on ne saurait s'étonner de voir la théorie du contagion reçue avec méfiance par un grand nombre. Il est vrai de dire aussi que le vice tuberculeux est aujourd'hui tellement répandu qu'il a envahi la plupart des familles, et que le premier individu venu, fût-il aussi sain que possible, n'aurait qu'à chercher dans l'histoire de ses ascendants ou de ses collatéraux pour retrouver des sujets tuberculeux, d'où il s'en suivrait que tous nous serions plus ou moins prédisposés à la maladie.

Quoi qu'il en soit, la théorie qui veut que la tuberculose se transmette par voie de contagion a des faits qui parlent haut pour elle, et il est temps que le jour se fasse un peu plus clair sur une question aussi controversée. La commission instituée au sein de la Société médicale des hôpitaux travaillera en conscience, nous n'en doutons pas⁴⁰ [...]

Ce rapport de 48 pages parut en 1886 sous le titre *Rapport sur l'enquête concernant la contagion de la phthisie*. On y rapporte que « 83 médecins répondirent, dont 57 affirmaient la contagion ou la croyaient très probable, 13 la niaient, 11 restaient dans le doute, et deux donnèrent des réponses incompréhensibles⁴¹ ». Près de 70 % pensaient donc que cette maladie était contagieuse.

Durant les années 1880, *L'union médicale du Canada* fit aussi l'état de la question de la transmissibilité de la maladie de l'animal à l'homme par la viande et le lait. L'hypothèse de l'identité entre la tuberculose humaine et la tuberculose bovine fut aussi discutée. On y présenta également des comptes rendus de débats tenus dans diverses sociétés médicales étrangères sur ces sujets. Dans les années 1890, on rapporta notamment les débats sur la « Kochine », ce traitement à la tuberculine que Koch pensait avoir trouvé mais

40. « Phthisiologie », *UMC*, vol. 14, n° 2, févr. 1885, p. 91-92. Sur les controverses aux États-Unis au sujet des découvertes de Koch voir H. R. M. Landis, « The Reception of Koch's Discovery in the United States », *Annals of Medical History*, vol. 4, 1932. Cité dans T. Dormandy, *op. cit.*, p. 173.

41. I. Straus, *La tuberculose et son bacille*, Paris, Rueff et Cie, 1895, p. 455.

qui s'avéra un échec⁴², et ceux relatifs aux expériences, également infructueuses, menées par le D^r Samuel Bernhein dans le but de trouver un vaccin⁴³.

En 1897 et 1898, *L'union médicale du Canada* présenta deux textes du D^r Hermann M. Biggs, le directeur des laboratoires bactériologiques du Bureau d'hygiène de la Ville de New York. Le premier est le discours (entier et traduit) qu'il prononça à la 65^e réunion annuelle de la British Medical Association, le 3 septembre 1897, et dans lequel il parla de l'organisation des services d'hygiène publique de la Ville de New York. Le second, qui parut en janvier 1898, explique le plan de lutte suivi par le Bureau de santé de la Ville de New York contre la tuberculose⁴⁴ :

- déclaration obligatoire, depuis 1894, des cas de tuberculose par les institutions publiques (dispensaires, hôpitaux, prisons, orphelinats, asiles) et, depuis 1897, également par les médecins ;
- mesures strictes au sujet des crachats : interdiction de cracher par terre et analyses bactériologiques gratuites ;
- isolement des malades, de préférence dans des établissements pour malades contagieux ;
- désinfection des logements après la mort d'un malade.

L'auteur de ce texte, Hermann M. Biggs (1859-1923), devint, à partir des années 1890, l'une des principales personnalités du monde de la bactériologie en Amérique du Nord. Il fut l'un des premiers à mettre en pratique, en Amérique, les techniques enseignées par Koch pour prévenir et contrôler les maladies infectieuses. Elizabeth Fee a dit de lui qu'il fut probablement l'officier de santé le plus progressiste et le plus influent de son temps⁴⁵.

42. *UMC*, vol. 20, n° 2, févr. 1891, p. 105-111 ; « A Review of the Literature of Koch's Tuberculine », *The Canada Medical Record*, vol. 26, 1897-1898, p. 25-26. La tuberculine servira plus tard au diagnostic de cette maladie.

43. *UMC*, vol. 25, n° 5, mai 1896, p. 307-309.

44. H. M. Biggs, « L'hygiène à New-York », *UMC*, vol. 26, n° 9, sept. 1897, p. 606-610 ; « La prophylaxie de la tuberculose pulmonaire », *UMC*, vol. 27, n° 1, janv. 1898, p. 57-58. Des articles parurent aussi du côté anglophone, voir par exemple « Action of the New York City Board of Health in reference to Tuberculosis Diseases », *The Canada Medical Record*, vol. 25, 1896-1897, p. 353-354.

45. « [...] perhaps the most powerful progressive health officer of the period », E. Fee, *Disease and Discovery. A History of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health*, 1916-1939, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1987, p. 187.

L'une de ses principales batailles fut contre la tuberculose. Biggs fit ses études de médecine à l'Université Cornell où il obtint son diplôme en 1882 et commença à pratiquer la médecine en 1883. L'année suivante, il visita l'Allemagne et étudia au laboratoire de Robert Koch. À son retour, il travailla au laboratoire Carnegie du Bellevue Hospital Medical Center où il put faire des expériences et développer ses connaissances en bactériologie. De 1892 à 1901, il fut directeur des laboratoires bactériologiques du Bureau d'hygiène de la Ville de New York, puis nommé, en 1914, « *health commissioner for New York state* ». Il joua aussi un rôle dans la création de l'École d'hygiène et de santé publique de l'Université Johns Hopkins et dans le développement de l'hygiène publique comme discipline universitaire et profession⁴⁶.

À la suite de toutes ces découvertes et contributions importantes, on pourrait penser que le problème de la tuberculose allait bientôt être réglé ou que, du moins, la mortalité diminuerait de façon significative. Mais, comme nous allons le voir, les choses furent beaucoup plus compliquées que cela.

2.2 Le vécu des tuberculeux

Les façons de voir

Deux mots sont utilisés dans la seconde moitié du XIX^e siècle pour nommer la tuberculose : phtisie et consommation. Le premier est celui que l'on trouve dans les traités de médecine et dans les revues médicales. C'est ce mot, par exemple, qui est utilisé dans le *Traité élémentaire de matière médicale et guide pratique des Sœurs de la charité de l'asile de la Providence* pour désigner cette maladie⁴⁷. Dans la langue populaire, par contre, sous l'influence de l'anglais, on

46. *Ibid.*, p. 26.

47. *Traité élémentaire de matière médicale et guide pratique des Sœurs de la charité de l'asile de la Providence* publié sous le patronage des professeurs de l'École de médecine et de chirurgie, Faculté de médecine de l'Université Victoria, Montréal, Montréal, Eusèbe Senécal, 1870, p. 966-968. En 1871, le terme utilisé à l'Hôtel-Dieu de Montréal pour désigner cette maladie est « phtisie ». *UMC*, vol. I, n° 1, janv. 1872, p. 28.

parle plutôt de consommation. C'est d'ailleurs ce terme qui est le plus souvent utilisé dans les recensements de 1861, 1871 et 1881.

On a vu dans le chapitre précédent qu'il y avait, au XVIII^e siècle, quatre schémas principaux pour expliquer les causes de la tuberculose. Les uns affirmaient qu'il s'agissait d'une maladie contagieuse; d'autres qu'elle était héréditaire; certains y voyaient l'influence de désordres constitutionnels ou physiologiques; d'autres enfin associaient son développement aux nouveaux modes de vie. Cela dit, rares étaient ceux qui pensaient que la maladie provenait d'une seule cause. En général, on imaginait plusieurs facteurs avec une cause dominante selon le malade.

Dans la deuxième moitié du XIX^e siècle, l'idée que la tuberculose puisse être une maladie contagieuse occupe une place importante dans les débats des phtisiologues, mais, malgré les apports de Villemin, de Koch et des autres contagionistes, elle n'arrive pas à s'imposer comme la thèse dominante. On assiste par contre à une sorte de fusion des trois autres thèses (héréditaire, désordres constitutionnels et modes de vie) en une seule sous le terme de « maladie constitutionnelle ».

Ce terme (maladie constitutionnelle) est en fait l'une des nouvelles catégories de la classification des maladies proposée au milieu du siècle par le médecin et épidémiologiste anglais William Farr, classification qui sera utilisée par la Ville de Montréal en 1873 et par le Canada lors du recensement de 1891. La particularité de cette classification est de regrouper les causes de décès en cinq ensembles : les maladies zymotiques; les maladies locales; les maladies constitutionnelles; les maladies du développement; les morts violentes⁴⁸. Le premier groupe, « les maladies zymotiques », comprend les maladies épidémiques comme la variole, la diphtérie, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, etc.⁴⁹ La tuberculose n'entre pas dans

48. Voir par exemple: *UMC*, vol. III, n° 9, sept. 1873, p. 424; ou le *Recensement du Canada pour 1891*, Ottawa, 1891, vol. 2, p. 130.

49. Le mot « zymotique » vient du grec : ferment. J. Bertillon, « Nomenclature des maladies », *UMC*, vol. XXVIII, n° 4, avril 1899, p. 243. Il s'agit de maladies qui, dit-il, sont dues à la « fermentation ».

cette catégorie, car elle n'est pas perçue comme contagieuse⁵⁰. Dans le groupe des « maladies locales » entrent les maladies propres à certains organes : peau, cœur, foie, estomac, cerveau, etc. La tuberculose n'entre pas non plus dans cette catégorie. On la fait plutôt figurer au nombre des « maladies constitutionnelles » avec le cancer, la goutte, l'hydrocéphalie, l'anémie, le rhumatisme et certaines lésions de la peau, comme les scrofules. La catégorie des « maladies du développement » fait référence à des problèmes propres aux âges de la vie : naissance prématurée, débilité, difformités liées à l'âge. Le dernier ensemble, « les morts violentes », concerne évidemment les accidents, les cas de suicide, etc. En 1891, le recensement du Canada introduisit deux nouvelles catégories : celle des maladies parasitiques qui regroupe « aphtes, vers et autres parasites », et la catégorie « diététique » dans laquelle figurent le scorbut, l'ivrognerie et les problèmes alimentaires.

Selon les tenants de l'approche constitutionnelle, la tuberculose peut se développer de deux façons. La première tiendrait à certaines faiblesses ou prédispositions morbides reçues en naissant, « la disposition intime du corps variant d'un individu à l'autre aussi bien en santé qu'en maladie⁵¹ ». Certaines personnes seraient plus vulnérables que d'autres dès la naissance. Cette vulnérabilité se voit d'ailleurs, disent-ils au sujet des tuberculeux, à leur aspect particulier : poitrine aplatie et étroite, muscles atrophiés, omoplates décollées, dos courbé, teint pâle, etc.⁵² L'autre façon découlerait de l'hérédité, soit de la présence de cas de tuberculose dans l'histoire familiale (père, mère, tante, grands-parents, etc.). La possibilité plus ou moins grande de développer un jour cette maladie serait, quant à elle, attribuable à certains facteurs. Cela tiendrait d'abord à l'état des parents : les deux ont-ils souffert de la maladie, à quel âge, était-ce avant ou après la conception ? Il y aurait aussi un lien avec le mode de vie des familles : vivent-elles dans un environne-

50. Villemin quant à lui, en 1868, définissait ainsi ces maladies zymotiques : « affections virulentes qui doivent leur existence à des productions parasites ». Il y incluait la tuberculose, J.-A. Villemin, *Études*, p. 604.

51. P. H. Nysten, E. Littré et Ch. Robin, *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire*, Paris, J.-B. Baillièrre et Fils, 1858, p. 434.

52. *Ibid.*, p. 1081.

ment sain, ont-elles de bonnes règles de vie? Car les possibilités de développer la maladie sont beaucoup plus grandes, affirment-ils, lorsque l'organisme est soumis à des conditions susceptibles d'altérer le bon fonctionnement des organes, dont les poumons, comme le surmenage, l'abus d'alcool, une alimentation insuffisante, le manque d'exercice, la masturbation, le froid, l'humidité, etc.⁵³ Cette thèse « constitutionnelle », basée sur les dispositions « natives » (reçues à la naissance) et l'hérédité, devient alors la principale théorie pour expliquer les causes de la tuberculose dans le dernier quart du XIX^e siècle⁵⁴. Dans ce contexte, la tuberculose est perçue comme une affaire personnelle et tout se passe entre le malade et le médecin. L'État n'a pas grand-chose à faire dans cette relation.

Les façons de faire

Au XIX^e siècle, peu de choses ont changé dans la condition des malades. Les principaux moyens pour établir le diagnostic sont toujours l'interrogation, l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation (immédiate, puis médiate depuis l'utilisation du stéthoscope). L'analyse bactériologique ne s'ajoutera qu'à la toute fin du siècle. Le lieu des soins a connu peu de changement. En général, on se faisait soigner chez soi, mais, en ville, dans le dernier tiers du XIX^e siècle, certains malades ont commencé à recevoir des soins gratuitement dans les dispensaires de quelques hôpitaux⁵⁵. Ceux qu'on rencontre dans les hôpitaux y ont été admis parce qu'ils étaient pauvres ou parce qu'ils n'avaient pas de soutien familial ou

53. *Ibid.*, p. 1081 ; *Traité élémentaire*, p. 966.

54. J.-A. Villemin, *Études*, p. 270. En 1901, une nouvelle classification fut utilisée pour ce recensement : la tuberculose fut classée au nombre des « maladies générales », mais cela ne changea pas les façons de voir. *Recensement du Canada, 1901*, Ottawa, S. E. Dawson, 1906, vol. IV, p. 176. Sur les théories héréditaires au XIX^e siècle voir notamment C. E. Rosenberg, « The Bitter Fruit: Heredity, Disease and Social Thought in Nineteenth-Century America », *Perspectives in American History*, vol. VIII, 1974, p. 189-235.

55. Par exemple, en 1866, l'Hôtel-Dieu de Québec ouvrit un dispensaire pour les pauvres ne nécessitant pas l'hospitalisation. F. Rousseau, *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec*, Québec, Septentrion, 1989, t. I, p. 234. De son côté, l'Hôpital Notre-Dame de Montréal eut le sien en 1881. F. Hudon, *L'Hôpital comme microcosme de la société : enjeux institutionnels et besoins sociaux à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1960*, thèse de doctorat en histoire, Université de Montréal, 1996, t. I, p. 177.

institutionnel. Le 5 juin 1873, il n'y avait que huit cas de « consomp-tion » sur les 80 malades présents à l'Hôtel-Dieu de Québec⁵⁶. En 1868, à l'Hôpital de la Marine de Québec (qui ne recevait pas que des marins et des immigrants), 30 malades furent inscrits comme « phtisiques » sur les 1 237 personnes admises entre le 1^{er} janvier et le 11 décembre⁵⁷. À la fin du siècle, à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, les tuberculeux représentaient en moyenne 13 % des causes de décès (entre 1880 et 1900)⁵⁸.

Les traitements administrés aux malades sont alors de deux ordres : les traitements dits hygiéniques et les traitements médicaux. Les premiers visent à favoriser la guérison en misant sur de bonnes conditions de vie : nourriture saine et fortifiante, repos, sobriété, habits adéquats, etc.⁵⁹ Parmi les traitements médicaux⁶⁰ figurent d'abord les toniques, notamment l'huile de foie de morue qui fait alors l'unanimité. Viennent ensuite les expectorants que l'on administre afin de provoquer l'expulsion des matières contenues dans les bronches, comme le sirop d'ipécacuana, le vin émétique, la réglisse. Pour calmer les mouvements trop violents de la toux, aider au sommeil et diminuer les angoisses, le médecin prescrit, entre autres, du laudanum, de l'opium, de l'extrait de chanvre indien⁶¹. Les narcotiques semblent avoir été largement prescrits, surtout aux moments les plus difficiles de la maladie. On peut lire ceci dans le *Traité élémentaire de matière médicale* paru en 1870, au sujet de l'opium : « il est sans contredit le remède le plus prescrit de toute la matière médicale, et celui dont l'usage est le plus fréquent⁶² ». René et Jean Dubos vont jusqu'à dire, dans *The White Plague*, qu'il est probable que ces tuberculeux sont devenus, dans une certaine

56. *Le Journal de Québec*, le 6 juin 1873.

57. *Documents de la Session*, Gouvernement du Québec, 32 Victoria, 1869, n° 23. À cette époque, environ 25 % des malades de cet hôpital provenaient de la région de Québec. *L'Électeur*, 6 novembre 1870, p. 2.

58. D. Goulet, F. Hudon et O. Keel, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980*, Montréal, VLB éditeur, 1993, p. 219.

59. *Traité élémentaire*, p. 967.

60. *Ibid.*, p. 967-968.

61. « One Hundred Cases of Pulmonary Tuberculosis Treated with Large Doses of Beechwood Creosote », *The Canada Medical Record*, vol. 26, 1897-1898, p. 349-350.

62. *Traité élémentaire*, p. 516.

mesure, des opiomanes⁶³. Pour calmer les convulsions, les malades prennent des antispasmodiques comme l'atropine, la belladone, l'opium. Quant aux sueurs nocturnes, on essaie de les faire diminuer en donnant, entre autres, de l'acide sulfurique, du sulfate de fer ou de zinc. Contre les troubles intestinaux tels que la diarrhée, provoqués par tous ces médicaments, on fait prendre de l'iode ou de la créosote, « un liquide extrait du goudron qui contient du phénol et du crésol⁶⁴ ». Sœur Sainte-Cécile résume ainsi l'essentiel des traitements donnés aux tuberculeux de l'Hôtel-Dieu de Québec à la fin du XIX^e siècle :

[...] outre la cure de repos et d'air on provoquait un abcès de fixation au moyen d'un petit vésicatoire de 2 par 2 pouces, à base de cantharides. Mouches de Milan appliquées journallement au point douloureux. Inhalation de créosote dont on imbibait une éponge placée dans la double paroi d'un masque spécial retenu aux oreilles par une ganse élastique⁶⁵.

À cela, il faut ajouter les nombreux remèdes populaires annoncés dans les journaux et les revues, lesquels, on s'en doute, se prétendaient tous aussi infaillibles les uns que les autres, comme celui-ci, paru dans *Le Journal de Québec*, le 2 mai 1857 :

63. «It is probable that every consumptive became, in some measure, an opium addict», René et Jean Dubos, *The White Plague. Tuberculosis, Man, and Society*, New Brunswick (N. J.), Rutgers University Press, 1992 (1952), p. 64. Olivier Robitaille rapporte ceci au sujet de l'opium administré lors de l'épidémie de choléra de 1832: «Et l'opium, la grande panacée d'alors, a été administré à profusion, si bien que l'on a eu raison de croire que des inhumations ont été faites de pauvres malheureux, sous l'influence de ce puissant narcotique, que l'on croyait morts». *Mes mémoires*, 1882, texte dactylographié, p. 10. Document accessible en ligne sur le site de Bibliothèque et Archives nationales du Québec: [www.banq.qc.ca].

64. *Traité élémentaire*, p. 289.

65. Mère Sainte-Cécile (Gaumond), « Coup d'œil sur le mouvement progressif du service de chirurgie à l'Hôtel-Dieu de Québec », Archives du monastère des Augustines de l'Hôtel-Dieu, 3 octobre 1945. Au sujet des termes : abcès de fixation = abcès artificiel ; vésicatoire = emplâtre ; cantharides = poudre à base de coléoptère utilisée depuis Hippocrate, voir *Traité élémentaire*, p. 235-238.

DÉCOUVERTE IMPORTANTE

Guérison en 10 minutes!!

Les pains à cacheter de Bryan pour les PULMONIQUES sont infail-
libles dans la guérison des Rhumes, Asthme, affection de Bronches,
mal de Gorge, Enrouements, Respirations gênées, Consommation et les
maladies de Poumons. Ils n'ont aucun goût de médecine et le plus
petit enfant peut les prendre. Des milliers de personnes ont été guéries
radicalement. Une seule dose guérit en dix minutes.

Les véritables Pains de « Bryan » pour les Pulmoniques portent la
signature de « Bryan ». À vendre par Fra C. Baldwin & Cie, Rochester,
New York, propriétaires, à 25 ¢ la boîte.

À vendre par

JOHN MUSSON

31 mars 1857

Québec

En somme, à la fin du XIX^e siècle, il s'agit encore d'une maladie
contre laquelle la médecine ne peut pratiquement rien.

Les malades atteints de la tuberculose souffrent beaucoup. Il
ne s'agit pas de douleurs aiguës, mais plutôt de profonds malaises
associés à plusieurs facteurs : toux, crachement de sang, sueurs,
fatigue, difficulté à dormir. On trouve dans les traités du XIX^e siècle
de nombreuses descriptions, faites par des médecins, des symptômes
vécus par les tuberculeux au cours de l'évolution de la maladie,
mais rares sont les témoignages laissés par les malades eux-mêmes.
Anton Tchekhov (1860-1904), l'écrivain russe qui était aussi
médecin, l'a fait dans des lettres à ses proches. Cette émouvante
correspondance a été rassemblée et étudiée par John Coope dans
son livre *Doctor Chekhov*⁶⁶ ; on peut y suivre l'évolution de sa
maladie sur une période de 20 ans.

66. Cette maladie pouvait se développer sur plusieurs années. Tchekhov, par exemple,
mourut en 1904 alors qu'il avait commencé à cracher du sang en 1884. John Coope,

2.3 La mortalité à la fin du XIX^e siècle

Les biographes de Lord Durham, qui fut gouverneur général des colonies de l'Amérique du Nord britannique en 1838, disent qu'il est mort de la tuberculose en 1840. Son père et sa première épouse sont également décédés de cette maladie, de même que quatre de ses enfants⁶⁷. Au XIX^e siècle, il n'est pas rare de voir plusieurs membres d'une même famille mourir ainsi de la tuberculose. Cette maladie est en effet très répandue dans les milieux où des malades aux stades avancés de la maladie (les tousseurs cracheurs) vivent en étroite relation avec les membres de leur famille, ou dans des lieux confinés comme les monastères, les pensionnats, les prisons, les manufactures, les camps de bûcherons, les logements de l'armée, de la marine, etc. En 1837, William Kelly estimait qu'au Bas-Canada, entre 1820 et 1831, la phtisie avait été à l'origine de 33 % des décès dans l'armée⁶⁸. En 1865, J. R. Malcolm évaluait ce pourcentage à 25 %⁶⁹.

Cela dit, on sait encore peu de choses de l'impact réel de cette maladie sur la mortalité au Québec et dans le reste du Canada au XIX^e siècle. Cette question nous semble pourtant importante et nous avons essayé d'y apporter quelques éléments de réponse. L'exercice apparaît en effet possible grâce aux recensements décennaux (dans lesquels on trouve, à partir de 1851, les causes de décès) et aux registres d'inhumation des villes de Québec et Montréal. Les historiens ont toutefois été peu enclins à les utiliser en raison de certaines lacunes qu'on y a observées. Il y a d'abord un problème de sous-enregistrement des décès. Certains l'ont estimé, pour les recensements, à 10 % en ce qui concerne la ville de Québec⁷⁰. Un autre problème vient du fait que le pourcentage de personnes pour

Anton Chekhov: A Study in Literature and Medicine, Chale, Cross Publishing, 1997. La maladie de Tchekhov fait l'objet du chapitre huit.

67. Fernand Ouellet, « Lambton, John George, comte de Durham », *DBC*, vol. VII, Québec, Presses de l'Université Laval, 1988, p. 520.
68. W. Kelly, « On the Medical Statistics of Lower Canada », *Transactions of the Literary and Historical Society of Quebec*, 1837, p. 218-219.
69. J. R. Malcolm, *A Practical Treatise on Consumption*, Toronto, 1865, p. 21.
70. Par exemple: André Lespérance, *La mortalité à Québec de 1771 à 1870*, mémoire de maîtrise, Université de Montréal, 1970, p. 22.

lesquelles la cause du décès n'est pas donnée est parfois très élevé : 44,3 % dans le recensement de 1851, 31,4 % en 1871 et 30,8 % en 1881⁷¹.

De plus, les informations qu'on y trouve sur la cause du décès ne se fondent, ni dans les recensements, ni dans les registres d'inhumation, sur aucun certificat médical. Les termes utilisés posent également problème ; non seulement parce que la terminologie médicale de l'époque désignant certaines maladies était différente de la nôtre, mais parce qu'on y trouve aussi des expressions populaires. Enfin, comme ce sont les familles qui déclaraient, lors des recensements, les cas de décès survenus au cours de l'année (nom, âge et cause de la mort), on a longtemps soupçonné qu'il pouvait y avoir eu dissimulation quant à la nature de certaines maladies, dont la tuberculose.

Cette difficulté a d'abord été soulevée par Jean-Noël Biraben à propos de la France du début du XX^e siècle, puis par Linda Bryder pour la Grande-Bretagne⁷². Ces deux auteurs font état d'un important problème de dissimulation des cas de tuberculose pour le début du XX^e siècle. Selon Biraben, « encore en 1925 les déclarations relatives à la tuberculose sont tellement insuffisantes qu'elles imposent une correction proche du doublement⁷³ ». D'après lui, il y aurait eu en France, en 1925, non pas 55 000 décès de la tuberculose, comme le mentionnent les chiffres officiels, mais 99 000⁷⁴. Il pourrait même s'agir de l'une des maladies les plus dissimulées en France, à l'époque, avec la syphilis et le cancer⁷⁵, celles-ci étant vues comme des maladies honteuses, ou « *socially sensitive*⁷⁶ ».

71. *Recensement du Canada, 1851-52*, Québec, Lowell and Lamoureux, 1855, p. 33 ; *Recensement du Canada, 1870-71*, Ottawa, I. B. Taylor, 1873, vol. II, p. 418 ; *Recensement du Canada, 1880-81*, Ottawa, Maclean, Roger and Co., 1884, vol. II, tableau XIX.

72. Jean-Noël Biraben, « La tuberculose et la dissimulation des causes de décès », dans *Peurs et terreurs face à la contagion*, J.-P. Bardet (dir.) et al., Paris, Fayard, 1988, p. 184-198 ; Linda Bryder, « Not Always One and the Same Thing: the Registration of Tuberculosis Deaths in Britain, 1900-1950 », *Social History of Medicine*, vol. 9, n° 2, august 1996, p. 253-265.

73. *Peurs et terreurs*, p. 377 (cité dans la conclusion écrite par Jean-Pierre Bardet).

74. *Ibid.* ; A. Mouret a commenté ces affirmations dans : « La légende des 150 000 tuberculeux par an », *Annales de démographie historique*, 1996, p. 61-84.

75. J.-N. Biraben, *op. cit.*, p. 195.

76. L. Bryder, *op. cit.*, p. 263-264.

Pour ces raisons, très peu d'historiens se sont aventurés à faire des études quantitatives de la mortalité au Québec pour la période antérieure à la Première Guerre mondiale. Nous avons quand même voulu tester l'une de ces sources : le registre du cimetière Mount Hermon de Québec parce qu'il porte sur une population restreinte et parce que l'inscription des données semble avoir été faite avec beaucoup de soin⁷⁷.

Ce registre concerne un ensemble de plus de 6 000 protestants qui furent inhumés dans ce cimetière entre 1848 et 1883. Il contient les informations suivantes sur chacun des défunts : date d'inhumation ; lieu d'inhumation ; date du décès ; âge ; lieu du décès ; lieu de naissance ; religion ; nom de l'officiant ; occupation ; cause du décès (*disease or cause of death*) ; remarques. Notons aussi :

- qu'une cause de décès ou de maladie est indiquée dans 93 % des cas ;
- que 349 termes différents ont servi à désigner les causes de décès de ces personnes ;
- qu'on remarque une grande uniformité dans l'écriture. Trois personnes seulement semblent avoir été responsables de la tenue des registres : deux de 1848 à 1866, James Millar et Robert A. Watters, et une seule, William Tregget, de 1866 à 1883⁷⁸. L'enregistrement se faisait au secrétariat du cimetière, 68, rue Saint-Pierre ; les personnes se présentaient ensuite au cimetière le jour de l'inhumation avec le certificat donnant le numéro de lot ;
- qu'au total, 6 138 personnes furent inhumées dans ce cimetière entre 1848 et 1883.

Au sujet de la ville de Québec rappelons que, d'après le recensement de 1871, elle comptait 59 700 personnes cette année-là. De ce nombre, environ 7 000 étaient de confessions protestantes

77. «Register of internments in Mount Hermon cemetery», 1840 à 1883. BANQ (Québec), Fonds Mount Hermon Cemetery, film n° M22/1 (1848-1950).

78. G. Gravel, *La géographie de la mortalité à Québec au XIX^e siècle : le cas des protestants ensevelis au cimetière Mount Hermon, Sillery, 1848-1883*, mémoire de maîtrise en géographie, Québec, Université Laval, 1992, p. 26.

et se répartissaient ainsi : 4 059 anglicans, 1 623 presbytériens, 794 méthodistes, 130 congrégationalistes et environ 400 « autres⁷⁹ ».

Notre démarche a consisté à tenter de mesurer la valeur de cette source puis, à partir d'elle, à essayer de quantifier la mortalité reliée à la tuberculose dans cette communauté protestante de Québec.

Un premier exercice a porté sur les termes utilisés pour désigner les causes de décès, ceci afin d'évaluer l'importance des cas de camouflage ou de dissimulation au sein des maladies reliées au système respiratoire. Ainsi, nous avons relevé tous les termes reliés à des maladies des poumons dans ce registre et les avons comparés à ceux en usage dans les traités médicaux de l'époque⁸⁰. Le tableau suivant donne la liste de ces termes et le nombre de fois qu'ils ont été mentionnés dans le registre du cimetière.

79. *Recensement du Canada, 1870-1871*, Ottawa, L. B. Taylor, 1873, vol. I, tableau II.

80. Pour ce faire, nous avons utilisé divers dictionnaires et traités de l'époque, dont : J. S. Billings, *The National Medical Dictionary*, Philadelphie, Lea Brothers and Co., 1890, 2 vol. ; P.-H. Nysten, E. Littré et Ch. Robin, *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire*, Paris, J.-B. Baillièrre et Fils, 1858 ; W. Osler, *The Principles and Practice of Medicine*, New York, D. Appleton and Co., 1893 ; *Manual of the International List of Causes of Death, as Adapted for Use in Canada by the Dominion Bureau of Statistics*, Ottawa, J. O. Patenaude, 1933.

TABLEAU 2
**Cimetière Mount Hermon – Causes de décès reliées à des maladies
du système respiratoire (1848-1883)***

CAUSES DE DÉCÈS	TOTAL
<i>Consumption</i> (413)	414
– <i>Consumption and old age</i> (1)	
<i>Inflammation of the lungs</i> (126)	126
<i>Congestion of the lungs</i> (121)	122
– <i>Pulmonary congestion of the lungs</i> (1)	
<i>Bronchitis</i> (74)	77
– <i>Bronchitis and croup</i> (1)	
– <i>Bronchitis and whooping cough</i> (1)	
– <i>Bronchitis, croup and diphtheria</i> (1)	
<i>Whooping cough</i> (69)	71
– <i>Teething and whooping cough</i> (2)	
<i>Disease of the lungs</i> (56)	56
<i>Croup</i> (48)	48
<i>Phthisis</i> (35)	38
– <i>Phthisis and pulmonalis</i> (1)	
– <i>Phthisis pulmonalis</i> (2)	
<i>Pneumonia</i> (26)	26
<i>Asthma</i> (15)	16
– <i>Asthma and general decay</i> (1)	
<i>Pleurisy</i> (14)	14
<i>Disease of the chest</i> (6)	6
<i>Inflammation of the chest</i> (4)	4
<i>Cold on the chest</i> (2)	2
<i>Cough</i> (2)	3
– <i>Effects of a cough</i> (1)	
<i>Inflammation of the wind pipe</i> (2)	2
<i>Water in the chest</i> (2)	2
<i>Abcess on the lungs</i> (1)	1
<i>Diphtheria and croup</i> (1)	1
<i>Dropsy on the chest</i> (1)	1
<i>Hemorrhage of the lungs</i> (1)	1
<i>Infantile of the lungs</i> (1)	1
<i>Influenza</i> (1)	1
Grand total	1033

* «*Register of internments in Mount Hermon cemetery*». Ce tableau comprend aussi les restes de deux personnes provenant d'autres cimetières et transférés à l'ouverture du cimetière Mount Hermon.

Ce relevé a permis de constater le soin avec lequel cette source a été rédigée.

- Le nombre de termes vagues est très réduit; un seul se démarque par sa fréquence: «*disease of the lungs*» (56 cas).
- Les termes utilisés font référence à des maladies précises, connues à l'époque.
- Deux termes font référence de façon explicite à la tuberculose pulmonaire, soit les deux termes en usage à l'époque: consomp-tion et phtisie. Le premier est alors le plus fréquemment utilisé en Amérique du Nord; l'autre est utilisé surtout dans les ouvrages de médecine et par les immigrants européens⁸¹.
- Ces informations semblent avoir été transmises de façon sérieuse et honnête par les proches du défunt au meilleur de leurs connaissances.
- En ce qui concerne le problème de la dissimulation ou du camouflage de cette maladie, cela ne semble pas avoir été le cas à Québec, entre 1848 et 1883, à propos des personnes inhumées dans ce cimetière. Et cela pour au moins trois raisons:
 - a) La première concerne les métiers déclarés. Le groupe le plus nombreux est celui des «*clerks and agents*» (24 noms), et le deuxième celui des «*merchants and grocers*» (22 noms). Il y a aussi des «*doctors*» (quatre) et des «*barristers*» (trois). Si ces familles de marchands et de professionnels avaient réellement pensé que la tuberculose était une maladie honteuse, il est peu probable qu'elles eussent été aussi franches dans la déclaration de la cause de décès de leurs proches.
 - b) La seconde raison se rapporte à une remarque destinée aux officiers du recensement de 1871 qui laisse penser que cette maladie était bien connue dans la société et qu'on ne la consi-dérait pas comme honteuse. La voici:

Lorsque la mort a été causée par un accident ou par une maladie bien connue, comme la picote, la *consomption*, la débilité des vieillards, etc., il n'y a aucun embarras à constater le fait; mais

81. Sur les 38 cas de phtisie, 27 étaient nés en Europe et huit au Canada et aux États-Unis.

dans beaucoup de cas il est extrêmement difficile et quelquefois impossible de déterminer la cause de la mort. Les énumérateurs doivent toutefois faire de leur mieux sans perdre trop de temps⁸² [...]

- c) La troisième raison découle de la précédente : si la tuberculose pulmonaire est alors une maladie que l'on connaît bien, dans une petite ville comme Québec, on peut penser qu'il aurait été mal venu de déclarer une autre maladie au risque de passer pour menteur. D'ailleurs, comme le faisait remarquer Hermann M. Biggs en 1900, les tuberculeux sont facilement repérables par leur toux et leurs crachats⁸³.

Cela dit, que nous apprend cette source sur la mortalité due à la tuberculose dans cette communauté protestante de Québec dans la seconde moitié du XIX^e siècle ? Des 6 138 personnes inhumées au cimetière Mount Hermon, nous avons soustrait les causes de décès inconnues (175) et les états morbides mal définis (1 285)⁸⁴. Il reste ainsi 4 678 dossiers. De ce nombre, nous avons vu que 1 033 personnes sont mortes de maladies du système respiratoire, soit 22,0 %. Si l'on s'en tient aux cas de consommation (414) et de phthisie (38), les deux termes les plus utilisés à l'époque pour désigner la tuberculose pulmonaire, on obtient un total de 452 décès sur 1 033, soit 43,8 %. Et si l'on ajoute les 56 cas de « *disease of the lungs* » et celui de « *hemorrhage of the lung* », ce total monte à 509. On obtient alors un rapport de 509/1 033, soit 49,3 % des décès reliés à des maladies du système respiratoire.

Dans la première façon de calculer, on obtient un pourcentage de 9,7 % du nombre total de décès dont la cause est connue (soit 452 cas de tuberculose dans les 4 678 dossiers) ; dans la seconde (en ajoutant les morts de « *disease of the lungs* » et celui de « *hemorrhage of the lung* ») ce pourcentage monte à 10,9 % (509/4 678). On peut donc estimer à environ 10 % le taux de mortalité

82. *Manuel contenant l'Acte de recensement et les instructions aux officiers du premier recensement du Canada*, Ottawa, 1871, p. 28.

83. H. M. Biggs, « The Registration of Tuberculosis », dans *From Consumption to Tuberculosis. A Documentary history*, B. G. Rosenkrantz (dir.), New York, Garland Publishing Inc., 1994, p. 333.

84. Comme *decline, inflammation, old age, langueur*. G. Dorval, *op. cit.*, p. 59.

attribuable à la tuberculose pulmonaire dans cette communauté protestante de Québec entre 1848 et 1883.

En outre, si on compare les résultats obtenus pour cette communauté de Québec avec ceux d'autres recherches, on constate qu'ils rejoignent d'assez près ceux qu'Anne Hardy a observés pour l'Angleterre et le pays de Galles à la même époque, soit 1861-1870 : 12,1 % (2 590/21 340 décès) ; 1871-1880 : 10,9 % (2 231/20 344) ; 1881-1890 : 9,7 % (1 810/18 610)⁸⁵. Par contre ces pourcentages semblent avoir été légèrement inférieurs à ceux obtenus pour l'Irlande (10,2 % des causes de décès en 1874 ; et 12,1 % en 1884)⁸⁶.

Cela dit, il est intéressant de constater que les chiffres mentionnés dans les recensements décennaux du Bas-Canada de 1861, 1871 et 1881, ne sont pas bien différents de ceux obtenus pour le cimetière Mount Hermon et dans les études mentionnées pour le Royaume-Uni. Ce qui laisse entendre que ces recensements sont probablement plus fiables, du moins en ce qui concerne la tuberculose, que ce qu'on a pu penser jusqu'ici. En effet, selon ces trois recensements, la tuberculose pulmonaire aurait été la cause de 10,3 % des décès au Québec en 1861, de 13,8 % en 1871, et de 13,5 % en 1880-81⁸⁷.

On a vu d'autre part que le problème de la dissimulation des décès dus à la tuberculose était inexistant à Québec à la fin du XIX^e siècle. Par contre, cette attitude allait changer dès le tournant du XX^e siècle. Cela fut d'ailleurs évoqué en 1910, dans le rapport de la Commission royale sur la tuberculose, alors que les commissaires ont fait remarquer qu'il arrivait que « par complaisance pour le malade ou sa famille, les médecins substituent au mot tubercu-

85. Anne Hardy, «Death is the Cure of all Diseases: Using the General Register Office Cause of Death Statistics for 1837-1920», *Social History of Medicine*, vol. 7, n° 3, déc. 1994, p. 485.

86. Greta Jones, *Captain of all These Men of Death. The History of Tuberculosis in Nineteenth and Twentieth Century Ireland*, Amsterdam, Raopodi, 2001, p. 49.

87. *Recensement du Canada*: a) 1860-61 (Bas et Haut-Canada), Québec, S. B. Foote, 1863, vol. I; b) 1870-71, Ottawa, I. B. Taylor, 1873, vol. II; c) 1880-81, Ottawa, Maclean, Roger et Co., 1884, vol. II. Il n'y a pas eu de recensement des causes de décès en 1901 et 1911.

lose un autre vocable comme broncho-pneumonie, mort des suites de la coqueluche, catharre chronique, bronchite chronique⁸⁸».

2.4 Conclusion

On oublie parfois que le XIX^e siècle constitue une étape particulièrement importante dans l'histoire de la médecine. C'est là que notre médecine actuelle trouve en grande partie ses racines. C'est au cours de ce siècle en effet qu'elle a commencé à se détacher des explications philosophiques de la maladie pour se tourner vers les méthodes modernes.

Avec la pratique des autopsies, les symptômes cessèrent d'être la principale clé pour tenter de comprendre les maladies. En ouvrant les corps on put commencer à étudier les rapports entre les symptômes ressentis durant la maladie et les lésions causées aux organes. Puis, grâce à la médecine expérimentale et aux développements de la chimie, de la physique, de la statistique et de la biologie, le monde médical put enfin mieux comprendre certaines réalités du corps humain, comme la mission du foie, la composition du sang, le rôle de la respiration, etc. Grâce encore au microscope et à la bactériologie, la médecine put délaisser les explications miasmatiques, climatiques et surnaturelles. Et, en comprenant le rôle des microbes, elle devint capable d'expliquer le phénomène des épidémies et l'origine de certaines infections comme la fièvre puerpérale, les infections postopératoires, la gonorrhée, etc., et de les prévenir. En effet, au XIX^e siècle, la médecine devint non seulement capable d'identifier les causes de plusieurs maladies infectieuses et contagieuses (les micro-organismes), mais de les isoler, d'en faire des cultures, de reproduire la maladie sur des animaux, et de se protéger de ces microbes et de la contagion par des mesures spécifiques d'intervention. C'est ainsi que, entre 1876 et 1894, les agents pathogènes de 19 maladies furent découverts⁸⁹. Enfin, grâce à

88. *Rapport de la Commission royale de la tuberculose. Province de Québec, 1909-1910*, p. 34.

89. J. Léonard, *Les médecins de l'Ouest au XIX^e siècle*, Paris, Honoré Champion, 1978, t. II, p. 928: 1876 (anthrax), 1878 (fièvre puerpérale), 1879 (blennorragie), 1880

l'anesthésie, à l'antisepsie puis à l'asepsie, les chirurgiens parvinrent à réussir un nombre de plus en plus grand d'opérations.

Ce siècle a aussi été le témoin de l'organisation de la médecine en profession (le Collège des médecins et chirurgiens fut créé en 1847) et de la naissance de ses institutions : écoles et facultés de médecine, revues médicales, sociétés médicales, congrès⁹⁰. On lui doit aussi, comme nous le verrons au chapitre quatre, les premières institutions et politiques de santé publique.

Ainsi, grâce à ces développements, la mortalité reliée à plusieurs maladies contagieuses importantes (comme le choléra, le typhus, la diphtérie, la typhoïde, la scarlatine) diminua de façon notable à partir du tournant du XX^e siècle. Toutefois, il resta une ombre au tableau : la tuberculose.

(typhoïde, lèpre, paludisme), 1881 (pneumonie), 1882 (tuberculose), 1883 (diphtérie, choléra, furoncle, gangrène, septicémie), 1886 (tétanos), 1887 (méningite), 1889 (chancre mou), 1891 (rhumatisme articulaire aigu), 1892 (dysenterie), 1894 (peste).

90. J. Bernier, *La médecine au Québec. Naissance et évolution d'une profession*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1989.

CHAPITRE 3

La médecine et la tuberculose, 1900-1950

Deux ouvrages fondamentaux ont été écrits sur l'histoire de la tuberculose au Canada au XX^e siècle. Le premier, celui de George Jasper Wherrett, a été publié en 1977¹ : *The Miracle of the Empty Beds*. Cet ouvrage est incontournable d'abord parce que son auteur, en tant que secrétaire de l'Association canadienne pour la prévention de la tuberculose de 1933 à 1962, a pu suivre de près l'évolution de cette maladie au Canada durant près de 30 ans ; ensuite parce qu'il a cherché à rendre compte, dans cet ouvrage, à la fois de l'ensemble de la scène canadienne et des particularités provinciales. Le second ouvrage a été écrit par Katherine McCuaig : *The Weariness, the Fever, and the Fret*². L'auteure, qui est médecin et historienne, y fait une synthèse de l'évolution des aspects médicaux, administratifs et institutionnels de la tuberculose pour l'ensemble du Canada de 1900 à 1950.

Outre ces études, on trouve des textes moins élaborés, mais utiles pour comprendre différents aspects de l'histoire de cette maladie au Québec. L'ouvrage de Louise Côté porte sur les représentations de la tuberculose à partir du discours tenu sur cette

-
1. G. J. Wherrett, *The Miracle of the Empty Beds: A History of Tuberculosis in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1977.
 2. K. McCuaig, *The Weariness, the Fever, and the Fret. The Campaign Against Tuberculosis in Canada, 1900-1950*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1999.

maladie dans certains sanatoriums de la province³. Les recherches faites sur l'histoire de la santé publique nous aident, quant à elles, à situer l'histoire de la lutte antituberculeuse dans un contexte plus large⁴. D'autres enfin traitent de questions plus précises (comme la tuberculose chez les Inuits et les Premières Nations, l'architecture sanatoriale, la question du lait, les débats sur la vaccination, etc.) et ont fait l'objet d'articles ou de mémoires de maîtrise⁵.

3.1 Les savoirs

L'étiologie

Aujourd'hui [...] on s'accorde à dire et à proclamer que la tuberculose est uniquement contagieuse, nullement héréditaire. Il semble qu'il y a là une exagération voulue [...] Nous allons nous appliquer à rechercher simplement lequel est vrai⁶.

[...] nous les tarés, les dangereux dont l'humanité souffre et dont les races se meurent⁷.

-
3. L. Côté, *En Garde! Les représentations de la tuberculose au Québec dans la première moitié du XX^e siècle*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2000.
 4. G. Desrosiers, B. Gaumer et O. Keel, *La santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comté, 1926-1975*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1998; Benoît Gaumer, *Le système de santé et des services sociaux: une histoire récente et tourmentée*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2008; Denis Goulet et André Paradis, *Trois siècles d'histoire de la médecine au Québec: chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*, Montréal, VLB éditeur, 1992; François Guérard, *La santé publique dans deux villes du Québec de 1887 à 1939, Trois-Rivières et Shawinigan*, thèse de doctorat en histoire, Montréal, Université du Québec à Montréal, 1993.
 5. Voir notamment le numéro spécial que le *CBMH/BCHM* a fait paraître sur cette maladie en 2006, vol. 23, n^o 2.
 6. Arthur Rousseau, « La tuberculose. La nature et les conditions de son développement », *BMQ*, vol. 10, 1908-1909, p. 393.
 7. Fanch Abgrall (1907-1930), *Et moi aussi, j'ai eu vingt ans!*, Carhaix, Armorica, 1935, p. 57. Abgrall était un jeune Breton qui fut atteint de la tuberculose à l'âge de 17 ans, et en fut emporté alors qu'il n'avait que 23 ans. Il décrit, dans ce texte saisissant, sa condition de malade et ses réactions au cours de l'évolution de la maladie. Il y parle notamment des réactions physiques que la maladie provoque chez lui : « cette fièvre qui devient de plus en plus intense »; les tremblements; les quintes de toux interminables; « la tragique école de la douleur [...] ma tête qui me fait si mal »; le dégoût de la nourriture; les cauchemars, etc. Il y fait part aussi de ses sentiments. Le déni d'abord : la vie, « il faudrait la quitter à mon âge? allons donc! ». Puis les angoisses, les frustrations, et les sentiments d'injustice et de révolte : « Vous voyez, moi je me soigne impeccablement

Lorsque débute le XX^e siècle, la profession médicale s'entend pour dire qu'il n'y a pas de tuberculose sans le *mycobacterium tuberculosis* et que ce bacille est contagieux. Comme le dit en 1900 le président du Conseil d'hygiène de la province de Québec, le D^r E.-P. Lachapelle, la tuberculose est une maladie microbienne, infectieuse et contagieuse⁸. Il ne peut y avoir de tuberculose sans contagion. Bien ! Mais il affirmait aussi, du même souffle, que « les nouvelles théories ne détruisent pas les préceptes antérieurs⁹ ».

Effectivement, comme nous allons le voir, durant les quatre premières décennies du XX^e siècle, l'approche de la médecine a été hybride. Elle a consisté à essayer de conjuguer les nouveaux savoirs à l'aune des anciennes croyances. Plutôt que de vérifier, tester, ou mettre à l'épreuve ces nouvelles idées, on essaya de les amarrer aux anciennes.

Une première illustration de ce rapprochement se trouve dans le rapport de la Commission royale de la tuberculose de 1910. Le 9 août 1909, le gouvernement de Lomer Gouin mit sur pied une commission royale pour « rechercher les *moyens pratiques* de combattre la propagation de la tuberculose¹⁰ ». Cette commission était composée de 15 membres : 13 membres de l'élite médicale, un industriel et un avocat auteur d'un traité sur les assurances. Le comité soumit son rapport le 31 décembre 1910. Ce rapport, qui a pour titre *Rapport de la Commission royale de la tuberculose*, comprend 157 pages regroupées en quatre chapitres. Il est précédé

depuis cinq ans [...]»; «la collectivité s'en fiche»; «leurs encouragements fallacieux». Puis le découragement: «Je suis las, oh! si las, que je voudrais mourir là». Ses expériences avec la médecine y sont aussi évoquées, notamment celle des traitements: «oùs'q' est le remède efficace contre la *ptisie* [*sic*] pulmonaire des poitrinaires»? Et le dispensaire «qui ne dispense pas la santé». Il connut aussi le pneumothorax, les trocarts, les aiguilles et les ponctions: «Crac! un petit bruit de chair qu'on perce. Un deuxième bruit. La plèvre qui cède [...] Mais l'aiguille n'est pas à l'endroit propice». «Depuis six mois ce régime de ponction m'exténue»; «lorsqu'un épanchement pleural consécutif au pneumothorax me terrasse». Il fréquenta aussi le sanatorium: le médecin «m'avoue six mois, un an, dix-huit mois peut-être». Au sanatorium de Cozbourg «les malades ayant plus d'un an de séjour au sana sont priés sans politesse de vider les lieux par échelon d'ancienneté». Le livre compte 156 p.

8. E.-P. Lachapelle, «La prophylaxie de la tuberculose», *UMC*, vol. 29, n° 2, févr. 1900, p. 109.
9. *Ibid.*, p. 116.
10. *Gazette officielle de Québec*, Québec, 21 août 1909, p. 1500. Les italiques sont de nous.

d'une préface adressée au lieutenant-gouverneur de la province et résumant les grandes conclusions de la Commission¹¹. Ce rapport est important, car il influença la phtisiologie et la santé publique jusqu'aux années 1940.

Le premier chapitre s'intitule « Étendue du mal et perte économique causée par la tuberculose dans la province de Québec » (p. 13-39). Les commissaires y démontrent que la tuberculose fait alors plus de ravages que quatre autres maladies contagieuses réunies (la diphtérie, la typhoïde, la rougeole et la scarlatine) ; que les villes sont plus touchées que la campagne ; que la maladie est beaucoup plus fréquente chez les Canadiens français que chez leurs concitoyens anglophones ; que les femmes y sont plus sujettes que les hommes ; que certains groupes d'âge sont plus touchés que d'autres, notamment celui des 20 à 45 ans ; enfin, que le bacille de Koch, qui est à l'origine de cette maladie, s'attaque aux poumons plus qu'à tout autre organe. Ils font ensuite état du fait que, au Canada, la mortalité tuberculeuse varie beaucoup d'une province à l'autre, de même qu'il y a des différences importantes d'un pays à l'autre. Ils terminent ce premier chapitre en rappelant que la province de Québec, avec une moyenne de « 192 décès par 100 000 personnes par année » (p. 32), doit être classée « parmi les pays qui paient le plus fort tribut à la tuberculose » (p. 33).

Le deuxième chapitre présente, en deux volets, ce qui constitue aux yeux des auteurs les causes de la tuberculose : les causes générales et les causes propres à la province de Québec. Les commissaires y font d'abord un rappel des connaissances médicales sur cette maladie et affirment, comme l'ont démontré Villemin en 1865 et Koch en 1882, que la tuberculose est bien une maladie contagieuse, de nature infectieuse, causée par un micro-organisme, qui se propage par le biais « de gouttelettes microscopiques » émises par les expectorations des malades et par l'intermédiaire de leurs crachats desséchés. Et, précisent-ils, « un seul crachat peut contenir des millions de bacilles ». On y rappelle aussi que cette maladie

11. Cette préface est reproduite à l'annexe II. Ce document est accessible en ligne à l'adresse suivante : [www.bibliotheque.assnat.qc.ca]. Voir Index des sujets, tuberculose, 1909.

peut être transmise en consommant du lait d'un animal atteint de la tuberculose ou sa viande. L'infection, disent-ils, se produit lorsqu'il y a eu « envahissement de l'organisme par le bacille de Koch; voilà la cause essentielle, primordiale, nécessaire » (p. 42). « Point de bacille de Koch, point de tuberculose » (p. 54).

TABLEAU 3

Membres de la Commission royale de la tuberculose (1909-1910)

Lachapelle, Emmanuel-Persillier, président de la Commission. Président du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec de 1898 à 1907. Doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal de 1908 à 1918. Président du Conseil d'hygiène de la province de Québec de 1887 à sa mort en 1918. 54 ans en 1909.

Adami, John George, professeur à l'Université McGill et directeur du Département de pathologie de l'Hôpital Royal Victoria. Diplômé de l'Université de Cambridge. En 1910, il fut nommé président de la Canadian Association for the Prevention of Tuberculosis / L'Association canadienne pour la prévention de la tuberculose. Durant la Première Guerre mondiale, il fut directeur adjoint des services médicaux dans l'armée canadienne. 37 ans.

Roddick, Thomas, chirurgien à l'Hôpital Royal Victoria. Doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill de 1901 à 1908. Député à Ottawa de 1896 à 1904, il fut à l'origine du projet de loi Roddick sur l'éducation médicale au Canada (loi adoptée en 1911). 53 ans.

Guerin, James John, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal. Maire de Montréal de 1910 à 1912. Vice-président de la Standard Gold Mines Ltd. 43 ans.

Dubé, J.-Edmond, pathologiste à l'Hôtel-Dieu de Montréal. Il participa en 1911 à la création de l'Institut Bruchési pour les tuberculeux. Il fut le premier titulaire de la chaire de phtisiologie de l'Université Laval à Montréal. 31 ans.

Pelletier, Elzéar, secrétaire du Conseil d'hygiène de la province de Québec depuis 1887. 48 ans.

L'Espérance, Joseph, médecin de Montréal. 48 ans.

Holt, C. Macpherson, professeur de droit à l'Université Laval de Québec, auteur d'un ouvrage sur les assurances. 37 ans.

Burland, Jeffrey, industriel réformiste et philanthrope montréalais. Le Royal Edward Institute fut fondé grâce à lui. Un des organisateurs de la Société de la Croix-Rouge au Canada. 38 ans.

Ahern, Michael Joseph, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Québec où il implanta l'antisepsie et l'asepsie. Professeur puis doyen, de 1910 à 1914, de la Faculté de médecine de l'Université Laval. 55 ans.

Paquin, Charles-Rosaire, médecin municipal de la Ville de Québec.

Simard, Arthur, professeur à l'Université Laval et chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Québec. Président du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec de 1914 à 1918. Président du Conseil d'hygiène de la province de Québec de 1917 à 1921. 28 ans.

Rousseau, Arthur, professeur de pathologie à l'Université Laval et médecin à l'Hôtel-Dieu de Québec. En 1920, il présida le sixième congrès de l'Association des médecins de langue française. Doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval de 1921 à 1934. 38 ans.

Bourgeois, Georges, médecin de Trois-Rivières où il travailla à l'Hôpital Saint-Joseph. En 1905, il ouvrit un dispensaire pour tuberculeux.

Valin, C. Narcisse, secrétaire de la Commission. Professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal.

Mais, à ces causes dites « nécessaires », les commissaires en ajoutent d'autres, dites « prédisposantes », à savoir que certaines personnes seraient plus sujettes que d'autres à être touchées par cette maladie, soit celles qui présentent des « prédispositions » (p. 49). Les commissaires voient en fait cette maladie comme un mal à deux volets. Oui, la tuberculose est contagieuse et elle est transmise par un bacille, mais elle est aussi tributaire d'autres facteurs : l'état de santé à la naissance, l'hérédité, et tout ce qui mine « petit à petit et souvent rapidement les forces et la résistance de l'homme » (p. 95). Et les auteurs ajoutent :

En effet, les tuberculeux, qui sont tous des dégénérés, au point de vue physique et qui, malheureusement, engendrent des descendants de constitution faible qui seront précisément les sujets les plus tuberculisables, et qui, engendrant à leur tour des sujets plus prédisposés, augmenteront dans une proportion ascendante le nombre de victimes de la tuberculose (p. 39).

Les moyens que les commissaires proposent pour venir à bout de cette maladie sont, eux aussi, doubles : bien sûr il faut prendre des mesures contre le bacille et la contagion, mais la victoire finale

ne sera possible que par le renforcement des résistances naturelles de la population grâce à l'adoption de meilleures règles de vie et la mise en place d'un environnement plus sain.

Dix ans plus tard, en 1920, un autre comité fut chargé par le Conseil supérieur d'hygiène d'étudier la question de la tuberculose. Ce rapport, qui a été préparé par quatre médecins membres du Conseil supérieur d'hygiène, reprend quasiment tels quels les grands points du rapport de la Commission de 1910, soit les causes prédisposantes (milieu de vie, alimentation, alcoolisme, excès de toutes sortes, maladies vénériennes, etc.) et les causes déterminantes (le bacille et la contagion)¹². Dans ce rapport de 1920, il est évident que la tuberculose n'est pas encore considérée comme une maladie contagieuse au même titre, par exemple, que la diphtérie, la typhoïde, la scarlatine ou la rougeole.

Cette interprétation des causes de la tuberculose reprend, comme on peut le voir, les trois concepts clés de la théorie de la dégénérescence : prédisposition à la naissance, causes prédisposantes, et causes déterminantes¹³. Au Québec, deux des porte-parole de ce courant sont d'anciens membres de la Commission royale de 1910, soit le docteur John George Adami de l'Université McGill et le docteur Arthur Rousseau de l'Université Laval.

Le docteur Rousseau exposa ses idées sur cette question dans plusieurs articles qui furent publiés, notamment, dans le *Bulletin médical de Québec* entre 1905 et 1910¹⁴. Bien sûr, lui aussi est persuadé qu'il ne peut y avoir de tuberculose sans la présence du

-
12. *Vingt-septième rapport annuel du Conseil supérieur d'hygiène pour l'année 1920-1921*, Québec, Ls-A. Proulx, mars 1921, p. 6-23. Voir l'annexe III : Programme d'organisation de la lutte anti-tuberculeuse dans la province de Québec. Les quatre membres de ce comité étaient les docteurs J.-Edouard Laberge (Outremont), Charles-Rosaire Paquin (Québec), E. Merrill-Desaulniers (Saint-Lambert) et Eudore Dubeau (Montréal).
 13. P. Pinell, « Genèse et réception de la théorie de la dégénérescence. Contribution à l'analyse des conditions de succès d'une idéologie scientifique », *Revue européenne des sciences sociales*, vol. 54, n° 1, 2016, p. 183-200.
 14. Voir entre autres les articles suivants : – *BMQ*, vol. 7, 1905-1906, p. 527-547. Il s'agit d'une conférence faite le 26 mai 1905 lors d'un congrès médical à Trois-Rivières. – *BMQ*, vol. 8, sept. 1906, p. 500-503. Ce texte traite de l'origine héréditaire de certaines maladies selon Rousseau. – *BMQ*, vol. 10, 1908-1909, p. 387-408. Il s'agit d'une conférence faite à l'Université Laval, le 5 mars 1909, ayant pour titre « La tuberculose. La nature et les conditions de son développement ». – *BMQ*, vol. 10,

mycobacterium tuberculosis; «le poitrinaire, par son expectoration, est son agent disséminateur», c'est la cause essentielle. Mais le bacille n'explique pas tout à ses yeux. Pour que la maladie puisse se développer, il faut une prédisposition, un terrain propice, «un milieu favorable» qu'il associe à l'hérédité¹⁵. L'hérédité occupa une grande place dans la philosophie médicale de Rousseau, mais c'est surtout à propos de la tuberculose qu'il développa sa pensée.

On a eu tort, affirme-t-il, «de nier à l'hérédité toute participation au développement de la tuberculose», et cette théorie «tend aujourd'hui à reprendre son ancienne place dans l'étude du problème de la tuberculose¹⁶». Ce rôle de l'hérédité, il le conçoit de la façon suivante. Il ne s'agit pas d'une hérédité au sens de l'hérédité congénitale (celle qu'il appelle «hérédité-contagion» ou «hérédité de la graine»), c'est-à-dire d'une maladie transmise à la conception ou d'une maladie que la mère aurait transmise au fœtus¹⁷. Il s'agit plutôt d'une hérédité qui se manifesterait par un état particulier, qu'il nomme «hérédité de terrain» ou «prédisposition héréditaire», soit une sorte de prédisposition morbide transmise par les parents. Certaines personnes recevraient ainsi, à la naissance, un organisme appauvri, «dans un état de dégradation¹⁸», état qui proviendrait de la faiblesse des capacités reproductrices des parents et qui rendrait leurs enfants plus vulnérables à la maladie et aux infections¹⁹. Cet affaiblissement des forces génératives des parents proviendrait quant à lui de causes diverses : épuisement, alcoolisme, pauvreté, infortunes de la vie, ou encore des suites de certaines maladies infectieuses telles que «la rougeole, la coqueluche, la grippe, d'abord parce qu'elles sont débilitantes», mais aussi parce qu'elles offrent «au bacille tuberculeux une porte

1908-1909, p. 439-452. Cet article a pour titre «La lutte contre la tuberculose est aussi pour l'homme une sauvegarde contre la déchéance».

15. *BMQ*, vol. 10, 1908-1909, p. 396.

16. *BMQ*, vol. 7, 1905-1906, p. 530 et 531.

17. *BMQ*, vol. 10, 1908-1909, p. 396.

18. *BMQ*, vol. 10, 1908-1909, p. 398.

19. *BMQ*, vol. 7, 1905-1906, p. 531.

d'entrée sur les poumons²⁰ ». Le rhume ne serait le plus souvent, de l'avis de Rousseau, « qu'une tuberculose négligée²¹ ».

Cette question de l'hérédité est importante dans son esprit parce que les enfants nés de parents tuberculeux, du fait qu'ils ont reçu une constitution affaiblie, transmettront eux aussi à leurs descendants un organisme « dégradé²² » ou porteur de « stigmates plus ou moins profonds de dégénérescence physique²³ ». Et il en sera ainsi d'une génération à l'autre, si rien n'est fait pour arrêter cette déchéance irrémédiable. Rousseau est profondément convaincu que « les constitutions se sont affaiblies de génération en génération depuis quelques siècles²⁴ », et qu'il faut une intervention radicale pour redresser cette situation et assurer « la régénération des fils de phtisiques et des phtisiques eux-mêmes²⁵ ». La survie de la collectivité en dépend.

C'est aussi de cette façon que l'on se représentait par ailleurs plusieurs autres problèmes médicaux et sociaux de l'époque. Encore en 1931, par exemple, le D^r Joseph-Albert Baudouin affirmait ceci dans son cours d'hygiène :

[...] dans toute société, il se trouve une certaine proportion de la population qui fait tache sur le tableau [...] Elle est représentée par les criminels, les alcooliques, les narcomanes, les prostituées, les pauvres. Voilà autant de tarés qui ne concourent guère au bien général [...] ce sont des épaves humaines²⁶.

Cette notion d'hérédo-prédisposition ou d'hérédité de terrain fut très importante dans la philosophie de la médecine française

20. *BMQ*, vol. 10, 1908-1909, p. 399.

21. *BMQ*, vol. 10, 1908-1909, p. 400.

22. *BMQ*, vol. 10, 1908-1909, p. 396-398.

23. *BMQ*, vol. 11, 1909-1910, p. 443.

24. *BMQ*, vol. 11, 1909-1910, p. 446.

25. *BMQ*, vol. 11, 1909-1910, p. 444.

26. Joseph-Albert Baudouin, *Cours d'hygiène professé à l'Université de Montréal*, Montréal, Librairie Déom, 1931, p. 243-244. Tarés, c'est-à-dire « porteurs de déficiences héréditaires ». Sur les représentations de l'alcoolisme comme maladie héréditaire aux États-Unis et en Ontario à cette époque voir l'article de Riiko Redford, « Heredity and Ideology: Ideas of the Woman Christian Temperance Union of the United States and Ontario on Heredity and Social Reform, 1880-1960 », *CBMH/BCHM*, vol. 32, n° 1, 2015, p. 77-100.

du temps²⁷. Hermann Pidoux, qui devint membre de l'Académie de médecine en 1864 fut, au XIX^e siècle, l'un des principaux interprètes de ce courant de pensée. La tuberculose, disait-il en 1873, est l'un des derniers niveaux « dans l'échelle des maladies constitutionnelles dégénérées [...] elle est le résultat d'une dégradation profonde des forces élémentaires vitales²⁸ ». Au début du XX^e siècle, deux des porte-parole français de cette philosophie, les D^{rs} Émile Sergent et Louis Landouzy, étaient bien connus au Québec. Le D^r Sergent, en particulier, y fit plusieurs séjours comme professeur invité et plusieurs de ses articles furent reproduits dans des revues médicales québécoises. De son côté le D^r Landouzy, en tant que doyen de la Faculté de médecine de Paris, était un homme écouté et cité²⁹.

De telles représentations de la tuberculose s'inscrivaient en fait dans le courant d'idées relatives aux maladies mentales avancées par Benedict-Augustin Morel dans son *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives* qui parut en 1857³⁰, puis par Valentin Magnan dans *Les Dégénérés; état mental et syndromes épisodiques* publié en 1895³¹. Ces deux médecins prétendaient que les maladies mentales étaient héréditaires et allaient en s'aggravant de génération en génération. En France, cette idéologie eut même une forte influence sur la vie littéraire, entre autres sur Émile Zola dans *Les Rougon-Macquart*. Elle fut également soutenue par un autre personnage célèbre, l'ingénieur Auguste Lumière (l'un des

27. E. H. Ackerknecht a écrit un article sur le concept de disposition constitutionnelle dans « Diathesis: the Word and the Concept in Medical history », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 56, n^o 3, automne 1982, p. 317-325. Voir aussi le livre de William Schneider, *Quantity and Quality. Biological Regeneration in Twentieth-Century France*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990, p. 22 à 50.

28. H. Pidoux, *Études générales et pratiques sur la phthisie*, Paris, P. Asselin, 1873, p. XXII. Cet ouvrage de 580 pages a reçu un prix de la Faculté de médecine de Paris (voir la page de titre).

29. Voir par exemple: *BMQ*, vol. 14, 1912-1913, p. 484; *BMQ*, vol. 12, 1910-1911, p. 289-298. Louis Landouzy était membre de l'Académie de médecine. Il est l'auteur d'un texte qui a pour titre *Le rôle des facteurs sociaux dans l'étiologie de la tuberculose; les moyens de défense sociale contre la tuberculose*, Paris, Masson, 1912, 47 p.

30. Paris, Jean-Baptiste Baillièrre, 1857, 693 p.

31. Paris, Rueff, 1895, 235 p.

inventeurs du cinéma) dans un livre publié en 1935 sous le titre *Hérédo-tuberculose*³².

Au Québec, ce fut aussi la principale façon d'expliquer les maladies mentales³³. Dans un article récent, des historiens ont montré quant à eux que ce thème se retrouvait également dans la littérature, ainsi que dans des textes sociopolitiques³⁴.

Du côté du Québec anglophone, John George Adami et Carrie Derick (une professeure de sciences naturelles également liée à McGill) figurent parmi les premières personnes à avoir introduit les théories eugénistes au Canada anglais³⁵. Le Dr Adami (1862-1926) était né en Angleterre. Il fut nommé professeur de pathologie à l'Université McGill en 1892. Médecin en vue, il a agi entre 1909 et 1912 en tant que président de l'Association canadienne de la prévention de la tuberculose. En 1912, il devint président de la Société royale du Canada de même que président de l'American Association of Physicians. Il fut l'auteur de plusieurs publications, dont *The Principle of Pathology* (Philadelphie, 1910) et *Medical Contributions to the Study of Evolution* (Londres, 1918)³⁶.

Il écrivit en 1912, dans le *Canadian Medical Association Journal*, un texte dans lequel il traite de la syphilis, de la tuberculose et des maladies mentales; il y présente son interprétation de l'origine de ces maladies et des conséquences qu'elles peuvent avoir à long terme sur la société³⁷. Sa position s'inscrit dans un débat qui eut lieu à

32. A. Lumière, *Hérédo-tuberculose*, Lyon, L. Sézanne, 1935, 343 p.

33. P. Keating, *La science du mal. L'institution de la psychiatrie au Québec, 1890-1914*, Montréal, Boréal, 1983, p. 111-140; G. Grenier, *L'implantation et les applications de la doctrine de la dégénérescence dans le champ de la médecine et de l'hygiène mentale*, mémoire de maîtrise en histoire, Montréal, Université de Montréal, 1990, 178 p.

34. Johanne Collin et David Hughes, « Entre médecine, culture et pensée sociopolitique: le concept de dégénérescence au Québec (1860-1925) », *CBMH/BCHM*, vol. 33, n° 1, 2016, p. 35-58. Sur le contexte plus large des théories de la dégénérescence et de l'eugénisme entre 1880 et les années 1970 voir aussi les articles du numéro spécial, paru également dans le *CBMH/BCHM*, sous le titre « History of Eugenism Revisited », vol. 31, n° 1, 2014, p. 7-312, et Angus McLaren, *Our Own Master Race. Eugenics in Canada, 1885-1943*, Toronto, McClelland & Stewart Inc., 1990.

35. S. Normandin, « Eugenism, McGill, and the Catholic Church in Montreal and Quebec, 1890-1942 », *CBMH/BCHM*, vol. 15, 1998, p. 59-86.

36. *Ibid.*, p. 61.

37. J.G. Adami, « Unto the Third and Fourth Generation: a Study in Eugenism », *CMAJ/JAMC*, vol. II, n° 11, nov. 1912, p. 963-983.

l'époque sur les théories du biologiste allemand Arthur Weismann (1834-1914) sur l'hérédité et ses liens avec certaines maladies. Pour Weismann, l'hérédité provenait seulement des cellules germinales (celles du spermatozoïde et de l'ovule) et non de la totalité des cellules de l'organisme des parents (qu'il appelait cellules somatiques)³⁸. L'hérédité et l'eugénisme sont au cœur de cet article écrit par Adami en 1912. Il y présente la théorie selon laquelle les personnes nées de parents qui ont souffert de certaines maladies, comme la tuberculose ou la syphilis, naissent non seulement en moins bonne santé, mais sont plus susceptibles, durant la période de l'enfance, de succomber aux maladies, notamment à la tuberculose comme leurs parents, en d'autres mots de présenter une diathèse³⁹. Et il en sera ainsi de génération en génération.

Cette théorie, axée sur les dispositions héréditaires, séduisit des chercheurs de plusieurs pays européens jusqu'au milieu du XX^e siècle, notamment en France, en Grande-Bretagne, en Italie et en Allemagne⁴⁰. Selon Sarah W. Tracy, toutefois, ce courant de pensée fut moins important aux États-Unis qu'en Europe au XIX^e siècle, et il aurait pesé moins lourd sur la culture médicale américaine et ses structures. C'est ce qui pourrait expliquer en partie, avance Tracy, le succès que la bactériologie, la microbiologie et la parasitologie ont pu connaître aux États-Unis, par comparaison avec l'Europe, au tournant du XX^e siècle⁴¹. Cela dit, entre la Première et la Seconde Guerre mondiale, ce courant philosophique attira tout de même des chercheurs (médecins, biologistes,

38. Yawen Zou, «August Friedrich Leopold Weismann (1834-1914)». *Embryo Project Encyclopedia* (2014-05-23). ISSN: 1940-5030 [http://embryo.asu.edu/handle/10776/7891].

39. Son texte est le suivant: «not merely of lowered vitality, more liable to succumb to childish ailments, but, notably in the case of tuberculosis, exhibit a peculiar liability to succumb to the same parental disease, exhibit in sort a diathesis». J.G. Adami, *op. cit.*, p. 974-975.

40. P. Pinell, «Genèse et réception de la théorie de la dégénérescence. Contribution à l'analyse des conditions de succès d'une idéologie scientifique», *Revue européenne des sciences sociales*, vol. 54, n° 1, 2016, p. 183-200.

41. Sarah W. Tracy, «George Draper and American Constitutional Medicine, 1916-1946: reinventing the Sick Man», *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 66, n° 1, 1992, p. 55.

anthropologues, eugénistes, etc.) de certaines grandes universités américaines à la recherche de moyens d'*améliorer* la race humaine⁴².

Enfin, à considérer les articles parus dans les revues médicales québécoises, on est forcé de constater que, en phthisiologie, la rupture avec ces notions obscures de constitution, d'hérédité, de diathèse et de dégénérescence ne commença à se faire qu'au début des années 1940⁴³.

L'anatomie pathologique

Les traités de phthisiologie du début du XX^e siècle consacrent tous plusieurs pages aux altérations produites sur les poumons par la maladie⁴⁴, et cela, non seulement pour rendre compte de l'évolution des connaissances médicales, mais aussi pour faire part des débats qui prévalent alors sur cette question. Et ces débats sont nombreux, de même que les intervenants. Dans les années 1920, par exemple, un thème revient souvent dans les revues et traités médicaux : celui du premier lieu d'infection dans l'organisme. Est-ce dans les poumons, les bronches, les ganglions lymphatiques, voire ailleurs dans le corps⁴⁵ ?

Un autre thème fréquemment traité est celui du lieu initial de la lésion sur le poumon. Celle-ci apparaît-elle, comme le pensait Louis, d'abord au sommet du poumon pour descendre ensuite à sa base ? Non, conclut-on, cela se fait de façon anarchique⁴⁶. Sans surprise, les tubercules retiennent eux aussi l'attention : leur grosseur, leur forme, leur apparence, leur évolution, les réactions des tissus autour d'eux, leur impact sur les veines et la plèvre, leur rôle dans la formation des cavernes⁴⁷. Une certitude se dégage : lorsque

42. *Ibid.*, p. 64 à 81.

43. Par exemple : A.-R. Foley, « Mesures de prévention », *Bulletin sanitaire*, vol. 39, n° 1, janv.-févr. 1939, p. 63-64 ; A.-R. Foley, « La tuberculose est une maladie contagieuse », *UMC*, vol. 70, n° 1, janv. 1941, p. 31-34.

44. Par exemple, G.-H. Roger, F. Widal et P.-J. Teissier, *Nouveau traité de médecine*, Paris, Masson et Cie, 1926, fascicule XII, p. 41-204. Le Dr Sylvio Leblond de Québec s'était procuré l'ensemble de ce traité (en 25 volumes) lors de ses études en France entre 1929 et 1931.

45. *Ibid.*, p. 81-84.

46. *Ibid.*, p. 61-94.

47. *Ibid.*, p. 84-94.

les cavernes ont eu le temps de se former dans les poumons, les traces ne disparaissent jamais complètement. Les poumons restent mutilés à jamais⁴⁸.

La question de l'évolution de la tuberculose, entre le moment où les bacilles pénètrent dans l'organisme et le déclenchement de la maladie suscite, elle aussi, de nombreuses discussions. Comment expliquer que, chez certains individus, la maladie se mette en quelque sorte en « état de veille » pendant une longue période, et parfois pendant des années, pour se réveiller plus tard dans la vie, ou ne jamais se manifester? Une théorie finit par s'imposer dans le prolongement de cette question avec, comme point d'appui, le concept de primo-infection ou infection primaire. Selon cette thèse, la tuberculose de l'adulte serait presque toujours une réactivation de l'infection survenue pendant l'enfance⁴⁹. Cette théorie connut diverses variantes et on la retrouve jusqu'au milieu du siècle⁵⁰.

Le diagnostic

Établir le diagnostic de la tuberculose, lorsque la maladie n'avait pas encore été déclarée, a constitué un exercice difficile tant que la médecine n'a pas bénéficié des nouveaux moyens diagnostiques mis au point au début du XX^e siècle. En 1900, lorsqu'il étudiait les symptômes du malade, le médecin ne disposait encore que des moyens traditionnels d'investigation :

- l'interrogation et l'inspection du patient : se sent-il fatigué, a-t-il de la difficulté à respirer, fait-il de la fièvre et, quand il tousse, s'agit-il d'une toux sèche, etc. ?

48. *Ibid.*, p. 91.

49. On dit par exemple ceci dans ce *Nouveau traité de médecine* paru en 1926 : « L'idée doctrinale acceptée, à l'heure actuelle, par un grand nombre de phthisiologues est que, chez l'homme, la tuberculose est due, dans l'immense majorité des cas, à une inoculation pulmonaire réalisée chez l'enfant avant la cinquième année [...]. C'est la première étape ».

50. Sur cette question voir, par exemple, K. McCuaig, *op. cit.*, p. 43 et 330 (note 38) ; A. Barraud, « Étude clinique de la tuberculose primo-secondaire », dans J. Morin (dir.), *Tuberculose, cours de Leysin*, Lausanne, Imprimeurs réunis S. A., 1951, p. 119-130 et p. 266-270.

- la palpation : l'examen des endroits malades pour évaluer leur sensibilité ;
- la percussion : l'écoute des modifications de la sonorité des poumons en frappant avec les doigts sur le thorax ;
- l'auscultation immédiate (à l'oreille), mais le plus souvent médiate (au stéthoscope) : pour écouter les bruits du poumon à l'inspiration et à l'expiration.

Toutefois, au tournant du siècle, les hôpitaux et les cliniques commencèrent à bénéficier de nouvelles techniques beaucoup plus efficaces : la radiographie pour l'examen des poumons ; les analyses de laboratoire pour l'examen microscopique des expectorations ; et le test tuberculinique pour identifier les personnes touchées, ou non, par le bacille.

Le rayon X avait été découvert par William C. Roentgen en 1895, et l'on trouva des appareils de radiographie dans les hôpitaux peu après. L'Hôtel-Dieu de Québec, par exemple, eut le sien en 1900⁵¹ et l'Hôpital Royal Victoria en 1901⁵². Mais ce n'est qu'à partir des années 1920 qu'il fut utilisé à une grande échelle pour la tuberculose, car il fallut du temps pour apprendre à s'en servir⁵³. L'Institut Bruchési de Montréal eut son premier appareil de radiologie pulmonaire en 1921⁵⁴ ; le dispensaire de la Ligue antituberculeuse de Québec eut le sien en 1922⁵⁵, et l'Hôpital Laval en 1923⁵⁶. Grâce à cette technique, les phtisiologues purent obtenir une image de plus en plus précise du siège, de la forme et de la dimension des lésions et cavités, découvrir l'existence de liquide dans les poumons en faisant bouger le malade, ou apercevoir des taches suspectes sur les poumons⁵⁷. Les appareils de rayons X étaient particulièrement utiles pour détecter les premiers stades de la

51. C.-M. Boissonnault, *op. cit.*, p. 285.

52. D. Goulet et A. Paradis, *op. cit.*, p. 470-471.

53. W. D. Johnston, « Tuberculosis », dans K. F. Kiple (dir.), *op. cit.*, p. 1065 ; *UMC*, vol. 28, n° 4, avril 1899, p. 232.

54. D. Goulet et A. Paradis, *op. cit.*, p. 477. Ce service a fait 1 200 radiographies en 1925, d'après P. de Léan, *Tuberculose, visages d'hier et d'aujourd'hui*, s. l., Association canadienne contre la tuberculose et les maladies respiratoires, 1968, p. 90.

55. D. Goulet et A. Paradis, *op. cit.*, p. 479.

56. *Ibid.*, p. 479.

57. G.-H. Roger *et al.*, *op. cit.*, p. 167-171.

maladie⁵⁸. Après la Deuxième Guerre, grâce à l'amélioration de la qualité des plaques photographiques et à la diminution de leur prix⁵⁹, la radiographie devint « l'élément de base du diagnostic⁶⁰ ».

La méthode de recherche des bacilles tuberculeux dans les expectorations se développa progressivement à partir de la création des premiers laboratoires d'analyse. À Québec, le premier laboratoire provincial d'analyse fut mis en place en 1894⁶¹ et l'Hôtel-Dieu eut le sien en 1907, dans le pavillon d'Aiguillon⁶². De son côté, l'Hôpital Laval fut équipé pour faire des examens de laboratoire dès sa fondation en 1918⁶³. À Montréal, on sait que, de juillet 1920 à juillet 1922, 1 564 analyses de crachats furent faites à l'Institut Bruchési⁶⁴.

Cette méthode mit du temps à prouver son efficacité. Dans les années 1930, on la considérait encore comme une méthode faillible,⁶⁵ mais, dans les années 1940, grâce entre autres à l'amélioration de la technique de coloration des bacilles, elle devint de plus en plus fiable⁶⁶. En 1949, la division des laboratoires du ministère de la Santé du Québec rapporta avoir reçu 15 214 échantillons de crachats dont 2 576 s'avèrent positifs⁶⁷.

La troisième technique de dépistage, « l'épreuve tuberculique », fut introduite à l'Institut Bruchési en 1917 par le docteur Jarry⁶⁸. Elle consiste en l'injection d'une faible quantité de tuberculine (une toxine sécrétée par les bacilles en milieu de culture) dans la peau. Elle permet de distinguer les personnes qui ont été infectées de celles qui ne l'ont pas été. Quand une personne a déjà été contaminée, une rougeur apparaît à l'endroit de l'injection

58. K. McCuaig, *op. cit.*, p. 68.

59. *Ibid.*, p. 186-189.

60. M. Laurre, *op. cit.*, p. 245.

61. J. Bernier, *La médecine au Québec*, p. 167.

62. F. Rousseau, *op. cit.*, t. II, p. 62 et p. 222.

63. H. Marcoux, « Le laboratoire clinique des hôpitaux universitaires », *Laval médical*, sept. 1957, p. 306.

64. Institut Bruchési, *Rapport biennal, 1920-1922*, Montréal, 1922, p. 39.

65. K. McCuaig, *op. cit.*, p. 68.

66. J. Morin, *op. cit.*, p. 14 et p. 302.

67. *Sixième rapport du ministère de la Santé pour l'année 1949*, Québec, 1950, p. 59.

68. D. Goulet et A. Paradis, *op. cit.*, p. 477; P. de Léan, *op. cit.*, p. 34.

(réaction positive). Ce test était utilisé pour déterminer les personnes les plus susceptibles d'être contaminées, soit celles encore vierges de toute infection et qui n'avaient donc pas encore développé d'immunité (les cas de réaction négative). L'épreuve tuberculique a été couramment utilisée en France, après la Première Guerre mondiale, pour déterminer quels enfants allaient recevoir le BCG⁶⁹. On s'en servait aussi pour confirmer les états de guérison⁷⁰.

Une autre variante de ce test était la cutiréaction de von Birquet⁷¹. Elle était pratiquée en faisant de petites incisions sur la peau du bras et en déposant quelques gouttes de tuberculine sur la scarification. La cutiréaction était lue au bout de deux jours. Lorsqu'elle était positive, une papule apparaissait, ce qui signifiait que la personne avait déjà été infectée; en principe, celle-ci était moins sujette à une « infection brutale⁷² ».

Le 23 février 1950, le D^r Bruno La Haye, le responsable de la division des unités sanitaires de comté rapporta, dans son rapport au ministère de la Santé, que 56 905 personnes avaient subi « les épreuves à la tuberculine » en 1938 dans les 63 unités de la province⁷³.

3.2 Les traitements

Les premiers médicaments vraiment efficaces contre la tuberculose (les antibiotiques) ne furent découverts qu'au milieu des années 1940, et leur diffusion à grande échelle ne se fit qu'à la fin de cette décennie. Avant cela, les thérapeutiques consistèrent essentiellement en trois grandes approches : le traitement hygiéno-diététique, une panoplie de médicaments, et les traitements chirurgicaux.

69. P. Guye, « Réactions tuberculiques et vaccination au BCG », dans J. Morin, *op. cit.*, p. 86-95; K. McCuaig, *op. cit.*, p. 191-192; *Laval médical*, sept. 1944, p. 562-564.

70. *La tuberculose au Canada*, Ottawa, 2008, p. 3.

71. G.-H. Roger *et al.*, *op. cit.*, p. 264-265.

72. M. Laure, *op. cit.*, p. 267-268.

73. *Sixième rapport du ministère de la Santé pour l'année 1949*, p. 13.

Le traitement hygiénodiététique

En 1921, le directeur médical de l'Institut Bruchési de Montréal, le Dr J.-Arthur Jarry, faisait le constat suivant : « Jusqu'à présent, le seul véritable traitement, c'est le repos, le grand air, la bonne alimentation⁷⁴. » En 1944, donc une vingtaine d'années plus tard, le Dr D. Michetti affirmait la même chose : « Les moyens médicaux consistent essentiellement dans la cure méthodique : le repos absolu ou relatif, l'aération continue, l'alimentation rationnelle⁷⁵. » Le but de ce traitement était « d'augmenter la résistance du malade en diminuant ses déperditions », de « fortifier le terrain⁷⁶ ». Le traitement hygiénodiététique a dominé la scène de la phtisiologie durant toute la première moitié du XX^e siècle.

Le volet le plus important de ce traitement était le repos. Mais qu'entendait-on par là ? Fallait-il rester allongé toute la journée ? Pouvait-on aller dehors ? À vrai dire, la règle variait selon l'état de la personne. En gros, elle impliquait que le malade devait éviter les sensations de fatigue. Les activités du malade pouvaient changer selon sa condition et selon qu'il était considéré comme plus ou moins résistant ou fragile. Certains pouvaient faire des promenades ou s'occuper à des séances de travail, de dessin, etc., alors que les « malades fragiles » devaient presque continuellement garder le lit. Il existait toute une terminologie pour désigner ces moments de repos et d'activité : cure de repos à la galerie ; cure silencieuse à la galerie ; cure de repos au lit ; cure de repos ; promenade ; courte promenade ; cure d'entraînement ; jeux en plein air, etc. Il y avait aussi des règles à suivre quant aux exercices possibles⁷⁷.

Le second volet du traitement consistait à s'assurer que le malade respirait un air sain et qu'il avait la possibilité de bénéficier du soleil. Il fallait aérer les maisons, notamment la chambre du malade en laissant la fenêtre ouverte le plus souvent possible, et l'air qu'il respirait devait toujours être des plus purs⁷⁸. Cela dit,

74. Institut Bruchési, *op. cit.*, p. 36.

75. D. Michetti, « Climat d'altitude et cure sanatoriale », dans J. Morin, *op. cit.*, p. 315.

76. G.-H. Roger, *op. cit.*, p. 289.

77. « Conseils aux tuberculeux », *BMQ*, vol. 20, 1918-1919, p. 124-125.

78. Sur l'importance de l'aération et de la « cure d'air », voir par exemple les pages 290-293 de G.-H. Roger *et al.*, *op. cit.*, p. 289 ; L. Côté, *op. cit.*, p. 127-134.

existait-il des lieux privilégiés ? La montagne ou la mer étaient-elles préférables à la campagne ? De longs débats avaient eu cours sur cette question en Europe au XIX^e siècle, mais, au tournant du XX^e siècle, celle-ci était pratiquement réglée. Dans son compte rendu des séances du Congrès international de la tuberculose qui s'était tenu à Berlin du 24 au 27 mai 1899, le D^r Pye-Smith écrivait : « L'influence du climat, de l'altitude, de la température, de la sécheresse de l'air et du sol, des déplacements, des voyages en mer, a été jugée de diverses manières à différentes époques [...] l'opinion publique s'exagère probablement leur action⁷⁹. » De son côté, le D^r Knopf de New York affirmait en 1910 : « Ne cherchez pas un changement de climat. Un climat est pratiquement aussi bon qu'un autre pour le consommateur bien renseigné⁸⁰. » Au Québec, cette question n'a jamais suscité de grands débats ; cela dit, les tout premiers sanatoriums furent érigés loin des villes et en pleine nature (Sainte-Agathe et Lac-Édouard). Par la suite, les autres furent tous implantés en banlieue des villes et à proximité des centres médicaux. Quant au soleil, il était tenu pour indispensable. La médecine avait toujours considéré comme primordiale la possibilité pour le malade de bénéficier facilement de ses rayons. Du reste, il y avait tout un protocole à suivre lors de ces séances d'héliothérapie⁸¹.

Le troisième volet du traitement devait porter sur l'alimentation. Tous les médecins en convenaient, même si son contenu avait changé avec le temps. En 1900, le D^r E. P. Lachapelle écrivait, dans *L'union médicale du Canada* : « le seul traitement vraiment efficace connu à ce jour est : repos absolu, *suralimentation*, vie au grand air⁸² ». En 1908, le D^r Flick de Philadelphie proposait d'ajouter, chaque jour, trois litres de lait et six œufs aux repas des malades⁸³. Dans les années 1920, on ne pense plus qu'il faille suralimenter le malade, mais on cherche à éviter l'amaigrissement en lui servant des repas appétissants et nourrissants⁸⁴. Parmi les aliments les plus

79. *UMC*, vol. 28, n° 9, sept. 1899, p. 568.

80. *L'Événement*, 8 mars 1910.

81. A. Aimes, « La pratique de l'héliothérapie », *UMC*, vol. 49, n° 6, juin 1920, p. 322.

82. E.-P. Lachapelle, *UMC*, févr. 1900, p. 117.

83. « Congrès de Philadelphie », *BMQ*, vol. 10, 1908-1909, p. 169.

84. G.-H. Roger *et al.*, *op. cit.*, p. 306 ; L. Côté, *op. cit.*, p. 147-154.

favorables, on trouve toujours la viande et les poissons en quantité, les œufs, le lait, le pain, les pâtes, le riz, les pommes de terre, les fruits⁸⁵. L'alcool n'est pas contre-indiqué; on pense même qu'il joue un rôle comme « aliment d'épargne » et, en général, les médecins n'ont pas d'objections à ce que le malade en boive modérément aux repas⁸⁶.

Les médicaments

Durant le premier tiers du XX^e siècle, la médecine n'a toujours pas de médicaments efficaces à offrir aux malades souffrant de la tuberculose. Cela dit, l'idée qui prévaut est que les traitements doivent être mixtes, c'est-à-dire « s'attaquer à la fois au bacille et au terrain morbide⁸⁷ ». Tous les phthisiothérapeutes sont unanimes à dire que l'huile de foie de morue, ce « remède classique depuis 1790⁸⁸ », doit toujours être utilisée. Elle est considérée comme nourrissante et l'on pense qu'elle peut contribuer à faire prendre du poids au malade. On donne aussi de la créosote pour ses « effets anti-septiques⁸⁹ ». On la prescrit d'ailleurs contre plusieurs autres maladies telles que la grippe, la coqueluche, la bronchite⁹⁰. L'iode est aussi prescrit pour ses effets bactéricides. On dit aussi qu'il favorise les expectorations. On le donne sous la forme de gouttes de teinture d'iode dissoutes dans l'eau⁹¹. On pourrait mentionner aussi les sels d'or, dont la sanocrysine, mais les résultats furent décevants et cette médication fut bientôt abandonnée⁹².

85. G.-H. Roger *et al.*, *op. cit.*, p. 304; *BMQ*, juin 1922, p. 179.

86. G.-H. Roger *et al.*, *op. cit.*, p. 305.

87. Félix Dubé, « Traitement scientifique complet de la tuberculose », *BMQ*, vol. 15, 1913-1914, p. 99.

88. *Ibid.*, p. 326.

89. L. Côté, *op. cit.*, p. 168; G. H. Roger *et al.*, *op. cit.*, p. 328.

90. *L'action catholique*, 1^{er} sept. 1925.

91. J.-B. Jobin, « L'iode dans les maladies infectieuses et notamment dans la tuberculose », *BMQ*, 1926, p. 51; G.-H. Roger *et al.*, *op. cit.*, p. 325.

92. R. Desmeules, « Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la sanocrysine », *BMQ*, 1929, p. 439; « Sanocrysin. A Gold Cure for Tuberculosis », *The American Journal of Public Health*, vol. 15, n^o 2, p. 144-145. La sanocrysine est un traitement à base de thiosulfate d'or et de sodium.

Quant à la fièvre, il faut la combattre parce qu'elle « épuise le malade et diminue son repos⁹³ ». La façon la plus ancienne, et toujours en usage dans les années 1920, est d'envelopper le malade dans des linges humides rafraîchissants. Mais, depuis la commercialisation de l'aspirine, au tournant du XX^e siècle, celle-ci devient rapidement l'antithermique le plus fréquemment utilisé⁹⁴.

Contre les crachements de sang, il y a peu de choses à faire. Bien sûr, on cherche, par le repos et les calmants, à éviter ces afflux de sang, mais leur effet n'est que momentané. L'opium est souvent prescrit, car il est considéré comme un des agents les plus efficaces pour calmer le malade⁹⁵. Cependant, puisque l'on sait qu'il faut « employer les opiacés avec prudence », on cherche à les faire alterner avec d'autres médicaments tels que l'ergotine, l'ipéca, les sels de chaux⁹⁶ ou encore avec l'emploi de révulsifs⁹⁷, afin de réserver l'opium aux moments les plus critiques.

La médecine se trouve donc encore dans une période de tâtonnement. Une expression revient souvent dans les traités médicaux, à savoir que tel ou tel médicament « semble avoir des effets positifs ». En fait, ce n'est qu'avec la découverte de l'action antibactérienne des sulfonamides, en 1935, que la médecine a commencé à pouvoir bénéficier de médicaments prometteurs dans le traitement de la tuberculose. « En 1934, écrivait le D^r Jean-Marie Lemieux, la médication anti-infectieuse était à peu près nulle⁹⁸. » Le succès des sulfonamides fut phénoménal. Aucun médicament jusque-là n'avait autant attiré l'attention, ni paru aussi prometteur⁹⁹. Mais il fut bientôt remplacé par une découverte encore plus performante, celle des antibiotiques. Le premier, la streptomycine, un bactéricide qui provient d'un champignon, fut découvert par Selman A. Waksman

93. G.-H. Roger *et al.*, *op. cit.*, p. 339.

94. *Ibid.*, p. 341.

95. *Ibid.*, p. 342.

96. *Ibid.*, p. 341-343.

97. Les révulsions visent à produire un afflux de sang dans une région (au moyen de cataplasmes, ventouses, cautères, etc.) de manière à dégager les poumons. *Ibid.*, p. 338.

98. J.-M. Lemieux, « La médecine québécoise il y a quarante ans », *La vie médicale au Canada français*, vol. 4, avril 1975, p. 420.

99. John C. Burnham, *Health Care in America: A History*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2015, p. 271-272.

en 1944 et utilisé pour la première fois en 1946. Il ne fut toutefois rendu vraiment accessible pour le traitement de la tuberculose qu'à partir de 1948¹⁰⁰. Cette même année vit aussi l'introduction de l'acide para-aminosalicylique (ou PAS), un autre médicament qui empêche le bacille de se développer dans l'organisme¹⁰¹. Le troisième antibiotique est l'isoniazide (ou INH) qui commença à être employé à partir de 1952¹⁰². Mais la grande découverte au sujet de ces antibiotiques est survenue lorsque l'on commença à associer la streptomycine aux deux autres médicaments, ce qu'on appela la trithérapie¹⁰³. Ce traitement permettait de réduire les effets secondaires de la streptomycine (étourdissement, perte d'équilibre, toxicité) et de retarder le développement de la résistance à celle-ci (streptomycinorésistance). Cette trithérapie devint alors « la règle absolue¹⁰⁴ », car elle était non seulement efficace, mais peu toxique et peu coûteuse. Elle était encore prescrite dans les années 1970¹⁰⁵. À partir de 1948, le gouvernement fédéral développa des programmes afin d'assurer la gratuité de la streptomycine, puis des autres médicaments¹⁰⁶.

-
100. J. Delarue, *La tuberculose*, Paris, Presses universitaires de France, 1972, coll. «Que-sais-je?», p. 108-109; P. Hauduroy, «La streptomycine», dans J. Morin, *op. cit.*, p. 414-440. La streptomycine, dit Wherrett, «*was the first drug with a definite curative effect on tuberculosis; for the first time physicians were able to watch the clearing of X-rays shadows for advanced disease*», G. J. Wherrett, *op. cit.*, 1977, p. 46. Sur les premiers essais de la streptomycine au Minnesota voir H. C. Hinshaw, W. H. Feldman et K. H. Pfuetze, «Streptomycin in Treatment of Clinical Tuberculosis», *American Review of Tuberculosis and Pulmonary Diseases*, vol. 54, n° 3, 1946, p. 191-203. Sur les premiers essais de la streptomycine au Sanatorium Saint-Georges de Mont-Joli, voir J.-A. Couillard et H. Gauthier, «Vingt-quatre observations à propos de l'emploi de la streptomycine au Sanatorium Saint-Georges de Mont-Joli», *Laval médical*, vol. 13, n° 5, mai 1948, p. 603-611.
101. J. Delarue, *op. cit.*, p. 111; S. Grzybowski et A. A. Edward, *op. cit.*, p. 1027; W. D. Johnston, «Tuberculosis» dans K. F. Kiple (dir.), *op. cit.*, p. 1066.
102. J. Delarue, *op. cit.*, p. 113. Sur l'introduction de l'isoniazide à l'Hôpital Laval de Québec voir R. Desmeules *et al.*, «Considérations sur l'isoniazide dans le traitement de soixante-douze cas de tuberculose pulmonaire», *Laval médical*, vol. 18, n° 4, avril 1953, p. 445-462.
103. J. Delarue, *op. cit.*, p. 113.
104. *Ibid.*
105. G. J. Wherrett, *op. cit.*, 1977, p. 47-48.
106. *UMC*, vol. 79, n° 9, juill. 1950, p. 784. À partir de 1948, le ministère de la Santé reçut des subventions du gouvernement fédéral pour la streptomycine. *Enquête sur les services de santé de la province de Québec (Rapport Sylvestre)*, tome VIII, *La tuberculose*, Québec, 1948, p. 122-124. On trouve aussi dans ce document la liste des subventions fédérales accordées aux ligues antituberculeuses, dispensaires et cliniques du Québec.

Les traitements chirurgicaux

Les principaux traitements chirurgicaux peuvent être divisés en deux catégories : ceux qui visaient l'affaissement d'une partie du poumon (la collapsothérapie) et ceux qui consistaient en l'ablation d'un lobe ou d'une partie du poumon (l'exérèse).

La collapsothérapie consistait elle-même en deux pratiques : le pneumothorax et la thoracoplastie.

Le pneumothorax

En 1915, le D^r E. Grenier fit paraître, dans *L'union médicale du Canada*, un article intitulé « Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la méthode de Ferlanini ». Cette technique occupa dès lors une place centrale dans le traitement de la tuberculose, et cela jusqu'à la découverte des médicaments antituberculeux. En 1922, à l'Institut Bruchési de Montréal, 36 patients furent soumis à la « cure du pneumothorax artificiel¹⁰⁷ ». À la fin des années 1920, le D^r Alphonse L'Espérance de Québec disait que ce traitement était devenu « une pratique journalière de la phtisiologie¹⁰⁸ » et, selon le D^r Wherrett, cette procédure « *became general*¹⁰⁹ ».

La technique du pneumothorax consistait dans l'infiltration d'azote ou d'air filtré dans la plèvre, du côté du poumon malade, afin de rapprocher les parois de la cavité tuberculeuse¹¹⁰. Elle a suscité beaucoup d'intérêt parce qu'on lui trouvait plusieurs effets positifs. D'abord pour le malade lui-même ; le fait de refermer les parois des cavités présentait, disait-on, plusieurs avantages. Cela favorisait notamment la mise au repos du poumon malade, l'arrêt de l'introduction de matières nocives dans les poumons, l'asphyxie des bacilles, et l'immobilisation du poumon nécessaire à la cicatrisation des parois des cavernes¹¹¹. Le recours à ce procédé présentait aussi beaucoup

107. *Institut Bruchési*, 1922, p. 20-23.

108. A. L'Espérance, « Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose », *BMQ*, vol. 30, 1929, p. 445. L'auteur y fait, aux pages 445 à 452, une description détaillée de la méthode pratiquée à l'Hôpital Laval.

109. G. J. Wherrett, *op. cit.*, 1977, p. 40 ; S. Grzybowski et A. A. Edward, *op. cit.*, p. 1026.

110. G.-H. Roger *et al.*, *op. cit.*, p. 346-348.

111. G.-H. Roger *et al.*, *op. cit.*, p. 348-349 ; *UMC*, 1925, p. 36 ; J. Morin, *op. cit.*, p. 318-331 ; M. Laurre, *op. cit.*, p. 248.

d'avantages pour les gestionnaires des établissements de soins, parce qu'il permettait un roulement plus rapide des malades dans les hôpitaux et sanatoriums. Les séjours y étaient en effet moins longs, les tuberculeux pouvant recevoir leur traitement dans une clinique externe ou un dispensaire. Comparée à la cure seule, disait un physiologue de l'Hôpital du Sacré-Cœur, la collapsothérapie «réalise en peu de semaines ce que la cure prend des mois à obtenir¹¹²». De plus, dans les années 1920 et 1930, la population devenait de plus en plus réceptive à l'idée de la chirurgie de sorte que, entre une intervention chirurgicale et un long traitement médical, certains patients préféraient la première, surtout si elle était peu risquée¹¹³. L'idée du pneumothorax artificiel s'était développée au XIX^e siècle, après que des médecins eurent observé la guérison de certains malades dont les parois des cavernes s'étaient accolées d'elles-mêmes (pneumothorax spontané)¹¹⁴. Mais c'est l'Italien Forlanini qui, en 1894, mit au point la procédure qui devait finir par porter son nom¹¹⁵.

Cette intervention ne s'adressait pas à tous. Elle était entre autres contre-indiquée dans les cas de grosses cavernes, de tuberculose généralisée ou chez les personnes âgées. Il fallait aussi que le poumon opposé soit encore sain ou peu atteint¹¹⁶. L'injection d'air se faisait au moyen d'une tige métallique (trocart), introduite habituellement entre le quatrième et le huitième espace intercostal, et que l'on faisait pénétrer jusque dans la cavité pleurale, entre les deux feuillets de la plèvre. La quantité d'air insufflé était contrôlée par un manomètre. L'art consistait à s'assurer que l'aiguille était bien placée dans la cavité et qu'elle n'allait pas perforer le poumon et causer une hémorragie. Il s'agissait évidemment d'une manœuvre délicate. Cette intervention put bientôt être suivie à l'écran grâce au pleuroscope¹¹⁷. Selon certains traités médicaux, lorsqu'il était

112. J.-P. Paquette, «Pneumothorax thérapeutique: indications, entretien», *UMC*, vol. 81, n° 5, mai 1952, p. 531; K. McCuaig, *op. cit.*, p. 78.

113. T. Schlich, «The Technological Fix and the Human Body: Surgery as a Paradigmatic Case», dans *A Cultural History of the Human Body. In the Modern Age*, I. Crozier (dir.), New York, Berg, vol. 6, 2010, p. 73.

114. G.-H. Roger *et al.*, *op. cit.*, p. 346.

115. *Ibid.*, p. 347.

116. *Institut Bruchési*, p. 20-21; G.-H. Roger *et al.*, *op. cit.*, p. 350.

117. R. Jeanneret, «La pleuroscopie», dans J. Morin, *op. cit.*, p. 337.

bien fait, le pneumothorax n'était « absolument pas douloureux et il n'entraînait aucune réaction¹¹⁸ ». À l'Institut Bruchési, cette intervention fut pratiquée sur 36 malades en 1922¹¹⁹. Cette même année, l'Hôpital Laval emboîta le pas¹²⁰.

L'aspect pénible du traitement résidait dans le fait qu'il fallait répéter ces « recharges d'air » périodiquement (tous les 10 ou 15 jours durant la première année) et parfois sur une très longue période (jusqu'à trois ou quatre ans) avant d'arriver à la cicatrisation recherchée¹²¹. En 1922, les 36 malades de l'Institut Bruchési ont reçu chacun, en moyenne, une vingtaine de réinsufflations¹²². Ce traitement était donc contraignant et il va de soi que plusieurs personnes n'avaient pas la possibilité de le suivre à la lettre. En 1947, 85 tuberculeux ont subi des pneumothorax au dispensaire de la Ligue antituberculeuse de Québec, pour un total de 695 réinsufflations, soit une moyenne de 8,1 réinsufflations par patient. En 1948, on dénombre 83 malades et 754 réinsufflations, soit une moyenne de 9 réinsufflations par patient¹²³. Pour l'ensemble du Québec, du 1^{er} janvier au 31 décembre 1948, 8 007 personnes ont ainsi été traitées pour un total de 13 938 réinsufflations, soit une moyenne par contre beaucoup plus faible de 1,7 par malade¹²⁴. Les taux d'abandon étaient donc parfois élevés, et cela, même si les coûts des pneumothorax étaient défrayés par le ministère de la Santé¹²⁵.

Il est difficile toutefois de juger de l'efficacité de ce traitement, car, comme le souligne Barbara Bates, celui-ci n'a jamais vraiment fait l'objet d'une évaluation¹²⁶. Mais, selon Wherrett, il a été

118. M. Laure, *op. cit.*, 1953, p. 251.

119. *Institut Bruchési*, p. 19-20.

120. A. L'Espérance, *op. cit.*, p. 445.

121. G.-H. Roger *et al.*, *op. cit.*, p. 362.

122. *Institut Bruchési*, p. 22.

123. *Enquête sur les services de santé de la province de Québec, t 8, La tuberculose*, Québec, 1948, p. 90.

124. *Ibid.*, p. 16.

125. *Ibid.*, p. 28 et p. 108.

126. B. Bates, *Bargaining for Life: A Social History of Tuberculosis, 1876-1938*, Philadelphie, University of Pennsylvania Press, 1992, p. 321.

largement pratiqué au Canada pendant 25 ans¹²⁷. Sa popularité diminua toutefois à la fin des années 1940, relate le D^r Lemieux, « devant l'amoncellement de ses échecs, de ses complications et ses séquelles éloignées sur la fonction respiratoire¹²⁸ », et en raison de l'utilisation des antibiotiques.

La thoracoplastie

À partir des années 1930, lorsque le pneumothorax échouait ou qu'il n'était pas possible de le pratiquer, par exemple à cause des adhérences¹²⁹, on se tournait principalement vers les deux approches suivantes : la collapsothérapie chirurgicale et la résection pulmonaire (ou exérèse). Bien qu'elles fussent connues avant cette décennie, ces techniques avaient jusque-là été peu pratiquées à cause du piètre état d'avancement de la chirurgie du poumon.

L'article du D^r Jean-Marie Lemieux sur la médecine en 1935, alors qu'il était en deuxième année à la Faculté de médecine de l'Université Laval, est utile pour se faire une idée de l'état des connaissances et des pratiques en chirurgie pulmonaire à l'époque¹³⁰. On peut y lire notamment ceci : « les opérations que l'on considère maintenant comme courantes étaient souvent des premières auxquelles les médecins se faisaient un devoir d'assister et on en parlait dans tout l'hôpital. C'était le cas pour les gastrectomies, les résections abdomino-périnéales, les thoracoplasties, les thyroïdectomies. En 1934, on n'avait pas encore touché au poumon¹³¹ », notamment parce qu'il y avait peu de ressources antiseptiques. Elles consistaient essentiellement dans l'iodoforme,

127. « The wide use of pneumothorax, as practiced over some twenty-five years », G. J. Wherrett, *op. cit.*, 1977, p. 72. Sur l'utilisation de ce traitement au Queen Mary Hospital pour enfants de Toronto, voir Stacie Burke, *Building Resistance : Children, Tuberculosis and the Toronto Sanatorium*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2018, p. 307-324.

128. J.-M. Lemieux, « État actuel du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire », *Laval médical*, vol. 17, n^o 11, nov. 1952, p. 1187.

129. Les adhérences sont des tissus qui retiennent les deux côtés de la plèvre à certains endroits, ce qui empêche l'affaissement des poumons.

130. J.-M. Lemieux, « La médecine québécoise il y a quarante ans », *La vie médicale au Canada français*, vol. 4, avril 1975, p. 417-426.

131. *Ibid.*, p. 424.

l'éther et le formol¹³²; de sorte que «les mortalités opératoires étaient impressionnantes¹³³». Un autre problème était celui du contrôle de la douleur. L'anesthésie par voie sous-cutanée ne se pratiquait pas encore et les substances utilisées étaient essentiellement les mêmes que celles du milieu du XIX^e siècle, soit l'éther et le chloroforme¹³⁴.

La thoracoplastie visait, comme le pneumothorax, à provoquer l'affaissement du poumon malade. Elle consistait à libérer celui-ci de ses points d'attache avec la cage thoracique en coupant un certain nombre de côtes, ce qui permettait au poumon de se rétracter¹³⁵. Mise au point en Europe au cours des années 1910 et 1920, cette technique fut introduite au Canada par le D^r Edward Archibald du Département de chirurgie de l'Université McGill¹³⁶. À Québec, elle fut réalisée pour la première fois en 1931 à l'Hôpital Saint-Sacrement, sous la supervision du D^r Archibald lui-même. L'Hôpital Laval devint peu après le lieu où ces interventions étaient pratiquées à Québec. La thoracoplastie, toujours selon le D^r Lemieux, y fut effectuée «de façon routinière» de 1931 à 1951¹³⁷. Au Canada, le rapide essor de cette technique semble relié à la diffusion du costotome de Bethune, un ciseau largement utilisé pour la thoracoplastie¹³⁸.

132. Par exemple: «Comme mesure d'antisepsie, on saupoudrait de l'iodoforme dans la cavité abdominale ou on versait de l'éther dans le foyer opératoire et sur les bords de la plaie opératoire». *Ibid.*, p. 424-425.

133. Des actes opératoires comme l'ablation de la vésicule (cholécystectomie) présentaient «un taux de mortalité de 15 % à 20 %», J.-M. Lemieux, «*La médecine*», p. 424.

134. *Ibid.*, p. 423.

135. G. de Rham, «Thoracoplastie», dans J. Morin, *op. cit.*, p. 303.

136. *CMAJ/JAMC*, 6 avril 1999, p. 1026.

137. J.-M. Lemieux, «L'histoire de la chirurgie pulmonaire à Québec», *Laval médical*, sept. 1957, p. 270. En France, à l'Hôpital de Châteaubriant, on en pratiquait une quinzaine par semaine: [www.chateaubriant.org/22-tuberculose,p.-8], consulté le 2 novembre 2010.

138. Ou «Bethune rib-shear», D. Goulet et A. Paradis, *op. cit.*, 1932, p. 483. Cet instrument a été utilisé par Norman Bethune en 1931 à l'Hôpital Royal Victoria de Montréal. Il servait à conserver la membrane qui recouvre l'os de façon à lui permettre de se reformer par la suite. Bethune (1890-1939) est connu surtout pour son rôle, comme médecin et chirurgien, durant la guerre civile espagnole et la guerre sino-japonaise; sa contribution au développement de la chirurgie thoracique est, elle aussi, importante mais elle est moins connue. En décembre 1926, à l'âge de 36 ans, Bethune fut atteint de la tuberculose et alla séjourner au sanatorium de Saranac Lake dans l'état de New York. Au cours des recherches qu'il fit durant ce séjour, il prit connaissance de la technique du pneumothorax artificiel découverte par Carlo Forlanini et voulut qu'on

Ces résections se font alors en général au niveau des quatre premières côtes : « la 1^{ère} et la 2^e sont prises en totalité, la 3^e et la 4^e largement », mais il arrive que le chirurgien soit obligé d'en couper plus de quatre¹³⁹.

Une autre technique chirurgicale visant à provoquer la réduction du volume du poumon était la phrénicectomie. Cette intervention consistait à couper le nerf phrénique du poumon malade à environ « 3 centimètres au-dessus de la clavicule¹⁴⁰ ». On n'avait recours à cette opération que lorsqu'il n'était pas possible de pratiquer le pneumothorax ou lorsque la thoracoplastie n'était pas réalisable. Cette méthode semble avoir été employée au Canada à partir de 1933¹⁴¹, et cela, surtout en Ontario¹⁴².

Au cours des années 1940, une nouvelle technique commença à être pratiquée, l'exérèse pulmonaire (ou pneumonectomie). Elle consiste dans l'ablation d'une partie du poumon¹⁴³. À l'Hôpital Laval de Québec, une première résection fut faite en 1943 et, à l'Hôtel-Dieu, ce fut à partir de 1947. Au tournant des années 1950, cette technique finit par s'imposer et on assista alors à une diminu-

l'essayât sur lui. Après un an dans ce sanatorium, il fut assez bien pour en sortir, mais il continua pendant des années à recevoir des insufflations. Il subit même une pneumonectomie du côté gauche. Malgré toutes ces interventions, il semble que Bethune ne se soit jamais vraiment rétabli. Entre 1929 et 1935, il travailla à Montréal comme chirurgien à l'Hôpital Royal Victoria puis à l'Hôpital du Sacré-Cœur. Durant ces années, il écrivit 16 articles scientifiques et travailla à la conception d'instruments qui furent utilisés en chirurgie thoracique, comme le costotome et le grattoir périostal. Sur la vie de Bethune, voir Shenwen Li, « Bethune, Henry Norman », *DBC*, vol. XVI, 2011. Sur sa contribution au développement de la chirurgie thoracique, voir : J. Deslauriers et D. Goulet, « The Medical Life of Henry Norman Bethune », *Canadian Respiratory Journal*, vol. 22, n° 6, 2015, p. 32-42.

139. G. de Rham, « Thoracoplastie », dans J. Morin, *op. cit.*, p. 406 et p. 396.

140. J. Morin, « Paralysie partielle du diaphragme », dans J. Morin, *op. cit.*, p. 360.

141. S. Grzybowski et A. A. Edward, *op. cit.*, p. 1027.

142. En fait deux fois plus qu'au Québec. G. J. Wherrett, « The Control of Tuberculosis in Wartime », *CMAJ/JAMC*, vol. 33, n° 9, sept. 1942, p. 444. On trouve une description de la technique pratiquée à l'Hôpital Laval dans R. Desmeules, « Association de l'intervention sur le phrénique au pneumothorax dans la tuberculose pulmonaire », *Laval médical*, vol. 5, n° 9, nov. 1940, p. 389-397. Sur cette pratique au Queen Mary Hospital pour enfants de Toronto voir S. Burke, *op. cit.*, p. 325-332.

143. J.-M. Lemieux, « L'histoire », p. 271 ; *CMAJ/JAMC*, 1999, p. 1027.

tion rapide des cas de thoracoplastie¹⁴⁴. En 1957, à l'Hôpital Laval, il se faisait environ cinq résections pulmonaires par semaine¹⁴⁵.

Les années 1950 sont aussi marquées par l'introduction des antibiotiques et des progrès dans le domaine de l'anesthésie et de la réanimation. Grâce à ces nouvelles ressources¹⁴⁶, la mortalité opératoire des cas d'exérèse du poumon semble avoir été très basse¹⁴⁷.

En 1948, la province disposait de 221 lits dans cinq hôpitaux pour les cas de chirurgie thoracique. Ils se répartissaient ainsi¹⁴⁸ :

Hôpital du Sacré-Cœur, Cartierville (Montréal)	61
Royal Edward Laurentian Hospital	52
Grace Dart Home (Montréal)	33
Hôpital Saint-Joseph (Rosemont)	50
Hôpital Laval (Québec)	25

Finalement, grâce au développement des antibiotiques, toutes ces pratiques chirurgicales furent progressivement abandonnées et devinrent exceptionnelles après 1960¹⁴⁹.

3.3 La vaccination

C'est en France, entre 1921 et 1924, qu'Albert Calmette et Camille Guérin ont fait, à partir de cultures atténuées de bacilles, leurs premiers essais de vaccination contre la tuberculose¹⁵⁰. Au Québec ce vaccin a commencé à être produit par le D^r Joseph-Albert Baudouin, à partir de 1926, au laboratoire de bactériologie de l'Université de Montréal¹⁵¹.

144. J.-M. Lemieux, « L'histoire », p. 272.

145. *Ibid.*, p. 270.

146. G. de Rham, « L'exérèse pulmonaire », dans J. Morin, *op. cit.*, p. 411.

147. J.-M. Lemieux, « L'histoire », p. 272.

148. *Enquête sur les services de santé, op. cit.*, 1948, p. 82. Il est très difficile d'évaluer les résultats obtenus par ces techniques chirurgicales. Voir par exemple ce que dit T. Dormandy à ce sujet, *op. cit.*, p. 352-358.

149. W. N. Rom et S. M. Garay (dir.), *op. cit.*, p. 643; S. Grzybowski et A. A. Edward, *op. cit.*, p. 1027.

150. G.-H. Roger *et al.*, *op. cit.*, p. 320.

151. G. Desrosiers, « Joseph-Albert Baudouin (1875-1962) : professeur d'hygiène », *CBMH/BCHM*, vol. 10, 1993, p. 256-257; P. De Léan, *op. cit.*, p. 39.

En 1932, le Dr Armand Frappier, un ancien élève de Calmette, prit la direction de ce laboratoire et en 1933, grâce à des subventions obtenues du Conseil national de recherches du Canada, il put former une équipe de chercheurs afin d'entreprendre des études expérimentales et épidémiologiques sur la tuberculose et le BCG. C'est ce laboratoire qui fut incorporé en 1938 sous le nom d'Institut de microbiologie et d'hygiène de l'Université de Montréal¹⁵². Pendant près de 20 ans, ces chercheurs constituèrent « l'un des seuls groupes intéressés au BCG en Amérique ». Entre 1926 et le 1^{er} août 1936, seulement 10 000 vaccinations ont été faites au Québec¹⁵³. En vérité, c'est seulement à partir de 1948 que la vaccination connut une large diffusion dans la province. Cette année-là, des séances de vaccination gratuites furent instituées pour tous les enfants qui réagissaient négativement à l'épreuve de la tuberculine¹⁵⁴. En 1949, avec l'aide financière du gouvernement fédéral, le BCG fut intégré au programme régulier de lutte antituberculeuse de toutes les unités sanitaires de comté du Québec¹⁵⁵. Au début des années 1950, le ministère de la Santé du Québec lança une vaste campagne de vaccination dans les écoles qui toucha plus de 80 000 jeunes par année¹⁵⁶. Cette politique changea à partir de 1969 et le programme de vaccination ne s'appliqua désormais qu'aux nouveau-nés et aux enfants de cinq à neuf ans¹⁵⁷.

La vaccination n'occupa pas une place aussi prépondérante dans toutes les provinces canadiennes. Elle suscita d'ailleurs de vifs débats au sein de la communauté scientifique du pays¹⁵⁸. En 1948, par

152. Sur l'histoire de cet institut entre 1938 et 1950 voir : A. Frappier, « Institut de microbiologie et d'hygiène de l'Université de Montréal. Douze ans de progrès (1938-1950) », *UMC-Bulletin A.M.L.F.C.*, févr. 1951, p. 229-233.

153. A. Frappier, « La prémunition contre la tuberculose par le B.C.G. », *Bulletin de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord*, vol. III, n° 2, avril 1937, p. 160; A. Séguin, « Le service du BCG. à Montréal », *ibid.*, vol. III, n° 4, oct. 1937, p. 420.

154. *Enquête sur les services de santé*, 1948, p. 87; G. Desrosiers et al., *La santé publique au Québec*, p. 119.

155. P. De Léan, *op. cit.*, p. 41; G. Desrosiers et al., *La santé publique au Québec*, p. 124.

156. G. J. Wherrett, *op. cit.*, 1977, p. 218.

157. F. Simard, *La tuberculose au Québec*, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1975, p. 23.

158. Ces débats sur l'efficacité du BCG ont été présentés par Pierrick Malissard dans « La longue controverse de la vaccination antituberculeuse au Canada : le bacille Calmette-Guérin (BCG), 1925-1975 », *CBMH/BCHM*, vol. 15, n° 1, 1998, p. 87-128.

exemple, 33 909 personnes auraient été vaccinées au Québec comparativement à 2 235 en Ontario et 82 au Nouveau-Brunswick¹⁵⁹. Vingt ans plus tard, 139 707 personnes l'ont été au Québec et seulement 3 969 en Ontario¹⁶⁰. Wherrett estime à environ 4 000 000 le nombre de personnes qui ont été vaccinées ou revaccinées au Canada entre 1926 et 1974; de ce nombre environ 3 200 000 étaient du Québec¹⁶¹. Comment expliquer une telle différence?

Cela semble lié en bonne partie aux relations étroites qui existaient alors en médecine entre l'Institut Pasteur et l'Institut de Montréal. En 1938, le D^r Frappier évoquait cette volonté de rapprochement en ces termes : « il était aussi désirable de créer, au Québec, une institution où fermenterait la pensée française et pasteurienne¹⁶² ». Or, à partir du milieu des années 1930, la vaccination par le BCG a connu une très large diffusion en France. On sait par exemple qu'en 1935 un tiers des nouveau-nés y furent vaccinés, soit 210 668 sur 630 059¹⁶³. Ce pourcentage fut même beaucoup plus élevé dans certains départements. En Seine-Inférieure notamment, cette année-là, 11 462 nouveau-nés le furent sur 17 772, soit 64 %¹⁶⁴. En France toujours, à la suite de la promulgation de la loi du 5 janvier 1950, la vaccination fut rendue obligatoire pour tous les enfants.

Durant la première moitié du XX^e siècle, les liens entre la médecine québécoise et la médecine française sont en fait très forts. C'est en France que les jeunes médecins francophones québécois vont le plus souvent poursuivre leur formation une fois leurs études terminées. Et, lorsqu'ils reviennent, plusieurs sont appelés à devenir professeurs. En 1921, par exemple, sur les 33 professeurs de la Faculté de médecine de l'Université Laval, 25 avaient complété

159. K. McCuaig, *op. cit.*, p. 290; S. Grzybowski et A. A. Allen, « Tuberculosis », *CMAJ/JAMC*, avril 1999, p. 1027; G. J. Wherrett, *op. cit.*, 1977, p. 243.

160. F. Simard, *op. cit.*, p. 24.

161. G. J. Wherrett, *op. cit.*, 1977, p. 65.

162. A. Frappier, « Institut de microbiologie », 1951, p. 229.

163. INSERM, « Notes sur l'histoire de la vaccination par le BCG en France, 1921-1970 », p. 109. [www.ipubli.inserm.fr], consulté le 3 juin 2015.

164. S. Henry, *Vaincre la tuberculose (1879-1939). La Normandie en proie à la peste blanche*, Rouen, Presses universitaires de Rouen, 2013, tableau 55.

leurs études en France et un à Louvain, en Belgique¹⁶⁵. Le D^r Arthur Rousseau, celui qui allait fonder l'Hôpital Laval en 1918, avait lui aussi fait un stage de formation à l'Institut Pasteur de Paris dans les années 1890¹⁶⁶. Il faut aussi se rappeler que des professeurs français venaient au Québec, chaque année, pour y enseigner et y donner des conférences. À l'automne 1925, par exemple, les étudiants de la Faculté de médecine de l'Université Laval ont suivi les cours sur la tuberculose de trois professeurs invités: Émile Sergent, François Bordet et L. Rebadeau-Dumas¹⁶⁷. En ce qui concerne le D^r J.-A. Baudouin, l'un des premiers à avoir travaillé sur le BCG au Québec, c'est aussi à l'Institut Pasteur de Paris qu'il avait reçu sa formation dans les années 1920, sous la direction du D^r A. Pettit¹⁶⁸. La médecine québécoise était donc alors très influencée par la médecine française, et elle le fut aussi sur la question du BCG¹⁶⁹.

Les pays anglo-saxons, comme les États-Unis, la Grande-Bretagne, la Nouvelle-Zélande, l'Australie et le Canada anglais se sont montrés quant à eux très réticents à l'égard de ce vaccin jusqu'à la fin des années 1940. Le BCG a été interdit en Grande-Bretagne jusqu'en 1947¹⁷⁰. Dans ces pays, on trouvait que cette pratique était peu efficace et qu'elle avait peu d'influence sur l'incidence de la maladie dans la population. Le drame survenu en 1930 à l'Hôpital de Lübeck, en Allemagne, alors que 77 des 249 enfants qui avaient reçu le vaccin étaient morts de la tuberculose à la suite d'une erreur dans la préparation de celui-ci semble avoir beaucoup

165. C.-M. Boissonnault, *op. cit.*, p. 331.

166. *Ibid.*, p. 275 et p. 277.

167. *Ibid.*, p. 343.

168. D. Goulet et A. Paradis, *op. cit.*, p. 220; D. Goulet, *Histoire de la Faculté*, p. 220.

169. En France, le BCG devint obligatoire pour les enfants en janvier 1950. Dans les années 1970, la vaccination antituberculeuse était encore obligatoire dans ce pays avant l'âge scolaire (6 ans). A. Rivoalen, « Vaccins et sérums », *Encyclopædia Universalis*, vol. 16, 1975, p. 563. Cette obligation a été suspendue en 2007.

170. T. Dormandy, *op. cit.*, p. 339-349; sur les États-Unis, voir G. Feldberg, *Disease and Class: Tuberculosis and the Shaping of Modern North American Society*, New Brunswick (N. J.), Rutgers University Press, 1995. Voir aussi L. Bryder, « We Shall not Find Salvation in Inoculation: BCG in Scandinavia, Britain and the USA, 1921-1960 », *Social Science and Medicine*, vol. 49, 1999, p. 1157-1167.

marqué l'imagination¹⁷¹. Au Canada anglais, l'attitude des autorités médicales a consisté à ne faire vacciner que certaines catégories de personnes, notamment celles qui se trouvaient souvent en contact avec les tuberculeux comme les infirmières, le personnel hospitalier, les étudiants en médecine¹⁷². En 1973, au Québec, la vaccination était encore très pratiquée, entre autres sur les enfants de moins d'un an¹⁷³.

La question de l'efficacité du BCG a donc suscité beaucoup de débats dans le deuxième quart du XX^e siècle. Aujourd'hui, il semble qu'on s'entende pour dire que le vaccin est utile pour les personnes qui n'ont jamais été exposées à la maladie et par conséquent développé d'immunité, notamment les nouveau-nés¹⁷⁴. Selon une étude du Harvard School of Public Health, « *on average, BCG vaccine significantly reduces the risk of TB by 50 %*¹⁷⁵ ».

3.4 La formation des médecins et des infirmières

À partir des années 1880, dans le contexte du développement de la bactériologie, le monde médical chercha à s'informer au sujet de ce nouveau domaine de connaissance. En novembre 1888, par exemple, la direction de la Faculté de médecine de l'Université Laval pria le docteur Auguste Hamel de se rendre à Paris, à l'Institut Pasteur qui venait d'être inauguré la même année, pour « s'enquérir des méthodes pratiques de cette discipline¹⁷⁶ ». À son retour en 1889, c'est lui qui fut chargé de donner les premières leçons de microscopie et de « microbie » à l'Université Laval. Des cours semblables furent aussi donnés dans les autres facultés de médecine

171. P. Guye, « Réactions tuberculiques et vaccinations au BCG », dans J. Morin, *op. cit.*, p. 91; T. Dormandy, *op. cit.*, p. 344.

172. K. McCuaig, *op. cit.*, p. 61 et p. 193; G. J. Wherrett, *op. cit.*, 1977, p. 89 et p. 109; P. De Léan, *op. cit.*, p. 41.

173. F. Simard, *La tuberculose au Québec*, 1976, p. 33.

174. W. D. Johnston, « Tuberculosis », dans K. F. Kiple, *op. cit.*, p. 1062.

175. G.A. Colditz *et al.*, « Efficacy of BCG Vaccine in the Prevention of Tuberculosis, Meta-analysis of the Published Literature », *Journal of the American Medical Association*, March 2, 1994, vol. 271, n° 9, p. 698-702.

176. *L'événement*, 14 nov. 1888, cité dans J.-Édouard Morin, « De la microbie à la microbiologie », *Laval médical*, vol. 23, sept. 1957, p. 186.

de la province: McGill, Bishop's, et à la succursale de Laval à Montréal¹⁷⁷.

Au Québec, la première génération des « hommes-relais » de la bactériologie fut formée en Europe, mais dans des milieux différents. Les jeunes médecins francophones allaient en majorité se perfectionner en France alors que leurs confrères anglophones se rendaient en Allemagne et en Autriche¹⁷⁸. Entre 1892 et 1905, 20 médecins francophones se sont ainsi rendus à l'Institut Pasteur de Paris pour suivre le cours de « microbie technique » donné par Émile Roux et Élie Metchnikov¹⁷⁹. À partir de 1894, l'enseignement de la bactériologie devint obligatoire dans tous les programmes de médecine du Québec¹⁸⁰, mais il ne fut pas uniforme d'un établissement à l'autre¹⁸¹.

En ce qui concerne le rapprochement entre l'enseignement de la bactériologie et le monde de la santé publique, c'est à partir de 1910 qu'il commença à se faire, à la suite de la promulgation de la loi médicale de 1909 qui uniformisait les examens pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine¹⁸², et de celle de 1910 qui divisait la province en 10 districts sanitaires ayant à leur tête des médecins qui devaient être diplômés en hygiène publique et qu'on appelait « hygiénistes experts¹⁸³ ». C'est ainsi que fut créée, en 1911, l'École d'hygiène appliquée de l'Université de Montréal. De ses débuts jusqu'en 1938, la durée du programme fut de neuf mois¹⁸⁴. De son côté, à Québec, l'Université Laval offrit des cours de

177. D. Goulet et O. Keel, « Les hommes-relais de la bactériologie en territoire québécois et l'introduction de nouvelles pratiques diagnostiques et thérapeutiques (1890-1920) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 46, n° 3, hiver 1993, p. 426-427.

178. D. Goulet, « Entre les miasmes et les germes », *Manguinhos*, vol. 1, n° 2, 1993, p. 35; D. Goulet et O. Keel, « Les hommes-relais », p. 424.

179. D. Goulet, *Histoire de la faculté*, p. 159, notes 21 et 22.

180. *Ibid.*, p. 109.

181. G. Desrosiers *et al.*, « L'évolution des structures de l'enseignement universitaire spécialisé de santé publique au Québec: 1899-1970 », *CBMH/BCHM*, vol. 6, 1989, p. 6-7.

182. J. Bernier, *La médecine au Québec*, p. 72.

183. D. Goulet et A. Paradis, *op. cit.*, p. 224; G. Desrosiers *et al.*, « L'évolution des structures de l'enseignement universitaire spécialisé de santé publique au Québec », *CBMH/BCHM*, vol. 6, 1989, p. 7 et p. 21.

184. B. Gaumer, G. Desrosiers et J.-C. Dionne, *Enseignement et recherche en santé publique. L'exemple de la Faculté de médecine et de l'École d'hygiène de l'Université de Montréal (1911-2006)*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2007, p. 16-17.

formation en hygiène publique à partir du mois de février 1912¹⁸⁵. Ces cours comprenaient 160 leçons données sur un trimestre. À l'Université McGill, les cours de chimie et de bactériologie formaient un ensemble donné sur neuf mois¹⁸⁶.

Les infirmières furent elles aussi appelées à se familiariser avec les nouvelles réalités de la bactériologie. À Québec, par exemple, cet enseignement commença à l'Hôtel-Dieu en 1904. Le Dr Michael Joseph Ahern organisa cette année-là une série de cours, avec examens, en microbiologie et en hygiène, pour les religieuses infirmières de l'hôpital¹⁸⁷.

Une étape importante dans l'évolution de la formation destinée aux infirmières fut celle du nouveau rôle qu'elles furent appelées à remplir en dehors de l'hôpital, dans les dispensaires, dans les « Gouttes de lait » et dans les unités sanitaires de comté. À partir de 1925, l'Université de Montréal assura la formation des infirmières hygiénistes au sein de l'École d'hygiène sociale appliquée, une école incorporée à la Faculté de médecine¹⁸⁸. Ce programme dura jusqu'en 1964 et comprenait trois volets : le *nursing*; l'hygiène; les aspects sociaux de la maladie. Cette formation s'échelonnait sur neuf mois et son contenu fut pratiquement le même de 1925 à 1964¹⁸⁹. Entre 1925 et 1941, 245 diplômes furent délivrés à des infirmières hygiénistes par cette école¹⁹⁰.

Le 1^{er} mai 1928, 191 infirmières hygiénistes étaient en service à Montréal et travaillaient dans 10 organisations différentes. De ce nombre, 46 étaient employées par le Service de santé de la ville de Montréal; 58 faisaient partie du Victorian Order of Nurses; et

185. « Cours d'hygiène publique », *BMQ*, vol. 13, 1911-1912, p. 210-211.

186. D. Goulet et O. Keel, « Les hommes-relais », p. 431.

187. F. Rousseau, *op. cit.*, t. II, p. 119-120.

188. D. Gaucher, « La formation des hygiénistes à l'Université de Montréal, 1910-1975 : de la santé publique à la médecine préventive », dans *Santé et société au Québec, XIX^e-XX^e siècle*, P. Keating et O. Keel (dir.), Montréal, Boréal, p. 166.

189. Y. Cohen, *Profession infirmière. Une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2000, p. 270; D. Gaucher, *op. cit.*, p. 168-174.

190. B. Gaumer, G. Desrosiers et J.-C. Dionne, *op. cit.*, p. 36-37.

40 travaillaient pour la Métropolitaine, une compagnie d'assurance¹⁹¹. Par ailleurs, cette année-là, 14 infirmières travaillaient dans les unités sanitaires du Service provincial d'hygiène; leur nombre passa à 64 en 1934¹⁹².

Ainsi, les universités offrirent des cours de bactériologie et de santé publique aux futurs médecins dès la fin du XIX^e siècle. Cela dit, il faut s'interroger sur le contenu de ces cours, notamment en ce qui concernait la tuberculose, et tenter de savoir dans quelle mesure ils préparaient les futurs médecins et hygiénistes à faire face à cette maladie.

En 1922-1923, par exemple, à la Faculté de médecine de l'Université Laval, la place faite à la tuberculose dans le cours d'hygiène publique donné aux futurs médecins généralistes était la suivante. Ce cours d'hygiène publique comprenait 35 leçons regroupées en quatre volets: a) mortalité infantile; b) hygiène scolaire; c) prophylaxie générale des maladies transmissibles; d) étiologie et prophylaxie spéciale des maladies transmissibles. C'est dans cette dernière partie, comprenant une dizaine de leçons, que les futurs omnipraticiens recevaient leur formation sur la «prophylaxie spéciale» des maladies contagieuses: soit une trentaine de maladies au total depuis, entre autres, la variole, la varicelle, la rubéole, la rougeole, les infections puerpérales, la malaria, la scarlatine, la diphtérie, la fièvre typhoïde, le tétanos, la morve, la peste, jusqu'aux maladies vénériennes et à la tuberculose¹⁹³. Quant aux cours destinés aux médecins hygiénistes, là aussi l'importance accordée à la tuberculose était très réduite. Cette année-là, toujours à l'Université Laval, le programme destiné à ces futurs hygiénistes experts comprenait 190 leçons structurées en sept parties: statistiques; hygiène scolaire; hygiène industrielle; puériculture et maladies contagieuses; hygiène municipale; génie sanitaire; et

191. *Enquête sur les activités en hygiène publique, par le Comité sur l'hygiène à Montréal*, Montréal, The Metropolitan Life Insurance Company, 1928, p. 101.

192. G. Desrosiers, B. Gaumer, F. Hudon et O. Keel, «Le renforcement des interventions gouvernementales dans le domaine de la santé entre 1922 et 1936: le Service provincial d'hygiène de la province de Québec», *CBMH/BCHM*, vol. 18, 2001, p. 213.

193. *Annuaire de la Faculté de médecine de l'Université Laval. Année académique 1922-1923*, Québec, L'Action sociale, 1922, p. 32-33.

chimie alimentaire. Les aspects relatifs à la prévention et au contrôle de la tuberculose étaient abordés dans la partie « puériculture et maladies contagieuses », un ensemble de 20 leçons¹⁹⁴. Ces cours comptaient très peu d'étudiants. On peut d'ailleurs lire dans l'annuaire de 1930-1931, alors que le D^r Arthur Rousseau était encore doyen de la Faculté, qu'il s'agissait de « cours spéciaux » et que l'Université n'offrait ces cours que sur demande spéciale et quand le nombre d'étudiants était jugé suffisant¹⁹⁵. En 1940, le programme de cours destinés à ces futurs médecins hygiénistes était encore le même¹⁹⁶.

À l'Université de Montréal, le programme de formation des hygiénistes était plus élaboré, mais la partie sur la tuberculose, comme on peut le voir d'après le cours du D^r J.-A. Baudouin, *Cours d'hygiène professé à l'Université de Montréal*, n'accordait guère plus d'importance au bacille et à la contagion. Dans la partie sur la prophylaxie, ce qui concerne l'isolement des contagieux – les précautions à prendre au sujet des expectorations, la désinfection des lieux occupés par un malade après sa mort, etc. – n'est abordé que de façon très superficielle en trois pages. La question de la déclaration obligatoire n'est même pas mentionnée. Par contre, ce que l'auteur appelle « la prophylaxie sociale », c'est-à-dire la vaccination, la recherche des personnes prédisposées, et la lutte contre les causes prédisposantes (pauvreté, malnutrition, alcoolisme, habitations insalubres, etc.) y est développé sur plus de 18 pages¹⁹⁷. Entre 1912 et 1938, il y eut seulement 27 diplômés du programme de l'École d'hygiène de l'Université de Montréal¹⁹⁸.

Dans les faits, il fallut attendre les années 1940 avant que le bacille et la contagion ne commencent à prendre une place digne

194. *Ibid.*, p. 50-51.

195. *Annuaire de la Faculté de médecine de l'Université Laval. Année académique 1930-31*, Québec, L'Action sociale, 1930, p. 52. Le D^r Rousseau fut doyen de 1921 à 1934.

196. *Annuaire de la Faculté de médecine de l'Université Laval. Année académique 1940-1941*, Québec, Ateliers de l'Action catholique, 1940, p. 74-75.

197. J.-A. Baudouin, *op. cit.*, voir les pages 329 à 349.

198. B. Gaumer, G. Desrosiers et J.-C. Dionne, *op. cit.*, p. 16-17. Les débuts furent lents aussi à l'Université de Toronto. Celle-ci créa un diplôme de santé publique en 1904 mais ce n'est qu'en 1912 que le premier diplôme fut décerné. H. MacDougall, *op. cit.*, p. 30.

de ce nom dans les cours et les laboratoires des facultés de médecine, et à être considérés comme de véritables objets d'étude. À l'Université Laval, ce changement se produisit en 1944-1945 avec l'introduction de deux nouveaux cours : le premier sur la prévention de la tuberculose ; le second en épidémiologie¹⁹⁹. L'enseignement de la bactériologie donné aux futurs médecins demeura donc jusque-là, en ce qui concerne la tuberculose, un savoir marginalisé ou, comme l'ont formulé des historiens, « un savoir en position subalterne²⁰⁰ ».

Lorsque Flexner vint au Canada en 1909, dans le cadre de son enquête sur les facultés de médecine en Amérique du Nord, il observa que la grande majorité des universités n'avaient pas encore réellement intégré les sciences fondamentales (biologie, physique, chimie, mathématiques) dans leurs programmes²⁰¹. Sa remarque concernait autant celles du Canada que des États-Unis. Il nota que les laboratoires étaient peu équipés et que les étudiants étaient en général mal préparés pour y faire des expériences et des recherches. Même quand on y trouvait des microscopes, des étuves, etc., les étudiants ne savaient souvent pas très bien comment s'en servir.

Pourtant, affirmait Flexner, le laboratoire était le nouveau moyen pour diagnostiquer et combattre les maladies contagieuses²⁰². Le rôle du médecin devait être non seulement de guérir le malade, mais de protéger la population²⁰³. Et, pour cela, le nouveau médecin devait avoir étudié le lien concret qui existe entre les microbes et les maladies qu'ils provoquent. Ainsi, pour bien

199. *Annuaire de la Faculté de médecine de l'Université Laval. Année académique 1944-1945*, Québec, Ateliers de L'Action catholique, 1944, p. 64 et p. 66. Cela dit, le cours intitulé *La prévention de la tuberculose* semble avoir continué d'accorder une grande place au *terrain* comme on peut le constater dans la description du cours : « A) Lutte contre le bacille : destruction, isolement, dispensaire, sanatoriums, éducation populaire ; B) Défense du terrain : logement, nourriture, alcoolisme, hérédité. »

200. Selon l'expression de D. Goulet et O. Keel, « Les hommes-relais », p. 442.

201. A. Flexner, *Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, New York, The Carnegie Foundation, 1910, p. 78 et p. 240-249. Sur les réactions à ce rapport au Canada voir Jacalyn Duffin, « Abraham Flexner a-t-il provoqué la création du JAMC », *CMAJ/JAMC*, 14 juin 2011, E593-E596. En ligne : [www.cmaj.ca/content/183/9/E593.full.pdf].

202. A. Flexner, *op cit.*, p. VIII.

203. *Ibid.*, p. 67-68.

combattre la tuberculose, il devait d'abord connaître la nature du *mycobacterium tuberculosis*. Il devait aussi savoir qu'il s'agissait d'une bactérie, de quelle manière elle causait la maladie, comment elle se transmettait et comment on pouvait s'en protéger²⁰⁴. Et, à cet égard, comme le disait en 1916 Hibbert W. Hill, le directeur de la division de l'épidémiologie du Département de la santé du Minnesota, seule la connaissance des méthodes modernes de prévention pouvait empêcher la maladie de se propager. Seules ces méthodes pouvaient faire en sorte qu'un malade contagieux ne contamine pas sa famille²⁰⁵.

Au Québec, les découvertes de Koch sur la tuberculose ont été lentes à s'imposer dans les programmes de formation en médecine. En d'autres mots l'introduction, au tournant du XX^e siècle, des microscopes et autres instruments de laboratoire n'a pas contribué pour autant à développer une attitude de questionnement et à remettre en question les croyances au sujet de la tuberculose.

3.5 Conclusion

Au début du XX^e siècle la médecine disposait donc, pour le diagnostic, du microscope et d'appareils radiographiques plus perfectionnés. Beaucoup d'efforts ont également été faits pour améliorer le dépistage de la maladie.

En ce qui a trait à l'étiologie, s'il est juste de dire que les découvertes de Koch ont provoqué des remous, celles-ci n'ont pas vraiment suscité d'enthousiasme ni de volonté de changement. La médecine a tenu compte des nouveaux savoirs, certes, mais en continuant de penser à l'ancienne. Ce fut le changement dans la continuité : « les nouvelles théories, disait E.-P. Lachapelle, ne détruisent pas les préceptes antérieurs²⁰⁶ ». Il fallut dès lors attendre les années 1940 avant que la profession médicale commence à

204. *Ibid.*, p. 53.

205. H. W. Hill, *The New Public Health*, New York, Macmillan Co., 1916. Cité dans E. Fee, *op. cit.*, p. 20-21.

206. E.-P. Lachapelle, « La prophylaxie de la tuberculose », *UMC*, vol. 29, n° 2, févr. 1900, p. 116.

délaisser ses notions de « constitution », de « terrain », d'« hérédoprédisposition », de « diathèse », de « dégénérescence », etc., et qu'elle reconnaisse enfin que le *mycobacterium tuberculosis* était bien la cause de la tuberculose.

Beaucoup d'efforts et d'espoir ont été investis dans la vaccination, mais sa diffusion au Québec ne s'est faite sur une grande échelle qu'à partir de 1948 (donc en même temps que l'accès aux antibiotiques) et il est bien difficile d'évaluer l'impact qu'elle a pu avoir sur la baisse de la mortalité.

Le désir et l'espoir de trouver des traitements curatifs l'ont emporté sur la volonté d'aller au-devant du problème et de stopper la contagion. Dans les revues médicales, par exemple, le nombre d'articles sur les essais thérapeutiques et les « nouveaux » traitements a été de loin supérieur à celui des articles traitant des moyens de briser la chaîne de l'infection. Enfin, en ce qui concerne les procédures chirurgicales développées durant ces années, il est bien difficile d'évaluer leur impact sur les taux de guérison et la baisse de la mortalité, car les premiers essais cliniques contrôlés au sujet de la tuberculose n'ont commencé qu'en 1948²⁰⁷.

207. P. Warren, « The Evolution of Sanatorium: The First Half-Century, 1854-1904 », *CBMH/BCHM*, vol. 23, n° 2, p. 471.

CHAPITRE 4

La société et la tuberculose, 1900-1950

Le mouvement de mobilisation contre la tuberculose se fit en deux étapes: « il y eut d'abord celle des organisations charitables, puis celle de la prise en charge progressive par l'État¹ ».

4.1 Les organisations charitables

La présence des sociétés charitables (ou bénévoles) en médecine se comprend dans un contexte où « l'opinion voulait que les individus se préoccupent eux-mêmes de leur santé² », autrement dit dans un contexte où l'État n'intervenait pas directement dans l'organisation des services de santé, sauf lors de circonstances exceptionnelles comme au moment d'épidémies. Or la tuberculose ne frappait pas comme le choléra, la variole, la typhoïde ou d'autres maladies contagieuses. On la connaissait depuis des siècles; elle était là, toujours présente, mais ne se faisait pas remarquer par de violentes secousses.

Le rôle de ces associations volontaires est pratiquement oublié aujourd'hui; pourtant elles ont été, au début du XX^e siècle, à l'origine

-
1. D^r Herman Gauthier, président de la Canadian Tuberculosis Association / Association canadienne pour la prévention de la tuberculose, 1959. Cité dans G. J. Wherrett, *op cit.*, 1977, p. 219-220.
 2. *Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces*, Ottawa, vol. II, 1937, p. 33.

de l'organisation de la lutte antituberculeuse. L'impulsion vint d'elles à plusieurs égards. Les premières ont souvent porté le nom de « ligues ». Leur rôle a été central dans les campagnes de sensibilisation, d'information, de financement et de création des premiers services aux malades (dispensaires, sanatoriums, appareils de rayons X).

Au Canada, la plus ancienne est la Canadian Association for the Prevention of Tuberculosis / Association canadienne pour la prévention de la tuberculose. Cette association a été mise sur pied en 1900, à Ottawa, lors de la réunion annuelle de la Canadian Medical Association / Association médicale canadienne³. Au Québec, la première fut la Montreal League for the Prevention of Tuberculosis / Ligue antituberculeuse de Montréal, fondée en 1901⁴. La seconde fut celle de Sherbrooke en 1903 ; puis ce fut celle de Hull en 1906⁵. Québec et Trois-Rivières se donnèrent les leurs en 1909⁶, et le comté de Témiscouata eut la sienne en 1918⁷. La première association provinciale ne semble avoir été créée qu'en 1934 : l'Association antituberculeuse de la province de Québec / Quebec Tuberculosis Association⁸.

Ces associations étaient formées de médecins et de bénévoles, le plus souvent membres de l'élite locale. Elles n'avaient pas de pouvoir. Leur objectif était de sensibiliser la population, de faire pression sur les autorités afin qu'elles adoptent des lois sur la santé publique, de faire des collectes de fonds et de contribuer à l'organisation de la lutte antituberculeuse (préparation d'expositions, ouverture de dispensaires, services radiologiques, soins à domicile, distribution de tracts antituberculeux, etc.)⁹.

-
3. G. J. Wherrett, *op. cit.*, 1977, p. 19. Le but principal de cette association, selon Wherrett, « was to arouse public interest and a sense of responsibility in government members », notamment pour que des lois soient adoptées, p. 22.
 4. G. J. Wherrett, *op. cit.*, 1977, p. 210.
 5. D. Goulet et A. Paradis, *op. cit.*, p. 266.
 6. C. Lessard, « La ligue anti-tuberculeuse de Québec », *Laval médical*, vol. 23, sept. 1957, p. 407.
 7. D. Goulet et A. Paradis, *op. cit.*, p. 272 et p. 281.
 8. *Ibid.*, p. 301.
 9. « Ligue anti-tuberculeuse de Québec, Rapport annuel de la deuxième assemblée générale », *BMQ*, vol. 14, 1912-13, p. 366-371.

À Québec, la Ligue antituberculeuse fut lancée le 17 février 1909 par la Société médicale de Québec. Celle-ci invita pour l'occasion «de nombreux citoyens à s'unir aux médecins pour organiser un plan de travail¹⁰». De 1909 à 1957, la présidence en fut assumée essentiellement par des membres de l'élite provenant d'autres milieux que celui de la médecine: hommes politiques, juges, directeurs de banque, etc.¹¹ Le financement des activités de la ligue dépendait principalement des collectes de fonds organisées par le comité des dames patronnesses, et des subventions gouvernementales. En 1911 par exemple, un comité présidé par Madame L.-A. Taschereau, l'épouse du futur premier ministre du Québec (1920-1936), parvint à recueillir 6 000 \$ lors du «*tag-day*» qui eut lieu en mars. Cette somme, plus la contribution de 1 000 \$ reçue du gouvernement provincial, permit à la Ligue de défrayer les frais de l'exposition sur la tuberculose qui eut lieu à l'Université Laval en mars 1910, et de mettre sur pied, en 1911, un dispensaire pouvant offrir trois séances cliniques par semaine¹². Actives dans certaines villes, de telles associations furent cependant peu présentes dans les régions rurales.

Quelques-unes de ces associations bénévoles furent toutefois mises sur pied uniquement dans le but de construire un sanatorium. Ce fut notamment le cas de la Société de patronage de l'hôpital des tuberculeux de Québec qui fut formée en 1912 afin de trouver des fonds pour le futur Hôpital Laval¹³.

L'œuvre du Timbre de Noël constituait une autre forme d'activité charitable. Commencée dans les pays scandinaves en 1904, elle fit son entrée au Canada en 1907. Au Québec, les premières campagnes du Timbre de Noël datent de 1924 à Montréal et de 1926 à Québec. Elles ont souvent été organisées par des

10. Camille Lessard, «La ligue anti-tuberculeuse de Québec», *Laval médical*, vol. 23, sept. 1957, p. 407. À Québec, le projet de fondation fut présenté en novembre 1908. *BMQ*, vol. 10, 1908-09, p. 145-159.

11. *Ibid.*, p. 408.

12. C. Lessard, *op. cit.*, p. 408-409.

13. *Jubilé d'or de l'Hôpital Laval, 1918-1968*, Sainte-Foy, L'Hôpital Laval, 1968, p. 27-35.

membres des ligues antituberculeuses¹⁴. À Québec, la campagne de 1926 rapporta 2 000 \$¹⁵.

4.2 Les organismes gouvernementaux

Les tout débuts

Pour comprendre le rôle des gouvernements dans la lutte contre la tuberculose au tournant du XX^e siècle, il faut avoir à l'esprit le contexte administratif de l'époque. Au Canada, par la constitution de 1867, le domaine de la santé est de juridiction provinciale. Le gouvernement fédéral ne s'est doté d'un ministère de la Santé qu'en 1919, devant la nécessité de coordonner les nombreux enjeux de santé publique de l'après-guerre (retour des soldats, grippe espagnole, maladies vénériennes, etc.). Avant cette date, le rôle du gouvernement fédéral en matière de santé se limitait au contrôle des immigrants à la station de quarantaine de Grosse Île, à son autorité juridique sur les hôpitaux de la marine, à celle sur les « Indiens », et à faire des enquêtes sur la population. Dans les provinces, l'essentiel des responsabilités en matière de santé publique incombait aux municipalités : « la municipalité était l'unité administrative de base en matière de santé¹⁶ ».

Comme nous l'avons vu plus haut, les mentalités de l'époque voulaient aussi que les questions relatives à la santé des personnes et des familles soient d'abord considérées comme une responsabilité familiale ou relevant de la charité, et cela parce qu'on pensait que l'intervention de l'État dans ce domaine s'opposait aux valeurs d'économie, de travail et de prise en charge de soi. Comme le disait un dicton de l'époque, « Le gouvernement qui gouverne le mieux gouverne peu¹⁷ ».

14. P. de Léan, *op. cit.*, p. 58, « Le timbre de Noël anti-tuberculeux », *BMQ*, vol. 14, 1912-13, p. 366-371.

15. D. Goulet et A. Paradis, *op. cit.*, p. 275; G. Desrosiers *et al.*, « Le renforcement », p. 209.

16. *Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces*, Ottawa, 1937, vol. II, p. 34.

17. Ruth Dupré, « Un siècle de finances publiques québécoises : 1867-1969 », *L'Actualité économique*, vol. 64, n° 4, 1988, p. 571.

Au Québec, le clergé avait une forte emprise sur les institutions de la santé. Cela tenait entre autres au rôle prépondérant des ordres religieux féminins dans le réseau hospitalier et à l'influence que le haut clergé se trouvait à exercer, par leur intermédiaire, dans ce secteur. Ce pouvoir, les autorités ecclésiastiques y tenaient beaucoup ; mais cela convenait aussi aux gouvernements, car ils pouvaient invoquer cet état de fait pour contourner certaines responsabilités. Par exemple, en 1921, lors du débat au Parlement sur la Loi sur l'assistance publique, le premier ministre Taschereau dut faire des concessions parce que l'épiscopat y voyait une influence trop grande de l'État, au détriment de celle de l'Église, sur les hôpitaux et les institutions de charité¹⁸. Certaines tensions venaient aussi de questions plus concrètes. Les évêques s'opposaient par exemple à ce que le gouvernement vérifie l'utilisation des subventions accordées aux établissements¹⁹. Or il semble que certains d'entre eux avaient tendance, pour équilibrer leur budget, à garder moins de malades que le nombre de lits pour lequel ils demandaient des subventions²⁰.

Le premier organisme provincial permanent destiné à promouvoir la santé publique dans la province fut le Conseil d'hygiène de la province de Québec (CHPQ), créé en 1887, à la suite de la grave épidémie de variole de 1885²¹. Celui-ci était composé de sept médecins et avait pour mandat de faire la promotion de la lutte contre les maladies *dangereuses* au Québec : en informant les milieux médicaux et la population ; en incitant les municipalités à se doter d'un bureau d'hygiène ; en les aidant à organiser des services de santé publique (travaux d'adduction, salubrité des lieux, campagnes de vaccination, etc.) ; et en les informant au sujet des mesures à prendre lors d'épidémies. Ce conseil n'avait pas de pouvoir et peu de moyens. Il ne faisait pas de dépistage ni de contrôles sanitaires ; il ne pouvait

18. *Le Devoir*, 19 mars 1921, p. 1 et 28 et 29 mars 1921, p. 1 ; A. Dupont, « Louis-Alexandre Taschereau et la législation sociale au Québec, 1920-1936 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 26, n° 3, 1972, p. 397-426 ; R. Durocher, P.-A. Linteau et J.-C. Robert, *Histoire du Québec contemporain (1867-1929)*, Montréal, Boréal Express, 1979, p. 500-504.

19. A. Dupont, *loc. cit.*, p. 402.

20. E. Minville, *Syndicalisme, condition ouvrière et régime social au Québec avant 1940*, Montréal, Fides, 1986, p. 342.

21. Sur cette épidémie, voir M. Bliss, *Montréal au temps du grand fléau. L'histoire de l'épidémie de 1885*, Montréal, Libre Expression, 1993.

pas tenter de procédures contre les municipalités et il ne disposait pas de ressources médicales (cliniques, laboratoires, etc.).

Sous le gouvernement Gouin (1905-1920)

Diverses initiatives furent lancées au début du XX^e siècle pour faire face à la tuberculose. Il y eut d'abord une commission d'enquête. Le 9 août 1909, le gouvernement de Lomer Gouin mit en effet sur pied une commission royale pour « rechercher les moyens pratiques de combattre la propagation de la tuberculose²² ». Le rapport de cette commission est important, car, comme il a été dit précédemment, on y trouve formulée la manière dont l'élite médicale de l'époque considérait cette maladie.

Certains changements administratifs furent aussi mis en place sous ce gouvernement afin de promouvoir la santé publique dans la province. En 1910, le Québec fut notamment divisé en 10 régions administratives ayant chacune à leur tête un médecin inspecteur diplômé en hygiène publique²³. Cette structure fut placée sous l'égide du Conseil d'hygiène de la province de Québec. Chaque région comprenait, en moyenne, une centaine de municipalités. Ces inspecteurs régionaux avaient comme mandat d'être des émissaires du Conseil d'hygiène dans les districts, en travaillant avec les médecins locaux et les bureaux de santé municipaux à la promotion de la santé publique dans les régions²⁴. Le 5 mars 1915, le nom du Conseil d'hygiène de la province fut changé pour celui de Conseil supérieur d'hygiène²⁵.

22. *Gazette officielle de Québec*, Québec, 21 août 1909, p. 1500. Le rapport de ce groupe de travail est accessible en ligne à l'adresse suivante: [www.bibliotheque.assnat.qc.ca]. Voir: Index des sujets, mot tuberculose, 1909. *Rapport de la Commission Royale de la Tuberculose*, Province de Québec, 1909-1910.

23. G. Desrosiers *et al.*, *La santé publique au Québec*, p. 6.

24. Les premiers examens pour le choix de ces inspecteurs régionaux eurent lieu en juin 1912. *BMQ*, vol. 13, 1911-1912, p. 384. Sur les réactions à cette structure voir entre autres le *BMQ*, vol. 14, 1912-1913, p. 241-251.

25. *Statuts de la province de Québec*, 5 George V, chap. 59, 1915.

Sous le gouvernement Taschereau (1920-1936), et après

Des changements importants furent introduits sous le gouvernement Taschereau. Le 18 mars 1921, ce gouvernement fit entre autres adopter la Loi sur l'assistance publique. Cette loi visait à alléger le fardeau des hôpitaux lors de l'hospitalisation des indigents. Elle partageait le coût de leur hospitalisation en trois tiers assumés respectivement par l'établissement hospitalier, la municipalité et le gouvernement provincial. Cette loi visait uniquement à aider financièrement « les institutions privées ou municipales qui voulaient se charger du soin des pauvres²⁶ ». Elle ne prévoyait donc pas l'établissement d'institutions d'assistance par l'État. Cela dit, il s'agissait là de la première intervention majeure de l'État dans le financement et l'organisation des soins personnels au Québec²⁷.

Le 21 mars 1922, le Conseil supérieur d'hygiène devint le Service provincial d'hygiène (SPH)²⁸. L'un des effets de cette loi de 1922 fut d'accroître le personnel du service de santé publique du gouvernement. De 28 qu'ils étaient en 1915, les membres du personnel passèrent à 42, soit : les neuf membres du SPH, un statisticien, cinq employés de laboratoire, quatre ingénieurs sanitaires, deux employés au département des maladies vénériennes, un autre au département de la publicité, tandis que le nombre d'inspecteurs régionaux passa de 10 à 20²⁹.

En 1916, il y n'avait encore que trois dispensaires antituberculeux au Québec. Deux à Montréal, l'Institut Royal Edward (47, Belmont Park) et l'Institut Bruchési (340, rue Saint-Hubert), et un à Québec, celui de la Ligue antituberculeuse³⁰. En 1924, un

26. E. Minville, *op. cit.*, p. 292.

27. J.-Y. Rivard et al., *L'évolution des services de santé et des modes de distribution des soins au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 1970, « Annexe 2 de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social », p. 9.

28. *Statuts de la province de Québec*, 12 George V, chap. 29 (loi sanctionnée le 21 mars 1922). Voir aussi la page de garde des numéros mensuels du *Bulletin sanitaire* des années 1920.

29. *Huitième congrès de l'Association des médecins de langue française*, Québec, Imprimerie Laflamme, 1925, p. 63.

30. « Dispensaires », L'Association canadienne anti-tuberculose, *Seizième rapport annuel accompagné des mémoires de l'assemblée annuelle tenue à Québec les 12 et 13 septembre 1916*, p. 314. Ce dispensaire se trouvait dans la Basse-ville. Il fut d'abord situé sur le boulevard Langelier, puis sur la rue des Prairies, puis placé à l'Orphelinat Saint-Sauveur

budget spécial de 100 000 \$ par année, et pour cinq ans, fut voté par le Parlement provincial pour lutter contre la tuberculose et la mortalité infantile³¹, ce qui permit de faire augmenter le nombre de dispensaires antituberculeux dans les districts à 20 en 1926, puis à 30 en 1935³². Et, grâce à cette allocation, un certain nombre de lits purent être attribués à des tuberculeux dans des sections d'hôpitaux ; leur nombre atteignit 150 en 1926³³.

L'année 1926 marque quant à elle l'ouverture, en Beauce, de la première unité sanitaire de comté³⁴ (USC). Leur nombre passa de 13 en 1928³⁵, à 31 en 1936, pour atteindre 63 en 1946. Ce système s'inspirait de l'expérience déjà en cours aux États-Unis, et son développement au Québec fut rendu possible grâce à l'aide du Bureau de santé publique de la Fondation Rockefeller³⁶. L'approche consistait à mettre en place des centres d'hygiène sociale dans les différents comtés du Québec. Leur rôle n'était pas de soigner les malades, mais d'œuvrer à la promotion de la santé par l'information, le dépistage, la vaccination et les enquêtes épidémiologiques³⁷. Chaque unité était dirigée par un officier médical assisté, de façon générale, de deux infirmières, d'un inspecteur sanitaire et d'une secrétaire. Leur budget, qui varia de 10 000 \$ à 15 000 \$ par année entre 1926 et 1930, provenait des fonds suivants : la moitié était versée par le gouvernement provincial, l'autre par le conseil de comté et les municipalités³⁸.

Le rôle des USC, en ce qui concerne la tuberculose, consistait principalement dans l'éducation de la population et dans le

sur la rue Mazenod. Le D^r Odilon Leclerc fut directeur médical du dispensaire de 1918 à 1925 ; le D^r Georges Grégoire prit ensuite la relève de 1925 à 1955.

31. G. Desrosiers *et al.*, « Le renforcement », p. 211.

32. *Huitième congrès de l'Association des médecins de langue française*, Québec, Imprimerie Laflamme, 1925, p. 63.

33. A. Rousseau, *BMQ*, 1926, p. 330. Ce chiffre ne comprend pas les lits des sanatoriums.

34. E. Pelletier, *op. cit.*, p. 45.

35. *Sixième rapport annuel du Service provincial d'hygiène pour l'année 1927-1928*, Québec, Ls-A. Proulx, 1928, p. 10-16.

36. B. La Haye, « Le développement des unités sanitaires dans la province de Québec », *Bulletin sanitaire*, vol. 42, août 1942, p. 37.

37. E. Pelletier, *op. cit.*, p. 48-49.

38. Pour une description des unités sanitaires, voir : « Les unités sanitaires de comté. Leur organisation, leur fonctionnement, leurs bienfaits », *Bulletin sanitaire*, vol. 30, n^o 2, avril 1930, p. 33-42.

dépistage des malades. Des cliniques de dépistage de la tuberculose y étaient programmées chaque année. À partir de 1927, des cliniques ambulantes furent aussi organisées dans certains districts³⁹. En 1928-1929, le directeur adjoint de la division des unités sanitaires rapporta que « 4 561 personnes ont été examinées pour le dépistage de la tuberculose dans les 12 unités sanitaires » en activité cette année-là⁴⁰. En 1929-1930, 9 652 personnes le furent lors de ces cliniques et 1 023 ont été diagnostiquées comme souffrant de « tuberculose active⁴¹ ». Le nombre de personnes examinées augmenta rapidement par la suite, passant de 23 789 en 1930 à 66 900 en 1940. Mais ce service ne couvrait pas toute la province. En 1939, selon A. E. Grauer, les unités sanitaires ne desservaient « environ que 45 pour cent de la population rurale⁴² ».

Ainsi, entre 1887 et la fin des années 1930, plusieurs moyens furent mis en place par le gouvernement provincial pour promouvoir la santé publique au Québec. Certains visaient précisément les tuberculeux, comme les cliniques de dépistage, mais le nombre de lits dans les sanatoriums et les sections d'hôpitaux leur étant consacrées demeura très bas, de même que les ressources humaines destinées à venir en aide aux malades. « Les tuberculeux pauvres, disait un médecin de l'Institut Bruchési, sont traités comme les parias de la société⁴³. » La grande majorité d'entre eux étaient laissés à leurs familles ou à eux-mêmes.

Cette question ne commença à devenir un sujet de préoccupation pour les autorités gouvernementales qu'à partir de la création du ministère de la Santé et du Bien-être social en 1936. L'année suivante, à la suite de la publication des données statistiques pour l'année 1937 (alors que le taux de décès par tuberculose était de nouveau, au Québec, de loin supérieur à la moyenne canadienne), un comité provincial fut formé, regroupant des membres de

39. *Sixième rapport annuel du Service provincial d'hygiène pour l'année 1927-1928*, Québec, Ls-A. Proulx, 1928, p. 156.

40. *Bulletin sanitaire*, 1930, p. 41.

41. *Huitième rapport annuel du Service provincial d'hygiène pour l'année 1929-1930*, Québec, A. Paradis, 1930, p. 168.

42. A. E. Grauer, *Hygiène publique. Étude préparée pour la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces*, Ottawa, 1939, p. 132.

43. « Le rapport annuel de l'Institut Bruchési », *UMC*, vol. 48, n° 5, mai 1919, p. 235.

l'Association canadienne pour la prévention de la tuberculose, de l'Association canadienne des assureurs-vie et du ministère de la Santé, afin d'organiser au Québec une vaste campagne contre cette maladie (le Comité provincial de défense contre la tuberculose⁴⁴).

C'est dans ce contexte que fut formée, en décembre 1938, une section au sein du ministère portant précisément sur la tuberculose. En 1942, cette « Division de la tuberculose » comptait 22 médecins qui consacraient tout leur temps à la lutte contre cette maladie dans les unités sanitaires de la province. À partir de ce moment seulement, des principes clairs et systématiques commencèrent enfin à être adoptés par le ministère à l'égard des personnes souffrant de tuberculose active : « la tuberculose, peut-on lire dans le rapport du ministère de la Santé de 1942, doit disposer d'assez de lits pour hospitaliser tous les cracheurs de bacilles » ; « il est élémentaire qu'un tuberculeux soit isolé et ne partage pas sa chambre, encore moins son lit, avec une autre personne » ; « toutes les expectorations d'un malade doivent être détruites⁴⁵ », etc.

C'est aussi au cours de ces années que la politique d'accès à des lits pour tous les malades commença à prendre forme. Cela se fit notamment par le biais de la participation du gouvernement fédéral qui, à la suite d'une entente fédérale-provinciale préparée sous l'égide du Conseil canadien d'hygiène publique, mit à la disposition des provinces, à partir de 1948, un programme de subventions visant à promouvoir le développement du réseau hospitalier des provinces et la lutte antituberculeuse⁴⁶.

44. « Rapport du Comité provincial de défense contre la tuberculose », *UMC*, vol. 68, 1939, p. 997-1002 ; *Bulletin d'hygiène*, vol. 27, n° 1, 1941, p. 20-21.

45. « Rapport de la division de la tuberculose pour l'année 1942 », *Deuxième rapport du ministère de la Santé et du Bien-être social pour les années 1941 et 1942*, Québec, R. Paradis, 1942, p. 296.

46. Subventions obtenues par le Québec (a) pour la construction d'hôpitaux, et (b) pour la lutte antituberculeuse de 1948 à 1950 :

	(a).	(b)
1948-1949.	1 103 243 \$.	1 068 236 \$
1949-1950.	2 632 242 \$.	636 077 \$
1950-1951.	3 834 924 \$.	1 437 431 \$

« Quelques faits au sujet des subventions fédérales d'hygiène », *UMC*, vol. 79, n° 7, juill. 1950, p. 782-784.

Ce programme élaboré sous le gouvernement de Mackenzie King consistait en une somme annuelle de 4 000 000 \$ devant être partagée comme suit : a) la première moitié de la somme répartie entre les provinces selon la population ; la seconde moitié selon le taux de mortalité. Entre 1948 et 1961, 51 654 874 \$ ont été ainsi investis dans ce programme. De ce montant, le Québec a reçu 21 505 091 \$⁴⁷.

4.3 Parler de prévention et prendre des mesures

La prévention au quotidien

*[...] amener chaque individu
à bien étudier les principes hygiéniques
qui entretiennent la santé des bien portants*⁴⁸.

À partir de la fin du XIX^e siècle, la tuberculose donna lieu à plusieurs démarches d'éducation populaire⁴⁹. On parla d'elle dans les revues sanitaires et médicales nouvellement créées, comme le *Journal d'hygiène populaire* (fondé en 1884), le *Bulletin sanitaire* (1901), *L'union médicale du Canada* (1872) et d'autres. On parla d'elle aussi dans des ouvrages généraux sur la santé, comme celui que le D^r Séverin Lachapelle publia en 1904⁵⁰. Auprès des jeunes d'âge scolaire, on adopta même la formule du catéchisme (avec questions et réponses). Déjà, en 1889, le D^r J.-I. Desroches avait fait paraître un *Catéchisme d'hygiène privée*⁵¹. Certains de ces catéchismes portèrent précisément sur la tuberculose. L'un des premiers fut celui de la Ligue antituberculeuse de Montréal, paru en 1908, intitulé

47. G. J. Wherrett, *La tuberculose au Canada*, Ottawa, Commission royale sur les services de santé, 1966, p. 41.

48. *L'exposition anti-tuberculose tenue sous le patronage de la Ligue anti-tuberculose de Montréal. Programme-catalogue*, Montréal, 1908, p. 8.

49. Sur les débuts de l'éducation sanitaire au Québec, voir G. Desrosiers et Benoît Gaudier, « Les débuts de l'éducation sanitaire au Québec, 1880-1901 », *CBMH/BCHM*, vol. 23, n^o 1, 2006, p. 183-207.

50. *Manuel d'hygiène à l'usage des écoles et familles rédigé conformément aux instructions du Conseil d'hygiène de la province de Québec*, Montréal, Librairie Granger, 1904, 176 p.

51. Montréal, W. F. Daniel, 1889.

*Catéchisme de tuberculose*⁵². Cette brochure semble avoir connu un certain succès puisqu'elle fut rééditée en 1924. Notons aussi celui du Dr Edmond Rousseau : *Petit catéchisme de tempérance et de tuberculose*⁵³. Quant au ministère de la Santé, il publia le sien en 1942⁵⁴.

Les conférences devinrent, elles aussi, une formule très pratiquée. On en donnait dans les Gouttes de lait, dans les écoles, dans les expositions, etc. De leur côté, les journaux ouvrirent volontiers leurs pages à ces questions. À Québec, par exemple, lors de l'Exposition antituberculeuse de 1910, les journaux de la ville firent paraître chaque jour de longs articles sur les activités au programme, les conférenciers et sur divers aspects du contenu de l'Exposition⁵⁵.

On chercha aussi à communiquer avec la population en utilisant des approches plus directes et plus visuelles comme les affiches, les « calendriers d'hygiène », les causeries avec « projections lumineuses ». Des expositions importantes furent organisées sur la tuberculose au tout début du XX^e siècle. La première se tint à Montréal du 18 au 29 novembre 1908. Une autre fut organisée à l'Université Laval de Québec et se déroula du 2 au 9 mars 1910. Organisée par la Ligue antituberculeuse de Québec, elle connut, comme à Montréal, un grand succès. D'autres villes accueillirent de telles expositions, dont Hull (Gatineau) et Trois-Rivières, au cours des années 1920⁵⁶.

L'exposition qui eut lieu à Montréal en 1908 mérite qu'on s'y attarde pour au moins deux raisons : elle fut visitée par près de 50 000 personnes⁵⁷, et elle résume bien l'essentiel du message véhiculé par les élites médicales et sociales de l'époque à propos de la maladie.

52. Montréal, Ligue anti-tuberculose de Montréal, 1908, 16 p. Ce texte parut aussi en version anglaise sous le titre *A Catechism on Tuberculosis*,

53. Québec, 1909, 42 p.

54. *Catéchisme anti-tuberculeux à l'usage des écoliers*, Québec, Ministère de la Santé et du Bien-être social, 1942, 20 p.

55. Voir par exemple les articles de *L'événement* et de *L'action catholique* du 2 au 9 mars 1910.

56. D. Goulet et A. Paradis, *op. cit.*, p. 287.

57. D. Goulet et R. Gagnon, *Histoire de la médecine au Québec, 1800-2000. De l'art de soigner à la science de guérir*, Québec, Septentrion, 2014, p. 365.

Cette exposition fut une vaste entreprise, comme on peut le constater à la lecture du *Programme-Catalogue*⁵⁸. Si elle fut lancée par la Ligue antituberculeuse de Montréal, elle nécessita la participation de plusieurs groupes. La direction du projet fut confiée à un comité exécutif constitué des personnes suivantes : le D^r J. G. Adami (président)⁵⁹, le D^r H. Blackader (vice-président), le D^r Fraser B. Gurd (secrétaire général), J. B. Innes (secrétaire adjoint) et Robert Archer (trésorier). Un autre comité composé de 79 personnes (77 hommes et deux femmes), parmi lesquelles on comptait 49 médecins, forma le « Comité général de l'exposition ». Les deux membres féminins de ce comité étaient Maude Abbott, médecin et conservatrice adjointe du musée de pathologie de McGill, et Margaret Charlton, qui travaillait elle aussi à cette université comme bibliothécaire adjointe à la bibliothèque de la Faculté de médecine. Ce groupe oeuvra à la préparation du contenu des différentes sections de l'exposition. Un troisième groupe, composé de 54 femmes de l'élite montréalaise, constitua le « Comité des dames ». L'argent nécessaire à la réalisation de ce projet fut, quant à lui, fourni par 150 donateurs provenant en majorité du monde des affaires de la ville de Montréal (bois, fonderies, papier, textile, construction, bijouterie, etc.).

Cette exposition fut présentée à la salle de l'Auditorium, située à l'angle des rues Bleury et Berthelet, du 18 au 29 novembre 1908. Les locaux furent ouverts tous les jours de 9 h 30 à 22 h 30, et des activités furent prévues pour tous les âges, en anglais et en français. Outre la visite des salles, les visiteurs pouvaient également assister à des conférences et à des démonstrations.

L'exposition elle-même fut subdivisée en 15 sections :

1. *Pathologie et bactériologie*. On y exposait une centaine de spécimens, photos et dessins de lésions faites par la tuberculose sur

58. *L'Exposition anti-tuberculose tenue sous le patronage de la Ligue anti-tuberculose de Montréal*, Montréal, 1908, 41 p. On trouve ce document en ligne à l'adresse suivante : [https://archive.org/details/cihm_79154]. Sur cette exposition, on peut lire aussi l'article de Valérie Winnett, « Disease and Domesticity in Display: The Montreal Tuberculosis Exhibition, 1908 », *CBMH/BCHM*, vol. 23, n° 2, 2006, p. 381-400.

59. Il a été question du D^r Adami, au chapitre 3, dans la partie sur la Commission royale de la tuberculose de 1909-1910.

différents organes. Les pièces provenaient du Musée de pathologie de l'Université McGill.

2. *Statistiques*. Cette section, préparée sous l'égide de la compagnie d'assurance Sun Life, présentait des statistiques sur la mortalité tuberculeuse au Canada et dans le monde, et décrivait les coûts économiques associés à ce fléau.
3. *Livres et portraits*. On y trouvait les grands noms de l'histoire de la tuberculose (depuis Hippocrate jusqu'à Koch), et des livres et brochures sur cette maladie. D'après un compte rendu, « environ 35 000 opuscules (français, anglais, italiens et hébreux) ont été distribués gratuitement au public pendant l'exposition⁶⁰ ».
4. *Exposé commercial*. Des commerçants y présentaient des articles destinés aux tuberculeux : crachoirs de verre, d'étain ou de porcelaine pour la maison ; crachoirs de poche pour l'extérieur ; crachoirs pour les lieux de travail (muraux ou avec supports fixés au plancher) ; tentes pour les traitements au grand air ; chaises longues pour les sanatoriums ; couchettes pour tentes ; « sacs à dormir en plein air » ; mouchoirs en papier ; planchers Terrana (revêtement en vinyle) ; et même des vêtements spéciaux, car, dit-on, « la peau peut servir d'entrée à la tuberculose ».
5. *Photographies et diagrammes montrant les causes, les moyens de prévention et la guérison de la tuberculose*. Il y était question d'habitations et de quartiers insalubres, de ruelles encombrées, de la malpropreté dans certains commerces, etc. On y exposait aussi des façons de prévenir la maladie et de la soigner : chambre à coucher idéale, cures d'air sur le toit, utilisation de crachoirs, de mouchoirs en papier, etc.
6. *Hôpitaux, dispensaires et sanatoriums*. Cette section présentait certains établissements de soin destinés aux tuberculeux au Canada et à l'étranger.

60. « Exposition antituberculeuse à Montréal », *Bulletin sanitaire*, vol. 9, n° 1, janv. 1909, p. 2.

7. *Habitations*. On y montrait des plans d'hôpitaux, de maisons et de logements pouvant faciliter « la cure d'air ».
8. *Habitations*. Cette deuxième section sur l'habitation voulait donner des exemples de chambres simples, mais idéales pour les « classes indigentes ».
9. *Alimentation*. Il y était question, entre autres, de cuisines pratiques, de la valeur nutritive de différents aliments et de « l'inutilité de la plupart des médicaments ».
10. *La désinfection*. On peut lire ceci à propos de cette section qui devait en principe être préparée par la Ville de Montréal et porter sur la désinfection des logements: « La tuberculose n'y est pas comprise parce qu'il n'existe pas de notification obligatoire des cas de tuberculose et, par conséquent, pas de désinfection obligatoire » (p. 30). Cette affirmation a de quoi surprendre car, en 1901, la tuberculose était devenue une maladie à déclaration obligatoire⁶¹.
11. *Exposition hygiénique dentaire*. Cette section portait sur la formation des dents et la carie dentaire. On y disait aussi que les personnes atteintes de carie dentaire pouvaient « devenir victimes de la tuberculose ».
12. *Exposition aux rayons X*. On y montrait des radiographies de lésions tuberculeuses sur les organes.
13. *Exposition de microscopes*.
14. *Exposition voyageuse de l'Ontario*. Cette section était présentée par le Conseil d'hygiène de l'Ontario, mais son contenu n'est pas décrit.
15. *La lutte contre la tuberculose dans les pays étrangers*. Cette importante section présentait principalement des cartes et des extraits de publications provenant d'organismes engagés dans la lutte contre la tuberculose dans différents pays et lieux du monde: France, Allemagne, Irlande et Écosse, Suède, Mexique, États-

61. *Statuts de la province de Québec*, 1 Edward VII, 1901, chap. 19 art. 50, p. 80.; et « Provincial Legislative Enactments Concerning Directly the Prevention of Tuberculosis », *Bulletin sanitaire*, vol. 9, n° 1, janv. 1909, p. 14.

Unis, État de New York, Département d'hygiène de la ville de New York, Maryland, Connecticut, Rhode Island, Colorado, Pennsylvanie, Maine, Argentine.

Le catalogue se terminait par l'« Opuscule n° 9 publié par la Société de la Pennsylvanie pour la protection de la tuberculose » (p. 36-39), lequel avait obtenu la médaille d'or au Congrès international contre la tuberculose qui s'était tenu un mois et demi plus tôt à Washington (du 28 septembre au 5 octobre 1908) ; congrès auquel avait d'ailleurs participé Koch qui était de passage aux États-Unis, au retour d'un voyage de plus de deux mois au Japon⁶².

D'autre part, comme nous l'avons vu, en plus de visiter ces salles, les visiteurs étaient aussi invités à écouter des conférenciers. La conférence d'ouverture fut donnée par le D^r Hermann M. Biggs de New York. Celle-ci eut lieu le mercredi 18 novembre, à trois heures de l'après-midi, en présence du gouverneur général du Canada (le comte Grey), et sous la présidence de l'industriel et sénateur montréalais Sir George A. Drummond. Le titre de la communication du D^r Biggs n'apparaît pas au *Programme-Catalogue* (p.10) mais nous savons, par un article du *Bulletin sanitaire* paru en janvier 1909, qu'elle portait sur le programme de la lutte anti-tuberculeuse à New York. Biggs y expliquait qu'à New York, en 1897, la déclaration volontaire de la tuberculose par les médecins avait été remplacée par la déclaration obligatoire, et que « cette déclaration [était] la base du travail que [faisait] le Bureau d'hygiène ». Il précisait aussi que l'entente qui prévalait entre la profession médicale et le Bureau d'hygiène de la ville était désormais la suivante : « Si, lors de sa déclaration d'un cas de tuberculose, le médecin expose qu'il se charge de donner la direction hygiénique et que, sous les autres rapports, son patient est en état de se pourvoir lui-même, le Bureau d'hygiène n'intervient pas. Dans les cas d'indigents, le médecin traitant se hâte maintenant d'accepter, au bénéfice du malade et de sa famille, les secours que le Bureau d'hygiène est toujours prêt à mettre à sa disposition⁶³. »

62. T. D. Brock, *Robert Koch: A Life in Medicine and Bacteriology*, Madison, Science Tech Publishers, 1988, p. 278-285.

63. *Bulletin sanitaire*, vol. 9, n° 1, janv. 1909, p. 2.

Un ensemble de conférences avait été prévu pour chaque journée. Celles de l'après-midi s'adressaient à des groupes de tous les âges et notamment aux écoliers. Celles du soir étaient destinées aux adultes et certaines étaient payantes. Voici celles dont les titres sont mentionnés dans le *Programme-Catalogue*: « Sanatorium et travail auxiliaire »; « L'armement antituberculeux en Europe et en Amérique »; « Méthode de traiter la tuberculose à domicile parmi les indigents »; « Exposé d'un plan de lutte contre la tuberculose au Canada »; « *The work of the New York State Charities Aid Association in the campaign against tuberculosis* »; « La lutte anti-tuberculeuse à Montréal ».

Voilà donc en quoi a consisté cette exposition. Cela dit, si l'on essaie d'en résumer la teneur et de décoder le message que les organisateurs ont voulu livrer à la population, que conclure? Dans cette exposition, on a fait état de beaucoup de choses. Il a été question de statistiques; d'altérations faites sur les organes par la maladie; de conditions qui tendent à diminuer la vitalité des personnes et à préparer le terrain pour la maladie (logements insalubres, malpropreté, alimentation insuffisante, etc.); de soins; de nouveaux articles offerts dans le commerce (crachoirs divers, mouchoirs en papier, chaises longues, etc.). Il a beaucoup été question de vie saine, d'air pur et de grands principes généraux d'hygiène. Par contre, ce qui a trait aux façons concrètes de lutter contre cette maladie n'a pas été abordé dans l'exposition elle-même: le rôle du bacille; la déclaration obligatoire, l'importance du confinement des cas de tuberculose active; la désinfection des logements après un décès; l'exclusion des enfants contagieux des écoles, etc. Les seules interventions où il fut question du bacille et de la contagion furent celles d'étrangers: soit la communication de Biggs et l'opuscule de la Société de Pennsylvanie.

À vrai dire, en préparant cette exposition, les organisateurs avaient un objectif bien précis qu'ils définissent eux-mêmes ainsi: instruire le public sur les grands « principes hygiéniques qui entretiennent la santé chez les bien portants » (p. 7-8). Cet objectif, les organisateurs ont cherché à l'atteindre de trois façons: a) en montrant, à l'aide de statistiques, à quel point la tuberculose est le fait de certaines catégories sociales particulières; b) en « faisant

voir » de quelle façon leurs modes de vie « contribuent à engendrer et à propager cette maladie » ; c) en proposant ce qu'ils considèrent comme les mesures à prendre pour prévenir et traiter cette maladie « avec efficacité » (p. 8).

Le message principal de cette exposition pourrait donc se résumer ainsi : le fléau ne pourra être éradiqué que lorsque les groupes les plus touchés par lui changeront leurs façons de vivre et adopteront celles des « bien portants » (p. 8). Aux yeux des organisateurs, la tuberculose était donc un problème social, une question qui transcendait la médecine.

Cela dit, il peut être pertinent de rappeler que le Bureau de la santé de la Ville de New York avait lui aussi organisé, quelques mois plus tôt (au printemps 1908), une exposition dont le contenu était toutefois bien différent de celui de l'exposition de Montréal⁶⁴. La formule des deux événements se ressemblait (un catalogue accompagnant une exposition), mais leur message n'était pas le même. Dans la première partie du catalogue de l'exposition de New York, Hermann M. Biggs, du Bureau de santé de la Ville, faisait un historique des principales étapes de la lutte antituberculeuse à New York entre 1894 et 1908 (p. 3-16). Il y rappelait (comme il le fera à Montréal en novembre) que, déjà en 1894, le plan de lutte de la Ville avait été axé sur les mesures suivantes : informations sur la maladie dans les endroits publics ; examen gratuit des expectorations ; notification obligatoire des cas de tuberculose ouverte pour les établissements publics (prison, dispensaires, etc.) ; localisation des malades et suivi des personnes qui n'étaient pas sous les soins d'un « *private physician* ». Aux pages sept et huit du catalogue, figure d'ailleurs la carte d'une partie de la ville sur laquelle les cas de tuberculose inscrits au registre du Bureau de santé sont indiqués par des points. Biggs rappelait aussi que, en 1897, la Ville avait amendé son programme de lutte pour exiger, de tous les médecins, la déclaration obligatoire des cas de tuberculose, « *both private and public* ». De plus, dès 1902, même les

64. *Brief History of the Campaign Against Tuberculosis in New York City & Catalogue of the Tuberculosis Exhibit of the Department of Health of the City of New York*, New York, 1908, 45 p.

propriétaires d'immeubles à logements avaient été tenus de le faire. Biggs évoquait de plus les mesures prises pour constituer un corps d'infirmières spécialisées, pour implanter des cliniques dans tous les quartiers, pour ouvrir des lits pour les contagieux sans logis, et pour séparer les tuberculeux des autres malades dans les hôpitaux. La partie suivante du document présentait, en six sections, le contenu de l'exposition elle-même. On y expliquait de façon visuelle (cartes, images, photos, statistiques, etc.) ce qu'était la tuberculose, son importance, ainsi que le plan de lutte de la Ville de New York.

Rappelons aussi que durant cette exposition, Koch, qui était alors en route vers le Japon, fit une escale d'un mois aux États-Unis. À cette occasion, la German Medical Society organisa le 11 avril un banquet en son honneur au Waldorf Astoria Hotel de New York. Andrew Carnegie et Simon Flexner participèrent tous deux à ce banquet, et William Henry Welch de la Faculté de médecine de l'Université Johns Hopkins présenta une adresse en son honneur⁶⁵. Au cours de ce séjour, Koch fut aussi invité à visiter les laboratoires de la Ville de New York et l'on rapporte qu'il fut tout à fait impressionné par la façon dont ses découvertes étaient mises en pratique dans cette ville⁶⁶. Sa remarque s'explique sans doute par le fait que, l'administration de son propre pays étant lente à adopter ses idées, l'Allemagne conservait des taux de mortalité élevés par rapport à ceux de l'Angleterre et de certains États américains⁶⁷.

65. Hoi-Eun Kim, *Doctors of Empire: Medical and Cultural Encounters between Imperial Germany and Meiji Japan*, Toronto, University Press, 2014, p. 123; W. H. Welch, *Papers and Address*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1920, vol. III, p. 541. Koch arriva aux États-Unis le 8 avril 1908 et partit du port de San Francisco pour le Japon le 9 mai.

66. Koch aurait réagi en ces termes : « You will agree, my dear Biggs, that most of these bacteriological and serological discoveries have come from Germany. For my part, I must admit with shame that we in Germany are years and years behind you in the practical application ». Cité dans John C. Burnham, *Health Care in America: A History*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2015, p. 238.

67. Voir par exemple le tableau 13.

La question de la déclaration obligatoire

Au Québec, la déclaration de certaines maladies contagieuses devint obligatoire à partir de la Loi de l'hygiène publique de 1887. Cette loi obligeait les chefs de famille et les médecins à déclarer au bureau d'hygiène municipal les cas des maladies suivantes : variole, choléra, diphtérie, fièvre typhoïde, scarlatine, morve et « toute autre maladie dangereuse pour la santé publique⁶⁸ ». La tuberculose fut ajoutée à cette liste en 1901⁶⁹. Dans leur rapport de 1910, les membres de la Commission royale de la tuberculose rappellent qu'il y a, au Québec, une loi « qui oblige les médecins à déclarer les cas de tuberculose aux autorités sanitaires [...] mais qu'elle n'est pas mise en vigueur ». Ils mentionnent cependant que, à New York, cette loi « a permis l'organisation d'une lutte antituberculeuse qui passe pour un modèle et a obtenu une réduction de 44 pour cent dans la mortalité tuberculeuse⁷⁰ ». En 1922, la loi instituant le Service provincial d'hygiène rappela, elle aussi, que la tuberculose faisait partie des maladies à notification obligatoire et qu'elle obligeait les chefs de famille et les médecins à en déclarer les cas aux autorités sanitaires⁷¹. L'article 75 relatif aux médecins se lisait ainsi :

Lorsqu'un médecin constate ou a raison de croire qu'une personne qu'il a été appelé à visiter, est atteinte d'une des maladies contagieuses suivantes : variole, varioloïde, choléra asiatique, peste, typhus, diphtérie, croup, scarlatine, fièvre typhoïde, la grippe, la rougeole, la *tuberculose*, la lèpre, la méningite cérébro-spinale, la paralysie infantile, la coqueluche, la rubéole, la varicelle, l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, il doit, sous vingt-quatre heures, le notifier à l'autorité sanitaire municipale de la localité dans laquelle il réside.

68. « Acte concernant la santé publique », sanctionné le 12 juillet 1888. *Statuts de la province de Québec*, 51-52 Victoria, chap. 47, art. 12 et 13.

69. *Statuts de la Province de Québec*, 1 Edward VII, 1901, chap. 19, art. 50, p. 80. Voir aussi « Provincial Legislative Enactments Concerning Directly the Prevention of Tuberculosis », *Bulletin sanitaire*, vol. 9, n° 1, janv. 1909, p. 14.

70. *Rapport de la CRTB*, 1909-1910, p. 89.

71. « Loi créant le Service provincial d'hygiène », sanctionnée le 21 mars 1922. *Statuts refondus de la province de Québec*, 12 George V, chap. 29, art. 75. « Les maladies contagieuses », *Bulletin sanitaire*, vol. 22, n° 1, mars 1922, p. 1-30.

De son côté, le bureau d'hygiène municipal devait faire parvenir cette information aux responsables sanitaires du district⁷².

Cette question de la déclaration obligatoire était capitale, car, comme le disait en 1927 un inspecteur sanitaire du district de Montréal, « il est important de connaître les cas si on veut les combattre [...] c'est le point de départ, la seule base logique⁷³ ». Un autre inspecteur formulait le problème ainsi : « Il importe, en raison du caractère contagieux de la tuberculose, que le malade capable de semer des bacilles autour de lui soit arrêté au début de sa maladie, il y va de son intérêt et de celui de toute la communauté⁷⁴. »

Cet article de la loi connut beaucoup d'opposition et ne fut guère appliqué. D'abord à cause de la réticence des familles. Plusieurs d'entre elles n'étaient pas convaincues de l'importance ni de l'efficacité de cette mesure. De toute manière, disait-on, si je dois avoir cette maladie « je l'aurai, quoi que je fasse⁷⁵ ». De plus, la tuberculose n'était pas, dans l'esprit de la population, une maladie contagieuse comme les autres ; elle ne frappait pas comme elles avec force à un moment ou dans un lieu donné. Enfin, les familles préféraient parfois taire ce problème de peur de voir leurs maisons placardées, d'être expulsées de leur logement ou de perdre un emploi. On craignait même que, le moment de la mort venu, le défunt ne puisse être admis à l'église pour y faire l'objet de funérailles religieuses⁷⁶.

Les inspecteurs sanitaires se plaignaient aussi de l'inertie des bureaux d'hygiène municipaux qui avaient souvent tendance à ne pas faire leurs rapports ou à ne les envoyer que lorsque « la maladie

72. Voir l'article 77. En Ontario, la déclaration de la tuberculose devint obligatoire en 1911. H. MacDougall, *Activists and Advocates: Toronto's Health Department, 1883-1983*, Toronto et Oxford, Dundurn, 1990, p. 127 ; K. McCuaig, *op. cit.*, p. 62.

73. « Rapport de l'inspecteur régional du district de Montréal n° 1 », *Sixième rapport annuel du Service provincial d'hygiène pour l'année 1927-28*, Québec, Ls-A. Proulx, 1928, p. 112.

74. G. Grégoire, « Tuberculose et lutte contre la tuberculose », *Bulletin de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique française*, vol. 3, n° 2, avril 1937, p. 190.

75. A. Savard, « Les difficultés dans l'application de l'hygiène à la campagne », *Bulletin sanitaire*, vol. 11, 1911, p. 86.

76. *Ibid.*, p. 87.

[était] rendue à l'état épidémique⁷⁷ ». Et l'un d'entre eux ajoutait dans son rapport : « Je ne crois pas me tromper en affirmant que 75 % de nos municipalités rurales ne remplissent pas leurs obligations de façon générale en matière d'hygiène⁷⁸. »

Mais la résistance la plus profonde et la plus gênante était celle des médecins. Ce fut un problème durant toute la première moitié du XX^e siècle. Cette question revenait comme un leitmotiv dans les rapports des inspecteurs sanitaires régionaux. En 1920, par exemple, l'inspecteur régional du district de Matapédia rapportait que « les médecins ne déclarent généralement pas les cas de tuberculose ». En effet, cette année-là, seulement 10 cas de tuberculose avaient été déclarés par les médecins de son district⁷⁹. De même, en 1930, l'inspecteur du district sanitaire d'Arthabaska signalait que seulement neuf cas de tuberculose pulmonaire avaient été déclarés dans son district qui comptait pourtant 70 municipalités⁸⁰. Encore en 1943, le chef de la section de la tuberculose du Service de santé de Montréal déplorait le problème en ces termes : « Savez-vous, disait-il, combien de médecins déclarent fidèlement leurs cas de tuberculose ? Je n'en connais qu'un seul. Je me demande de quel moyen user pour que les médecins en général se rendent à une exigence pourtant si logique, si nécessaire⁸¹. » Et il ajoutait, dans ce même texte : « Je crois que la clef du succès dans la lutte antituberculeuse est dans les mains du médecin et tant que nous n'aurons point obtenu son concours plein et entier nous n'enregistrerons que des demi-succès⁸². »

Les raisons pour lesquelles les médecins ne se conformaient pas à la loi étaient diverses. Les uns ne faisaient pas de déclaration parce qu'ils n'étaient pas convaincus de son importance, ou parce que,

77. L. Houde, « Obstacles que rencontre l'inspecteur », *Bulletin sanitaire*, vol. 20, 1920, p. 148-152.

78. *Ibid.*, p. 152.

79. *Vingt-sixième rapport annuel du Conseil supérieur d'hygiène pour l'année finissant le 30 juin 1920*, Québec, Ls-A. Proulx, 1920, p. 92.

80. *Huitième rapport annuel du Service provincial d'hygiène pour l'année 1929-30*, Québec, R. Paradis, 1930, p. 98.

81. L. Ladouceur, « Nos lacunes dans la lutte antituberculeuse », *UMC*, vol. 72, n° 2, févr. 1943, p. 178.

82. *Ibid.*, p. 178.

comme le disait l'inspecteur du district de Matapédia, « ils ne comprennent pas toute la portée de ce devoir⁸³ ». D'autres ne se conformaient pas à cette exigence tout simplement par négligence. Comme il était compliqué de poursuivre les médecins peu consciencieux, plusieurs d'entre eux en profitaient tout simplement pour ignorer la loi. Ce dont le secrétaire du Conseil d'hygiène de la province de Québec se plaignait en ces termes : « La suppression des maladies contagieuses souffre du fait qu'un grand nombre de médecins, peu soucieux de leurs devoirs pour ne pas dire plus, négligent de notifier l'autorité municipale lorsqu'ils sont appelés auprès des contagieux. Pris en flagrant délit, ces médecins nient qu'ils ont eu à traiter une maladie contagieuse, et l'affaire en reste là⁸⁴ ». D'autres ne déclaraient pas les maladies contagieuses par complaisance, pour « conserver les bonnes grâces d'un client », en invoquant le secret professionnel. Pourtant, comme le rappelait un inspecteur en 1920, « il est indiscutable et indiscuté que le contrôle de ces maladies dépend entièrement du concours des médecins pratiquants ; en effet comment l'autorité sanitaire peut-elle contrôler une maladie contagieuse, si elle n'est pas avertie par celui qui, de par la loi, est tenu de le faire⁸⁵ ? »

Cela dit, les réticences de certains médecins étaient parfois plus fondées. En 1913, par exemple, l'un d'entre eux disait, au sujet de la tuberculose, qu'il ne fallait pas forcer la déclaration obligatoire de cette maladie tant qu'il n'y aurait pas « une organisation spéciale pour l'isolement des tuberculeux pauvres⁸⁶ ». D'autres trouvaient aussi que la procédure de déclaration était trop compliquée et souvent inutile ; qu'il fallait faire ces déclarations aux secrétaires des municipalités qui, eux, devaient ensuite les faire parvenir à l'inspecteur de district, ce qu'ils négligeaient souvent de faire⁸⁷.

83. L. Houde, *op. cit.*, p. 149.

84. Texte cité dans D. Goulet, G. Lemire et D. Gauvreau, « Des bureaux d'hygiène municipaux aux unités sanitaires. Le Conseil d'hygiène de la province de Québec et la structuration d'un système de santé publique (1886-1926) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 49, n° 4, 1996, p. 510.

85. L. Houde, *op. cit.*, p. 149.

86. « Rapport de la cinquième convention des services sanitaires de la province de Québec », *Bulletin sanitaire*, vol. 13, 1913, p. 150.

87. « Sur la déclaration obligatoire de la tuberculose », *UMC*, vol. 49, n° 2, févr. 1920, p. 100.

Cela pouvait parfois avoir des conséquences tragiques comme on le constate dans ce témoignage de l'un des officiers médicaux de Montréal. En 1928, un malade se fit soigner dans deux hôpitaux, et par cinq médecins différents, sans déclaration de l'existence de la maladie. « Il changea de domicile avec toute sa famille, trois fois en deux ans, et cela sans aucune désinfection des locaux [...] Ce n'est que longtemps après, par constatation de deux cas de tuberculose dans la famille de ceux qui occupèrent par la suite un des logements, que l'enquête fit découvrir les faits mentionnés plus haut⁸⁸. »

Ainsi, alors que la tuberculose était la plus importante des maladies contagieuses, elle était cependant la moins déclarée. En 1920, par exemple, le statisticien du Conseil supérieur d'hygiène estima que, entre 1907 et 1917, seulement 5,8 % des cas de tuberculose avaient été déclarés comparativement à 31,1 % pour la scarlatine et à 20,7 % pour la typhoïde⁸⁹.

Ces réticences ne furent pas propres aux médecins du Québec

La question suscita, entre autres, des débats encore plus vifs en France; débats que rapportèrent du reste les médecins québécois dans leurs revues⁹⁰. En 1917, Hermann M. Biggs fut étonné de constater, lors d'une visite qu'il fit en France au cours des mois de janvier et février, que non seulement la tuberculose ne faisait pas partie des maladies à déclaration obligatoire, mais qu'elle n'était même pas considérée comme une maladie contagieuse⁹¹. En France, la déclaration de la tuberculose fut facultative jusqu'en 1964; ce n'est qu'alors qu'elle devint obligatoire⁹².

88. « Rapport du Dr J.-A. Dechênes, officier médical du district sanitaire de Montréal n° 1 », cité dans le *Sixième rapport annuel du Service provincial d'hygiène pour l'année 1927-1928*, Québec, Ls-A. Proulx, 1928, p. 112.

89. J.-A. Baudouin, « Prophylaxie des maladies contagieuses », *Bulletin sanitaire*, vol. 20, 1920, p. 79.

90. Voir par exemple: *BMQ*, vol. 8, 1906-07, p. 141; *UMC*, vol. 48, n° 9, sept. 1919, p. 525-437; *UMC*, vol. 49, n° 2, févr. 1920, p. 100-103.

91. H. Biggs, « Tuberculosis in France », *American Journal of Public Health*, vol. 7, n° 7, 1917, p. 607. Il écrit « Tuberculosis had never been officially recognized by the French authorities as a communicable disease. It had not been a reportable disease ».

92. [www.inrs.sante.fr], consulté le 13 septembre 2016; I. Grellet et C. Kruse, *Histoire de la tuberculose. Les fièvres de l'âme, 1800-1940*, Paris, Éditions Ramsay, 1983, p. 163.

Le problème du lait et celui des logements

La question du lait fut, elle aussi, difficile à résoudre. Depuis la fin du XIX^e siècle, on savait que la tuberculose pouvait être transmise par le lait et la viande⁹³. Deux découvertes majeures, quasi simultanées, furent avancées comme solution à ce problème. La première était le test à la tuberculine. Celle-ci est un fluide produit par la maladie, dont on a éliminé les bacilles (il est donc inoffensif), qui permet de reconnaître, à partir d'une injection faite dans la peau, si un animal ou un être humain a été infecté. Les animaux malades ou porteurs de la bactérie font une attaque de fièvre alors que les autres ne réagissent pas. La seconde était la pasteurisation, une procédure découverte par Pasteur lors de ses travaux sur la fermentation de la bière, du vin et du cidre. En 1903, au Congrès international de laiterie, il fut démontré qu'on pouvait pasteuriser le lait en le faisant chauffer à 145 degrés Fahrenheit (63 degrés Celsius) pendant 30 minutes, puis en le faisant refroidir rapidement sous les 35 °F (1,66 °C)⁹⁴.

Au Québec, la première approche fut de chercher à régler ce problème en soumettant les troupeaux au test de la tuberculine. La Ville de Québec, par exemple, adopta en janvier 1907 « Le règlement n^o 406 concernant la vente de vaches laitières dans la cité de Québec⁹⁵ ». Les articles 8 à 10 disaient ceci :

Personne ne vendra ou n'achètera, dans la cité de Québec, aucune vache laitière, avant qu'une telle vache ait été inspectée et soumise à l'épreuve ci-dessus mentionnée, et qu'un certificat en ait été délivré par un vétérinaire.

Ledit certificat n'aura de valeur que pendant six mois, à compter de cette date.

Quiconque sera trouvé coupable de quelque contravention aux dispositions du présent règlement sera passible d'une amende.

93. T. Dormandy, *op. cit.*, p. 331; K. McCuaig, *op. cit.*, p. 158; *BMQ*, vol. 3, sept. 1901, p. 491.

94. C. R. Paquin, « Le problème du lait », *BMQ*, vol. 28, 1927, p. 170; A. J. Hood, « La pasteurisation du lait », *Bulletin sanitaire*, vol. 21, 1921, p. 59-60.

95. *Bulletin sanitaire*, janv. 1907, p. 9-10.

En 1897, ce test devint obligatoire à l'échelle canadienne pour tous les bovins importés ou exportés entre le Canada et les États-Unis. De tels règlements furent cependant impossibles à mettre en application dans les municipalités, non seulement sur le plan pratique, mais aussi parce qu'il fallait préparer la tuberculine, former des vétérinaires et les payer, et faire collaborer les agriculteurs qui risquaient, si leurs vaches s'avéraient infectées, de devoir les faire abattre sans compensation. Plusieurs municipalités tentèrent de les appliquer mais sans succès, même en proposant des politiques de compensation pour les animaux abattus. De plus cette méthode ne donnait pas toujours de résultats probants, de sorte qu'elle fut remplacée par la pasteurisation qui, elle, présentait l'avantage non seulement de faire disparaître les bacilles de la tuberculose, mais aussi les germes pathogènes à l'origine d'autres maladies, comme la typhoïde, la diphtérie, la dysenterie et certains problèmes intestinaux. Le test à la tuberculine fut donc progressivement abandonné⁹⁶. Cela dit, 5 299 vaches subirent le test tuberculique au Québec en 1929-1930 et 125 furent trouvées positives; 11 428 le subirent en 1930-1931 et 326 furent déclarées positives⁹⁷.

En Ontario, le premier règlement municipal rendant obligatoire la pasteurisation du lait vendu dans une ville fut celui de Toronto en 1914⁹⁸. Cette mesure devint obligatoire dans toute la province en 1938. À Montréal, en 1918, selon Wherrett, environ 30 % du lait vendu dans la ville était pasteurisé. Ce pourcentage atteignit 55 % en 1920⁹⁹. Selon un ingénieur du Service provincial d'hygiène,

96. G. J. Wherrett, *op. cit.*, 1977, p. 144-145. Ce test continua cependant d'être pratiqué dans certains États américains, dont celui de New York, qui fut déclaré pratiquement « free from bovine tuberculosis » en 1937. Aux États-Unis, entre 1919 et 1937, près de 18 000 000 tests à la tuberculine ont été faits sur des bovins dont 967 624 ont été abattus. G. J. Drolet et A. M. Lowell, *A Half Century's Progress against Tuberculosis in New York City, 1900-1950*, New York, New York Tuberculosis and Health Association, 1952, p. XXV.

97. *Huitième rapport annuel du Service provincial d'hygiène publique pour l'année 1929-1930*, Québec, R. Paradis, 1930, p. 168; et *Neuvième rapport [...] pour 1930-1931*, Québec, R. Paradis, p. 187.

98. H. MacDougall, *op. cit.*, p. 102. Ce règlement semble avoir été appliqué avec succès, car dans les années suivantes Toronto connut, pour plusieurs maladies transmissibles par le lait (fièvre typhoïde, diphtérie, tuberculose), une mortalité beaucoup moins importante que Montréal. *Ibid.*, p. 104.

99. G. J. Wherrett, *op. cit.*, 1977, p. 144-145.

il y aurait eu au Québec, en 1933, 82 usines de pasteurisation du lait alimentant 37 % de la population de la province¹⁰⁰. Ce procédé devint obligatoire en 1943 et, en 1945, le nombre d'usines de pasteurisation aurait atteint 138¹⁰¹. Wherrett a fait remarquer que le pourcentage de lait pasteurisé variait d'une province à l'autre. On peut aussi penser que les normes de pasteurisation n'étaient pas nécessairement les mêmes partout. C'est du moins ce qu'a observé Dormandy au sujet de la Grande-Bretagne où les procédés de pasteurisation n'ont été uniformisés qu'après la Deuxième Guerre. En 1946, sept à dix pour cent du lait « pasteurisé » vendu à Londres contenait encore des bacilles de la tuberculose¹⁰².

Il était entendu que, pour réussir, la pasteurisation du lait devait être suivie de près par les autorités sanitaires et que celles-ci devaient, en principe, intervenir et sévir le cas échéant. On s'accordait de même sur la nécessité de règles relatives à la propreté et à l'aération des lieux publics. Mais il demeurait un domaine dans lequel les autorités ne souhaitaient pas intervenir, celui des logements en ville.

Certaines personnes étaient conscientes des liens existants entre la surmortalité tuberculeuse dans certains quartiers et le problème des logements insalubres (dimensions insuffisantes des espaces habitables, pièces sans fenêtre, promiscuité, mauvaise circulation d'air, etc.), mais les autorités refusaient d'intervenir pour des raisons de principes, notamment par « respect » pour les « droits des propriétaires », et cela même dans une ville comme Montréal où les locataires représentaient 80 % des ménages¹⁰³. La question des logements dans certaines villes canadiennes devint un tel problème durant la crise économique des années 1930 que certains groupes finirent par en faire une priorité politique. Elle fit d'ailleurs l'objet d'une étude, lors des travaux de la Commission royale sur les relations entre le Dominion et les provinces dont le rapport fut rédigé par Albert E. Grauer sous le titre *Logement : étude préparée pour la*

100. E. Langevin, « Pasteurisation du lait », *Bulletin sanitaire*, vol. 33, n° 2, avril 1933, p. 17.

101. G. J. Wherrett, *op. cit.*, 1977, p. 148.

102. T. Dormandy, *op. cit.*, p. 338.

103. R. Durocher *et al.*, p. 493. Sur le logement à Montréal, de 1897 à 1929, voir T. Copp, *Classe ouvrière et pauvreté*, Montréal, Boréal, 1978, chap. 5.

*Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces*¹⁰⁴. Mais la situation ne commença vraiment à s'améliorer qu'après la crise économique avec la Loi nationale sur l'habitation de 1938 et, surtout, avec la création de la Société d'hypothèque et de logement en 1946¹⁰⁵.

4.4 Des lieux pour les malades

La question du nombre de lits

Une autre grande question fut celle des établissements spécialisés pour les tuberculeux, ce qu'on appelait alors « l'armement antituberculeux », à savoir les dispensaires, les sanatoriums et les pavillons d'hôpitaux pour « consomptifs¹⁰⁶ ». Il fallait des dispensaires pour repérer les malades, mais aussi des lieux pour les sortir de leur milieu de vie et leur donner des soins. Comme le soutenait le D^r Jarry de l'Institut Bruchési en 1918, « le dispensaire n'est et ne peut être qu'un lieu de sélection qui appelle à côté de lui l'existence d'un hôpital¹⁰⁷ ». Il fallait des lits pour les malades ; mais combien, et qui allait payer ?

Dans les années 1920, les membres du conseil du Service provincial d'hygiène essayaient de faire reconnaître par le gouvernement l'objectif suivant : « le nombre de lits consacrés à ceux qui sont frappés de la tuberculose doit égaler celui des décès qu'elle cause¹⁰⁸ ». À la fin des années 1930, l'écart entre le Québec et la moyenne canadienne était, sur ce point, très grand. En 1922, la province comptait environ 350 lits pour 3 200 décès¹⁰⁹. La situation s'améliora dans les années suivantes, mais l'écart demeura important. En 1937, 2 890 personnes moururent de la tuberculose au

104. Ottawa, 1939, 88 f. (dactylographiés). On trouve aussi des informations sur le logement après la Première Guerre mondiale dans E. Minville, *op. cit.*, p. 511-526.

105. John Belec, « The Dominion Housing Act », *Urban History Review / Revue d'histoire urbaine*, vol. 25, n° 2, mars 1997, p. 53.

106. *Bulletin sanitaire*, juill. 1908, p. 55.

107. *Bulletin sanitaire*, janv. 1918, p. 202.

108. *Septième rapport annuel du Service provincial d'hygiène pour l'année 1928-1929*, Québec, 1929, p. 12.

109. *Ibid.*, p. 12.

Québec alors que le nombre de lits n'était que de 1 735, soit 0,6 lit par décès par rapport à 1,8 lit par décès dans les autres provinces¹¹⁰. De son côté, le Massachusetts qui avait adopté, dès le début du siècle, une politique d'hospitalisation des tuberculeux disposait, en 1927, de 3 638 lits pour ces malades alors que le nombre de décès était de 2 883 (soit un excédent de plus de 750 lits). Et sa politique était citée en exemple dans *L'union médicale du Canada*¹¹¹.

TABLEAU 4
La tuberculose : évolution du nombre de décès et de lits au Québec (1921-1976)

ANNÉE	DÉCÈS DE LA TUBERCULOSE	LITS POUR TUBERCULEUX
1921	2 909	env. 350
1936	2 899	1 735
1941	2 685	3 189
1946	2 628	3 743
1951	1 553	5 399
1955	608	2 722
1966		1 360
1976		361

* Décès. G. J. Wherrett, *The Miracle of the Empty Beds: A History of Tuberculosis in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1977, p. 253-254 (données de Statistique Canada).

** Lits. Origine des données: 1921 : *Septième rapport annuel du Service provincial d'hygiène pour 1928-1929*, Québec, 1929, p. 12. 1936 à 1951 : *Neuvième rapport du ministère de la Santé pour 1952*, Québec, 1952, p. 156-158. 1955 et 1976 : F. Simard, *La lutte antituberculeuse au Québec*, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1976, p. 4.

Au Québec, ce n'est qu'à partir de 1940 que le nombre de lits finit par l'emporter sur le nombre de décès. Cette année-là il y avait 2 933 lits réservés aux tuberculeux alors que le nombre de décès fut de 2 503¹¹².

110. K. McCuaig, *op. cit.*, p. 314; *Study of the Distribution of Medical Care and Public Health Services in Canada*, Toronto, 1939, p. 9. Pour connaître le nombre de lits disponibles pour les cas de tuberculose pulmonaire dans les villes canadiennes en 1916, voir : L'Association canadienne anti-tuberculose, *Seizième rapport annuel*, *op. cit.*, p. 86-309.

111. P. Dufault, « La lutte antituberculeuse dans le Massachusetts, cure et prévention », *UMC*, vol. 58, n° 1, janv. 1929, p. 216-224.

112. Lits : voir le tableau 5 ; voir aussi le *Neuvième rapport du ministère de la Santé pour l'année 1952*, Québec, 1952, p. 158. Décès : voir G. J. Wherrett, *op. cit.*, 1977, p. 253.

L'autre volet de la question était de savoir qui allait payer pour les personnes incapables d'assumer les coûts de leur hospitalisation. Certains pays occidentaux et certaines provinces canadiennes se sont donné très tôt des politiques afin de permettre aux personnes sans moyens d'être admises dans des centres pour tuberculeux. À la fin des années 1930, trois gouvernements provinciaux avaient fait le choix de l'isolement volontaire gratuit afin « d'enrayer effectivement la tuberculose » : la Saskatchewan en 1929, l'Alberta en 1936 et l'Ontario en 1938¹¹³. Au Québec, cette question avait été débattue au Service provincial d'hygiène lors de sa création en 1922, mais elle demeura sans suite. Ce n'est qu'en 1948 que le gouvernement du Québec se dota, dans le contexte de l'entente fédérale-provinciale sur les soins de santé, d'une politique d'hospitalisation gratuite des tuberculeux¹¹⁴.

Sanatoriums et hôpitaux

Au début du XX^e siècle, le mot sanatorium n'était pas nécessairement associé à la tuberculose. Par exemple à Beauport, tout près de Québec, il y avait le sanatorium Mastai où l'on comptait, en 1915, 80 personnes soignées pour « des maladies du système nerveux ». À Trois-Rivières, le sanatorium DeBlois recevait aussi ce genre de malades¹¹⁵. Dans les deux cas, il s'agissait en réalité de pensions privées pour hommes et femmes alcooliques et toxicomanes¹¹⁶.

Les sanatoriums pour tuberculeux suscitérent beaucoup d'espoir au tournant du XX^e siècle au point que certains, pendant un moment, ont imaginé qu'ils pourraient être « l'unique mode de

113. Sur la Saskatchewan, voir F. C. Middleton, « Evolution of Tuberculosis Control in Saskatchewan », *Canadian Public Health Journal*, vol. 24, nov. 1933, p. 509-510. Voir aussi A. E. Grauer, *Hygiène publique. Étude préparée pour la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces*, Ottawa, 1939, p. 25 ; et du même auteur *Study of the Distribution of Medical Care and Public Health Services in Canada*, Toronto, 1939, p. 9. En Ontario, cela se fit sous le gouvernement Hepburn, voir H. MacDougall, *op. cit.*, p. 131.

114. J.-Y. Rivard, *op. cit.*, 1970, p. 12-13. G. J. Wherrett, *op. cit.*, 1966, p. 41.

115. *Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance pour l'année 1915*, Québec, 1916, p. 108.

116. F. Roy, Y. Ward et N. Voisine, *Histoire des Sœurs de la charité de Québec*, Beauport, MNH, tome II, 1998, p. 143. En ligne : [http://www.nos_racines.ca].

traitement de la tuberculose¹¹⁷». On considère que le premier sanatorium pour tuberculeux a été fondé par Herman Brehmer en Silésie en 1859¹¹⁸. En Amérique du Nord, le premier fut ouvert en 1885 à Saranac Lake, dans la région des monts Adirondacks, dans l'État de New York. Au Canada, ce fut le Muskoka Cottage Hospital, un établissement fondé en 1897 grâce à l'initiative d'une association bénévole, la National Sanatorium Association¹¹⁹. En 1925, il y avait 28 sanatoriums au Canada. En 1938, on en comptait 61 pour un total de 9 000 lits¹²⁰. En 1953, 101 sanatoriums et sections d'hôpitaux réservées aux tuberculeux étaient dénombrés à travers le pays pour un total de 19 000 lits¹²¹.

L'idée à l'origine de la création des premiers sanatoriums pour tuberculeux était de permettre aux personnes qui présentaient les symptômes de la maladie de bénéficier de conditions sanitaires similaires à celles qui avaient permis au D^r Edward Livingston Trudeau de recouvrer la santé lors de son séjour à Saranac Lake, soit le repos, l'air frais et une bonne alimentation¹²². Au Canada aussi, les premiers sanatoriums pour tuberculeux furent construits dans cet esprit : en montagne et loin des villes. Au Québec, les trois premiers le furent dans les Laurentides : à Sainte-Agathe-des-Monts, à une centaine de kilomètres de Montréal (le Laurentian Sanatorium [1908] et le Mount Sinai Sanatorium [1909]), et à Lac-Édouard, une localité aujourd'hui fusionnée à La Tuque à 300 kilomètres de Québec (le Lake Edward Sanatorium)¹²³. En 1916, le Laurentian

117. G.-H. Roger *et al.*, *op. cit.*, p. 369.

118. P. Warren, « The Evolution of Sanatorium: the First Half-Century, 1854-1904 », *CBMH/BCHM*, vol. 23, n° 2, 2006, p. 463.

119. G. J. Wherrett, *op. cit.*, 1977, p. 18, 39 et 197.

120. *Ibid.*, p. 39-43.

121. A. Adams et S. Burke, « Not a Shack in the Woods: Architecture for tuberculosis in Muskoka and Toronto », *CBMH/BCHM*, vol. 23 n° 2, 2006, p. 451, note 6.

122. *Ibid.*, p. 29.

123. G. Desrosiers, B. Gaumer et O. Keel, « Richer, Arthur-Joseph », *DBC*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2005, vol. XV ; D. Goulet et A. Paradis, *op. cit.*, p. 122. Le Lake Edward Sanatorium a été un établissement privé de 1909 à 1921 ; cette année-là, il fut acheté par le gouvernement québécois et destiné à recevoir des malades de l'Assistance publique et des malades payants. La gestion en fut confiée à l'Hôpital Laval de Québec. En ligne : https://fr.wikipedia.org/wiki/Sanatorium_du_lac_Edouard

Sanatorium comptait 75 lits, le Mount Sinai, 40 et le Lake Edward Sanatorium, 65¹²⁴.

Les tout premiers sanatoriums pour tuberculeux furent des « établissements de cure » pour les personnes en début de maladie. « Le malade y trouve l'air pur, l'alimentation abondante et appropriée, le repos, et il s'y trouve constamment sous la surveillance d'un médecin expérimenté¹²⁵. » Ce n'est que par la suite qu'il devint un lieu d'isolement pour les malades déclarés.

À partir début des années 1910, il devint clair qu'il fallait des lieux pour ces malades. Alors que les hôpitaux avaient admis des tuberculeux au XIX^e siècle, ils refusaient maintenant d'en recevoir¹²⁶. À Montréal, en 1915, il n'existait qu'un seul établissement pour recevoir cette catégorie de malades, le Grace Dart Home, situé sur la rue Saint-Antoine, dans l'est de la ville; il disposait de 50 lits¹²⁷. Il n'y en avait aucun à Québec. C'est pourquoi, cette année-là, un hôpital temporaire fut aménagé dans l'ancien Hôpital civique de la rue des Prairies pour y recevoir cette catégorie de malades, en attendant la construction d'un hôpital permanent¹²⁸ – ce sera l'Hôpital Laval. L'idée fut lancée par le D^r Arthur Rousseau qui avait créé, en 1912, la Société de patronage de l'hôpital des tuberculeux de Québec afin d'amasser les fonds nécessaires à sa construction¹²⁹.

Le projet du D^r Rousseau peut se résumer ainsi: a) recueillir suffisamment de fonds privés pour fonder et équiper un hôpital qui serait administré par les souscripteurs eux-mêmes; b) faire de

124. *Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance publique. Année 1916*, Québec, Cinq-Mars, 1917, p. 151.

125. *BMQ*, vol. 8, 1908, p. 55.

126. La situation, lit-on en 1916 dans le *Sixième rapport annuel de l'Institut Royal Edward*, « se résume en ce que tous les hôpitaux refusent les cas de tuberculose pulmonaire ». Cité dans: L'Association canadienne anti-tuberculose, *Seizième rapport annuel, op. cit.*, p. 88.

127. *Annuaire des institutions et organisations anti-tuberculose*, L'Association canadienne anti-tuberculose, *ibid.*, p. 314. Voir aussi « Rapport du comité de la lutte antituberculeuse désigné par le Conseil d'hygiène », *UMC*, vol. 49, août 1920, p. 427.

128. *Jubilé d'or de l'Hôpital Laval, 1918-1968*, Québec, 1968, p. 28. Cet hôpital disposait, le 25 avril 1916, de 50 lits pour les cas avancés, dont 25 étaient occupés; *Rapport de Québec*, L'Association canadienne anti-tuberculose, *op cit.*, p. 264.

129. F. Roy, Y. Ward et N. Voisine, *op. cit.*, p. 173.

cet hôpital un lieu d'enseignement et de recherche pour le traitement de la tuberculose¹³⁰. Après cinq années d'efforts, le D^r Rousseau et la société de patronage qu'il avait créée trouvèrent l'argent nécessaire pour mener ce projet à terme, soit 1 300 000 \$ « en fonds librement souscrits » et 500 000 \$ provenant des gouvernements¹³¹. En 1918, année de son ouverture, l'hôpital comptait 100 lits¹³²; en 1944 il en comptait 430¹³³. Entre les débuts de l'hôpital et 1937, l'Hôpital Laval a accueilli 8 412 patients, soit une moyenne d'environ 400 par année¹³⁴.

D'autres hôpitaux et sanatoriums ouvrirent ensuite des lits pour les tuberculeux dans le contexte de la Loi sur l'assistance publique de 1921 et de la Loi relative à la tuberculose et à la mortalité infantile de 1924¹³⁵. À Montréal, outre le Grace Dart Home, l'Hôpital du Sacré-Cœur commença à admettre des tuberculeux en 1926 dans un nouveau bâtiment¹³⁶. Puis, trois ans plus tard, ce fut l'Hôpital Saint-Joseph de Thetford-Mines¹³⁷. De son côté, le Sanatorium Cooke de Trois-Rivières se préparait à recevoir 150 malades en 1929¹³⁸. Cela fit beaucoup augmenter le nombre de lits pour les tuberculeux, mais celui-ci demeura encore longtemps en deçà de l'objectif visé. De 210 en 1918¹³⁹, le nombre de lits

130. F. Roy, « Arthur Rousseau et le problème de l'hospitalisation », *Le Canada français*, vol. 21, n° 8, avril 1934, p. 676.

131. *Ibid.*

132. *Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance. Année 1918*, Québec, L.-A. Proulx, 1919, p. 122.

133. R. Desmeules, « L'Hôpital Laval », *Laval médical*, vol. 9, n° 7, sept. 1944, p. 493.

134. F. Roy, Y. Ward et N. Voisine, *op. cit.*, p. 173.

135. *Statuts de la province de Québec*, 14 George V, chap. 29, 1924. « À partir de 1924, écrit Georges Desrosiers, l'État interviendra en garantissant les emprunts ». « Le système de santé au Québec, bilan historique et perspective d'avenir. Conférence inaugurale du 51^e congrès de l'Institut d'histoire de l'Amérique française », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 53, n° 1, 1999, p. 10. Voir aussi *Annuaire du Québec/Quebec Yearbook*, Québec, Imprimerie de la Reine, 1967, p. 354.

136. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. En ligne: [<http://www.wikipedia.org/>], consulté le 15 juin 2015; D. Goulet et A. Paradis, *op. cit.*, p. 128; D. Goulet et R. Gagnon, *op. cit.*, p. 365.

137. D. Goulet et A. Paradis, *op. cit.*, p. 163.

138. *Ibid.*, p. 165.

139. *Statistiques annuelles des établissements*, *op. cit.*, 1919, p. 122.

passa à environ 350 en 1921¹⁴⁰, à 1 200 en 1931¹⁴¹ et à 2 957 en 1940. Cette année-là, 2 404 des 2 933 lits se trouvaient dans des sanatoriums alors que les 553 autres étaient dans des hôpitaux disposant d'une section pour tuberculeux (tableau 5). Mais la responsabilité de ces établissements incombaît toujours à des organismes privés¹⁴².

À partir de 1948, dans la foulée de l'entente entre le fédéral et les provinces mentionnée précédemment, le ministère de la Santé du Québec finit par prendre en charge l'hospitalisation gratuite de tous les tuberculeux¹⁴³. Certains sanatoriums furent inaugurés, d'autres agrandis. Le nombre de lits s'accrut alors très rapidement pour atteindre 5 399 en 1951. Puis il se mit à décroître tout aussi rapidement pour descendre à 2 722 en 1955, puis à 1 360 en 1966. En 1976, comme on peut le voir sur le tableau 4, il n'en restait que 361.

Le placement des enfants

À partir de septembre 1929, des efforts furent faits pour protéger les enfants vivant dans des milieux touchés par la maladie. L'œuvre du D^r Jacques-Joseph Grancher, née en France en 1903, était destinée « à la préservation de l'enfance contre la tuberculose ». Elle consistait dans le placement d'enfants de six à treize ans à la campagne, chez des agriculteurs, afin de les sortir de leur milieu et leur donner accès à un environnement sain¹⁴⁴. Ces enfants étaient placés par les unités sanitaires de comté après consultation avec les curés des paroisses. Les coûts étaient payés en partie par le gouvernement et en partie par des organismes de bienfaisance. En juin

140. *Septième rapport annuel du Service provincial d'hygiène pour 1928-1929*, Québec, 1929, p. 12.

141. *Onzième rapport annuel du Service provincial d'hygiène pour l'année 1932-1933*, Québec, R. Paradis, 1933, p. 6. En 1927, il y avait 718 lits pour les tuberculeux dans la région de Montréal; ils se répartissaient ainsi: Sanatorium Mount Sinai, 45; Hôpital Grace Dart, 45; Laurentian Sanatorium, 250; Institut Bruchési, 28; Hôpital Sacré-Cœur, 350. *Enquête sur les activités en hygiène publique par le Comité d'enquête sur l'hygiène à Montréal*, Montréal, The Metropolitan Life Co., 1928, p. 68.

142. *Annuaire du Québec/Quebec Yearbook*, Québec, Imprimerie de la Reine, 1967, p. 354.

143. J.-Y. Rivard, *op. cit.*, 1970, p. 12-13.

144. *Onzième rapport annuel du SPH, op. cit.*, p. 6.

1932, 350 enfants bénéficiaient de cette aide dans la province¹⁴⁵. Selon les archives du ministère consultées, cette œuvre ne semble pas avoir été accessible à beaucoup d'enfants.

Par contre, dans certaines villes, des camps d'été furent ouverts pour les enfants afin de leur permettre d'avoir accès, pendant l'été, à des activités en plein air et à un environnement sain durant la journée. À Québec, par exemple, le Dr Odilon Leclerc de l'Hôpital Laval avait fondé, avant de mourir en juillet 1925, une colonie de vacances pour les enfants de familles de tuberculeux¹⁴⁶. La même année, à Trois-Rivières, une semblable colonie fut organisée par le Centre de démonstration antituberculeux de la ville. On dit qu'une centaine d'enfants de la ville s'y rendaient chaque jour grâce à la compagnie de tramway Three Rivers Traction¹⁴⁷. Puis d'autres villes eurent elles aussi leurs camps d'été.

145. *Ibid.*, p. 10.

146. Archives de l'Hôpital Laval, A. L'Espérance (directeur médical de l'Hôpital Laval), «L'Hôpital Laval», document dactylographié, le 14 sept. 1968, p. 4.

147. D. Goulet et A. Paradis, *op. cit.*, p. 287.

TABLEAU 5
Les régions sanatoriales du Québec (1940)*

A) SANATORIUMS		
1. Sanatorium Cooke	Trois-Rivières	165 lits
2. Sanatorium Saint-Georges	Mont-Joli	270
3. Sanatorium Saint-Laurent	Hull	167
4. Laurentian Sanatorium	Sainte-Agathe-des-Monts	245
5. Mount-Sinaï Sanatorium	Sainte-Agathe-des-Monts	92
6. Brehmer Rest Sanatorium	Sainte-Agathe-des-Monts	16
7. Sanatorium Saint-Michel	Roberval	160
8. Sanatorium du lac Édouard	Lac-Édouard	180
9. Hôpital du Sacré-Coeur	Cartierville	475
10. Grace Dart Home	Montréal	122
11. Institut Bruchési	Montréal	52
12. Royal Edward Institute	Montréal	30
13. Hôpital Laval	Québec	430
Total		2404

B) HÔPITAUX AYANT UNE SECTION POUR TUBERCULEUX		
1. Children's Memorial Hospital	Montréal	64 lits
2. Hôpital Saint-Jean	Saint-Jean	84
3. Hôpital du Sacré-Coeur	Plessisville	62
4. Hôpital Saint-Joseph	Thetford-Mines	45
5. Jeffrey Hale's Hospital	Québec	15
6. Hôpital Saint-Joseph	Rivière-du-Loup	22
7. Hôtel-Dieu de Gaspé	Gaspé	30
8. Hôpital Saint-Joseph	Rimouski	70
9. Hôpital Sainte-Anne	Sainte-Anne-des-Monts	22
10. Hôpital Notre-Dame	Îles-de-la-Madeleine	40
11. Hôpital Saint-Joseph	Beauceville	15
12. Hôpital Saint-Jean-Eudes	Havre-Saint-Pierre	20
13. Hôtel-Dieu Saint-Vallier	Chicoutimi	64
Total		553
Total des lits (sanatoriums et sections confondus)		2957

* *Premier Rapport annuel du ministère de la Santé et du Bien-être social, Québec, 1944*, p. 191. En 1940, le Sanatorium Saint-François de Sherbrooke était en construction (300 lits).

4.5 La mortalité tuberculeuse

La mortalité globale

Entre 1928 et 1948, le nombre de décès attribuables à la tuberculose passa de 3 206 en 1928 à 2 236 en 1948, soit une baisse d'environ 1 000 décès en 20 ans. Puis, au cours des 10 années suivantes, grâce à la politique d'hospitalisation gratuite des malades et à la découverte des antibiotiques, il chuta de 2 236 en 1948 à 504 en 1958¹⁴⁸.

TABLEAU 6
Évolution de la mortalité tuberculeuse au Québec (1901-1971)*
(Taux pour 100 000 personnes)

1901 =	180,0	1941 =	80,6
1911 =	171,0	1951 =	38,3
1921 =	123,2	1961 =	7,0
1931 =	110,6	1971 =	3,7

* Sources : Les chiffres pour 1901 et 1910 proviennent du Rapport du Conseil d'hygiène de la province de Québec, Québec, 1920, p. 120-121. Les données suivantes (1921-1971) sont celles que Wherrett a tirées de Statistique Canada, G. J. Wherrett, *The Miracle of the Empty Beds: A History of Tuberculosis in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1977, p. 255-256.

Cela dit au Québec, entre 1921 et 1961, la mortalité demeura toujours bien supérieure à la moyenne canadienne.

148. G. J. Wherrett, *op. cit.*, 1977, p. 253-254; *Quatorzième rapport du ministère de la Santé pour l'année 1957*, Québec, Ministère de la Santé, 1957, p. 134-135.

TABLEAU 7
Évolution de la mortalité tuberculeuse au Canada (1921-1961)*
(Taux pour 100 000 personnes)

ANNÉE	CANADA	T.-N.	I.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	QC	ONT.	MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.
1921	87,7		144,0	134,0	106,4	123,2	71,0	68,8	42,5	53,2	77,8
1931	73,7		77,3	102,2	83,0	110,6	50,4	61,3	35,4	52,2	92,5
1941	53,5		73,6	74,2	68,6	80,6	29,0	44,9	31,7	41,3	65,2
1951	24,8	70,9	17,3	19,6	26,0	38,3	12,6	20,4	18,8	15,5	25,1
1961	4,2	7,4	5,7	3,8	5,4	7,0	2,2	4,2	2,7	2,4	3,6

* Source: G. J. Wherrett, *The Miracle of the Empty Beds: A History of Tuberculosis in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1977, p. 255-256. Les chiffres de 1961 proviennent de G. J. Wherrett, *La tuberculose au Canada*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1966, p. 11.

Villes et campagne

À l'intérieur même de la province, on pourrait penser que c'est avant tout dans les villes que cette maladie a fait le plus de victimes, compte tenu de la densité de la population dans certains quartiers, des conditions de travail dans les usines et les ateliers, notamment, mais ce n'est pas vraiment le cas. À vrai dire, entre 1926 et 1961, les taux de mortalité des cités et des villes furent semblables à ceux des régions rurales.

TABLEAU 8
Évolution de la mortalité tuberculeuse au Québec
dans les villes et les régions rurales (1926-1946)*
(Taux pour 100 000 personnes)

	1926-1930	1931-1935	1936-1940	1941-1945	1946
Province	120,1	98,3	84,7	77,8	65,2
Régions rurales	113,0	97,7	85,4	74,4	79,3
Cités et villes	126,9	98,9	84,0	81,5	64,5

*Source: *Sixième rapport du ministère de la Santé pour l'année 1949*, Québec, 1950, p. 233.

Les villes entre elles

De même, contrairement à ce qu'on pourrait penser, Montréal et Québec ne furent pas plus touchées que d'autres villes plus petites. Il n'y avait pas de relation entre la taille de la ville et le taux de

mortalité associé à cette maladie. Sur l'ensemble de la période allant de 1926 à 1948, si on se fie aux données du ministère de la Santé du Québec, des villes comme Rivière-du-Loup, Sherbrooke, Trois-Rivières, Québec et surtout Chicoutimi connurent des taux de mortalité bien plus importants que ceux de Montréal. Cela dit, dans chaque ville, la mortalité pouvait évidemment varier beaucoup d'un quartier à l'autre.

TABLEAU 9
**Évolution de la mortalité tuberculeuse dans huit villes du Québec
 (1926-1948)***
 (Taux pour 100 000 personnes)

	1926-1930	1931-1935	1936-1940	1941-1945	1946-1948	MOYENNE
Chicoutimi	219,2	242,0	272,6	176,1	117,7	205,4
Montréal	136,9	98,7	78,1	75,5	59,0	89,6
Lachine	103,2	65,1	44,9	67,0	36,4	63,4
Outremont	37,0	34,6	32,6	31,0	37,3	34,6
Verdun	84,6	49,7	28,7	38,7	31,3	46,4
Westmount	25,7	30,1	18,0	22,7	18,9	23,0
Québec	149,3	119,5	95,5	95,6	88,0	109,6
Rivière-du-Loup	115,8	160,1	202,1	153,5	65,9	139,6
Sherbrooke	149,4	105,1	74,8	77,0	62,2	93,6
Trois-Rivières	107,7	160,7	177,9	154,1	100,0	140,0
Province	120,1	98,3	84,7	77,8	65,2	89,2

* Source: *Sixième rapport du ministère de la Santé pour l'année 1949*, Québec, 1949, p. 241. Le tableau complet des villes est reproduit à l'annexe IV.

Les comtés entre eux

Il y avait aussi de grandes différences d'une région à l'autre de la province, et certaines régions ont mis beaucoup plus de temps que d'autres à juguler la maladie. La région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, par exemple, n'avait toujours pas réussi, en 1948, à faire passer son taux de mortalité sous la barre des 100 décès pour 100 000 personnes.

TABLEAU 10
**Évolution de la mortalité tuberculeuse dans certains comtés
 (cités et villes incluses) du Québec (1926-1948)***
 (Taux pour 100 000 personnes)

COMTÉS	1926-1930	1931-1935	1936-1940	1941-1945	1946-1948	MOYENNE
Bonaventure	152,1	114,6	94,7	77,3	66,3	100,8
Charlevoix-Saguenay	138,8	155,1	171,9	141,0	129,0	147,5
Chicoutimi	150,5	110,8	108,4	100,0	110,0	115,8
Gaspé-Est	150,3	147,7	148,6	119,7	68,7	126,8
Matane	171,4	138,8	119,5	82,9	73,5	117,0
Mégantic	148,8	118,9	136,2	140,2	101,4	129,0
Montmorency	141,2	113,2	78,9	69,4	78,8	96,2
Québec	220,6	194,3	172,7	144,7	87,8	163,8
Saint-Hyacinthe	156,0	106,0	91,0	74,9	78,6	101,4
Terrebonne	193,2	156,4	110,0	82,1	51,7	118,7
Province	120,1	98,2	84,7	77,8	65,2	89,2

* NB: Il s'agit des 10 comtés ayant eu les plus hauts taux de mortalité en 1926 et de leur évolution jusqu'en 1948. Source: *Sixième rapport du ministère de la Santé pour l'année 1949*, Québec, 1949, p. 233. Le tableau complet des comtés est reproduit à l'annexe V.

Le sexe et l'âge

Les données sur la mortalité selon l'âge et le sexe sont plus difficiles à trouver. Le CHPQ nous informe toutefois à ce sujet pour les années 1895 à 1917 (mais sans Montréal et Québec et sans 1905 et 1907). Durant ces années, les statistiques disent que 24 092 femmes (soit 59,4 %) sont décédées de la tuberculose durant cette période contre 16 433 hommes (40,6 %) ¹⁴⁹.

De nos jours, le groupe d'âge le plus touché par la tuberculose au Canada est celui des 70 ans et plus, suivi de celui des 15 à 44 ans ¹⁵⁰. Dans les années 1910 celui qui l'emportait était le groupe des 15 à 35 ans. En somme, la jeunesse rassemblait à elle seule la moitié des personnes fauchées par la tuberculose : 50,2 % des décès

149. *Vingt-quatrième rapport annuel du Conseil supérieur d'hygiène pour l'année finissant le 30 juin 1918*, Québec, E. E. Cinq-Mars, 1918, p. 121.

150. *La tuberculose au Canada*, Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 2006, p. 13.

en 1910 (1 074/2 140, sans Montréal et Québec) ; 48,2 % en 1915 (908/1 883, sans Montréal et Québec)¹⁵¹.

TABLEAU 11
Distribution des décès tuberculeux au Québec par groupe d'âge
(1910-1915) (sans Montréal et Québec)*

	0-1	1-4	5-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-59	60-69	70 et +	N.D.	TOTAL
1910	95	164	174	536	538	262	216	82	32	40		2140
1915	61	105	174	237	245	426	312	195	66	27	32	1883

* Source: *Vingt-quatrième rapport annuel du Conseil supérieur d'hygiène pour l'année finissant le 30 juin 1918*, Québec, E. E. Cinq-Mars, 1918, p. 121. Il est précisé, sans explications, que ces chiffres ne comprennent pas ceux de Montréal et Québec. Il s'agit de tous les cas de tuberculose (poumons et autres organes). En 1921, 83 % des décès dus à la tuberculose étaient des cas de tuberculose pulmonaire, d'après le *Premier rapport annuel du Service provincial d'hygiène de la province de Québec*, Québec, Ls-A. Proulx, 1923, p. 191.

La tuberculose dans le Nord

Le problème de la tuberculose chez les autochtones du Nord canadien doit être rappelé de façon particulière, car cette maladie y a fait des ravages beaucoup plus importants que dans le reste du Canada.

Selon G. J. Wherrett, qui fut secrétaire de l'Association canadienne de la tuberculose et l'auteur de deux études importantes sur cette maladie¹⁵², la tuberculose a toujours atteint, entre 1930 et 1945, dans l'ensemble du Nord canadien, des taux de mortalité supérieurs à 550 décès pour 100 000 personnes alors qu'il se situait autour de 65 pour 100 000 pour l'ensemble du Canada¹⁵³. De même au Québec, entre 1941 et 1945, le taux annuel moyen de mortalité chez les autochtones aurait été de 441,9 pour 100 000 alors qu'il fut de 77,8 pour 100 000 dans l'ensemble de la province¹⁵⁴.

151. *Vingt-quatrième rapport [...] finissant le 30 juin 1918*, p. 121. En 1921, 83 % des décès dus à la tuberculose étaient des cas de tuberculose pulmonaire. *Premier rapport annuel du Service provincial d'hygiène de la province de Québec*, Québec, Ls-A. Proulx, 1923, p. 191.

152. G. J. Wherrett, *The Miracle*, op. cit., et *La tuberculose au Canada*, Ottawa, Imprimerie de la Reine, 1966.

153. G. J. Wherrett, *The Miracle*, op. cit., appendice 4.

154. *Sixième rapport du ministère de la Santé pour l'année 1949*, Québec, 1950, p. 241.

Pourquoi une telle surmortalité? Cela tient à plusieurs facteurs, notamment géographiques, administratifs et culturels¹⁵⁵. D'abord, ces communautés constituaient, comme aujourd'hui, une très petite partie de la population. En 1956, par exemple, selon l'*Annuaire du Québec*, vivaient dans le nord du Québec (alors Nouveau-Québec) 4 231 personnes, soit 2 205 Inuits, 1 510 « Indiens » (Cris, Naskapis et Innus) et 516 autres¹⁵⁶. Or, ces communautés étaient dispersées en de nombreux îlots, de quelques dizaines ou centaines d'individus, sur un territoire immense d'environ 700 000 kilomètres carrés (soit plus que la moitié du Québec actuel). Et tous ces groupes étaient éloignés des centres et services.

Voilà une bonne raison, mais la seconde est plus choquante. Selon la Loi de 1876, l'autorité sur les « Indiens » et leurs territoires relevait du gouvernement fédéral, mais celui-ci refusait d'assumer ses responsabilités à leur endroit. De plus, en ce qui concerne les Inuits, le gouvernement prétextait que c'étaient des nomades, qu'il n'avait jamais signé de traité avec eux et qu'il ne pouvait pas les considérer comme des « Indiens » ou des Canadiens¹⁵⁷. Il y avait donc là un grave problème administratif. Il faudra attendre 1945 pour que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du gouvernement fédéral en vienne à assumer ses responsabilités envers les « Indiens » et les Inuits du nord du Canada, donc aussi envers ceux du Québec¹⁵⁸.

Il y avait aussi des raisons liées à la culture même de ces communautés. L'habitat, notamment, constituait un élément important

155. G. J. Wherrett développe certains de ces points dans *La tuberculose, op. cit.*, p. 57-64.

156. *Annuaire du Québec*, Québec, Ministère de l'Industrie et du Commerce, 1967, p. 295.

157. Sur ces questions, voir notamment : W. J. Vanast, « Hastening the Day of extinction : Canada, Quebec, and the Medical Care of Ungava's Inuits, 1867-1967 », *Études/Inuit Studies*, vol. 15, n° 2, 1991, p. 55-84 ; R. Quinn Duffy, *The Progress of the Eastern Arctic Inuit since the Second World War*, Kingston et Montréal, McGill-Queen's University Press, 1987, p. 3-18 et p. 51-94 ; et M. Lux, *Separate Beds : A History Of Indian Hospitals in Canada, 1920s-1980s*, Toronto, University of Toronto, 2016, chap. 2.

158. Sur la chronologie de 1867 aux années 1960, voir le chapitre 7 de J. B. Waldram, D. Ann Herring et T. Kue Young, *Aboriginal Health in Canada : Aboriginal, Cultural, and Epidemiological Perspectives*, Toronto, University of Toronto Press, 2006. Sur l'attitude du gouvernement fédéral à l'égard des Premières Nations au XIX^e siècle, voir James Daschuk, *La destruction des Indiens des Plaines. Maladies, médecine, famines organisées, disparition du mode de vie autochtone*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2015.

du problème. Comme les « Indiens » et les Inuits vivaient dans des tentes et des iglous, donc des lieux étroits, parfois mal ventilés et regroupant plusieurs personnes, le risque de contracter la maladie était très élevé lorsque l'un des membres d'une famille devenait contagieux¹⁵⁹.

Cette surmortalité fut aussi entretenue par les préjugés. Wherrett rappelle entre autres qu'on croyait que les Inuits avaient « une prédisposition supérieure à la normale » quant à la tuberculose¹⁶⁰. De même, Samuel Hutton disait à leur sujet en 1912 qu'ils montraient une faible résistance à la maladie¹⁶¹.

En 1948 le gouvernement canadien mit sur pied, pour ces communautés, un programme de dépistage de la tuberculose (au moyen d'appareils à rayons X portables) et d'hospitalisation des personnes déclarées malades. Mais il refusa de construire des sanatoriums dans le Nord. Au Québec et au Labrador, le dépistage des malades s'est fait en bonne partie au moyen d'un bateau qui s'arrêtait dans les localités longeant la Côte-Nord et les côtes du Labrador¹⁶². Ceux qui étaient déclarés atteints de la maladie devaient quitter leur village et n'avaient parfois que très peu de temps pour laisser leurs proches, sans savoir où ils seraient emmenés. Même des enfants furent ainsi séparés de leurs parents pendant des années. Entre 1948 et 1952, l'Hôpital du Parc Savard de Québec reçut certains de ces malades¹⁶³; puis ce furent le Weston Sanatorium de Toronto et le Mountain Sanatorium de Hamilton¹⁶⁴.

159. Sur cette question au début du XX^e siècle, voir par exemple Samuel K. Hutton, *Health Conditions and Disease Incidence Among the Eskimos of Labrador*, Poole, J. Looker Ltd, c1912.

160. G. J. Wherrett, *La tuberculose, op. cit.*, p. 57.

161. « [...] a low resisting power to disease », S. K. Hutton, *op. cit.*, p. 17.

162. Sur ce volet, voir E. Olofson, T. L. Holton et I. J. Partridge, « Negotiating Identities: Inuits Tuberculosis Evacuees in the 1940s-1950s », *Études/Inuit/Studies*, vol. 32, n° 2, 2008, p. 127-149; et W. J. Vanast, *loc. cit.* Sur la morbidité chez les Inuits entre 1966 et 1990, voir Pat S. Gryer, *A Long Way Home. The Tuberculosis Epidemic among the Inuit*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1994, p. 157.

163. Cet hôpital se trouve au 330 du boulevard Wilfrid-Hamel. V. Lépine, J. Bernier et R. Lessard, *Guide des archives hospitalières de la région de Québec 1639-1979*, Québec, Archives nationales du Québec, 2003, p. 48.

164. E. Olofson *et al.*, *loc. cit.*, p. 130.

En 1956, ce dernier établissement comprenait 753 lits dont 332 étaient occupés par des Inuits¹⁶⁵.

Ces malades se retrouvaient donc dans un milieu tout à fait étranger, souvent forcés de rester au lit (en raison des traitements de l'époque – la cure de repos –, mais aussi parce que cela facilitait le maintien de la discipline). On dit que sept à dix pour cent des Inuits du nord du Québec furent ainsi envoyés dans le Sud¹⁶⁶. Certains y sont restés pendant des années et ont parfois eu beaucoup de mal, à leur retour, à se réinsérer dans leur milieu. D'autres y sont décédés et, pour certains d'entre eux, les lieux où ils sont morts et ont été inhumés ne sont même pas connus. C'est dans ce contexte que le Comité de partenariat entre les Inuits et la Couronne a mis sur pied en 2017 le programme Nanilavut, qui signifie « Trouvons-les », afin de constituer une banque de données contenant toutes les informations disponibles sur les Inuits atteints de la tuberculose et emmenés dans le Sud pour y recevoir des soins¹⁶⁷.

La tuberculose et les autres maladies

Au début du XX^e siècle, la tuberculose cessa progressivement de faire partie du peloton des premières causes de décès. En 1950, dans son rapport, le ministère de la Santé du Québec a fourni une vue d'ensemble de cette question pour les années 1926 à 1945 (par tranches quinquennales). Entre 1926 et 1930, la tuberculose arrivait au troisième rang derrière « les affections du premier âge » et « les diarrhées et entérites ». Puis, à la fin des années 1930, elle passa progressivement au cinquième rang derrière les affections du cœur, les cancers, les néphrites et les affections du premier âge¹⁶⁸. En 1951, la tuberculose ne représentait plus que 4 % des décès au

165. M. Lux, *op. cit.*, p. 66.

166. E. Olofson *et al.*, p. 128.

167. « Inuits morts de la tuberculose. Ottawa publiera les lieux de sépulture », *La Presse*, 24 septembre 2017.

168. En 1930, 3 350 personnes décédèrent de la tuberculose au Québec, par rapport à 1 582 pour les cinq autres principales maladies contagieuses réunies (typhoïde, rougeole, scarlatine, coqueluche, diphtérie). P. Parrot, « La division de démographie », *Bulletin sanitaire*, vol. 48, n^o 3, août 1948, p. 63.

Québec¹⁶⁹. Comme ses voisins du début du siècle (la diphtérie, la scarlatine, la typhoïde, la rougeole, la coqueluche, etc.), elle avait quitté l'avant-scène médicale.

TABLEAU 12
Principales causes de décès au Québec (1926-1945)*
(Rangs et moyennes quinquennales)

	1926-1930		1931-1935		1936-1940		1941-1945	
	RANG	NBRE DE DÉCÈS						
Affections du premier âge	1	4 008	2	3 208	4	2 698	4	2 739
Diarrhée et entérite	2	3 488	7	2 298	9	1 500	8	1 324
Tuberculose	3	3 253	3	2 916	5	2 692	5	2 705
Pneumonie	4	3 188	5	2 602	6	2 373	6	2 046
Affections du cœur	5	3 117	1	3 751	1	4 252	1	6 240
Néphrites	6	2 180	6	2 357	3	2 953	3	3 235
Cancers	7	2 054	4	2 625	2	3 192	2	3 734
Grippe	8	1 612	10	1 176	10	1 222	9	687
Violence	9	1 518	8	1 551	8	1 650	7	1 839
Affections des artères	10	1 061	9	1 507	7	2 113	10	533
Total des décès au Québec		36 345		32 796		33 221		34 252
Taux de mortalité par tuberculose		8,9%		8,9%		8,1%		7,9%

* Source : *Sixième rapport du ministère de la Santé pour l'année 1949*, Québec, 1950, p. 227-229. Pour des comparaisons avec le reste du Canada, voir K. McCuaig, *op. cit.*, p. 299, ou J. J. Heagerty, « Health of the people of Canada », *Canadian Journal of Public Health*, déc. 1943, p. 534.

169. Louis Duchesne, *La situation démographique au Québec, bilan 1999*, Québec, Institut de la division de la démographie (statistique), 1999, p. 8.

Conclusions générales

Les chiffres sont accusateurs, et si d'ici à un certain nombre d'années, par notre propre indifférence, nous n'avons pas réussi à faire disparaître cette anomalie, ce serait une disgrâce à mettre à la charge de la profession¹.

En 1868, Villemin pensait que l'on pourrait éviter la tuberculose si on la connaissait². Or, au tournant du XX^e siècle, on savait tout ce qu'il fallait faire pour l'éviter. Depuis ses recherches, on savait qu'elle était contagieuse ; depuis 1882, grâce aux travaux de Koch, on savait qu'un micro-organisme en était la cause (le *mycobacterium tuberculosis*), et que ce bacille se transmettait par les microgouttelettes de salive éjectées par les malades lorsqu'ils toussaient, étternuaient ou crachaient. On savait aussi qu'on pouvait se protéger de cette maladie par des mesures particulières d'hygiène. De plus, grâce aux analyses de laboratoire et aux rayons X, on pouvait de mieux en mieux la diagnostiquer.

Pourtant, il a fallu encore beaucoup de temps avant que ces découvertes ne se traduisent par une baisse notable de la mortalité. De plus, cela ne s'est pas produit en même temps dans tous les pays ou régions. Au Canada, par exemple, certaines provinces ont mis

-
1. J.-D. Pagé, « Plan pour l'établissement d'une ligue anti-tuberculeuse dans un district rural », *BMQ*, vol. 12, 1910-1911, p. 318. Dans les années 1910, le docteur Pagé était officier sanitaire en chef du Port de Québec. L'Association canadienne anti-tuberculose, *Seizième rapport annuel, op. cit.*, p. 15.
 2. J.-A. Villemin, *Études*, p. 277.

plus de temps que d'autres à juguler ce problème. Ce fut notamment le cas du Québec. Dans cette province, entre 1910 et 1940, le taux de mortalité dû à la tuberculose est passé de 170 décès pour 100 000 personnes à 76,4 alors que, pendant ce temps, celui du Massachusetts est passé de 138 à 35, celui du Minnesota de 87 à 24,7, et celui de l'Ontario de 102 à 27 (tableau 13).

Des écarts semblables ont également été observés aux États-Unis entre les États³, et ailleurs entre les pays⁴. La Finlande, la Norvège, l'Irlande, la France et le Japon⁵, par exemple, semblent avoir gardé pendant longtemps des taux de mortalité supérieurs à ceux d'autres pays comme le Danemark et l'Australie⁶. Il n'est pas question ici d'essayer de comprendre l'origine des écarts entre ces différents pays, mais on doit au moins essayer de mieux comprendre le cas du Québec. Pourquoi, dans cette province, a-t-il fallu autant de temps pour contrôler la tuberculose? Pourquoi une telle mortalité pendant toute la première moitié du XX^e siècle?

Le rôle des pouvoirs publics

Une comparaison de l'organisation de la lutte contre la tuberculose, dans des régions et des villes qui ont connu des succès divers, peut nous aider à comprendre ce qui a pu faire la différence.

Leonard G. Wilson a décrit, dans un article, la façon dont le Minnesota est parvenu à contrôler cette maladie sur son territoire au début du XX^e siècle⁷. Il y montre notamment comment deux médecins (l'un de Minneapolis, George Head; l'autre de Duluth, Edward L. Tuohy), après avoir assisté au Congrès international sur

3. R. et J. Dubos, *op. cit.*, p. 267.

4. *Ibid.*, p. 233-235.

5. Sur la France voir D. S. Barnes, *The Making of a Social Disease. Tuberculosis in Nineteenth Century France*, Berkeley, University of California Press, 1995, p. 7-8; et S. Bello, M. Signoli et O. Dufour, « Analyse de l'évolution de la mortalité par tuberculose du XVIII^e au XX^e siècle dans quatre grandes villes françaises », *Médecine et maladies infectieuses*, vol. 30, 2000, p. 279-280.

6. R. et J. Dubos, *op. cit.*, p. 235.

7. L. G. Wilson, « The Rise and Fall of Tuberculosis in Minnesota: The Role of Infection », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 66, n° 1, 1992, p. 16-52.

la tuberculose qui s'était tenu à Washington du 28 septembre au 5 octobre 1908 en présence de Robert Koch⁸, furent convaincus que la mesure la plus efficace pour lutter contre cette maladie était de construire des sanatoriums pour les cas de tuberculose avancée. Ils arrivèrent à convaincre la législature du Minnesota de participer au financement de ce projet, et ce fut un succès. En 1918, cet État disposait déjà de 16 sanatoriums publics et de deux autres privés pour une population de 2 500 000 personnes⁹.

En ce qui concerne le Massachusetts, la façon dont la lutte contre la tuberculose fut conduite dans cet état est décrite, entre autres, dans le récit d'un Québécois venu, en compagnie de quatre autres diplômés de l'Université de Montréal, suivre un stage dans un sanatorium de cet État en 1927. Son récit fut publié deux ans plus tard dans *L'union médicale du Canada*¹⁰.

Cet État américain bénéficia, dès 1898, d'un premier établissement public pour les tuberculeux, le sanatorium Rutland. En 1911, une loi de l'État obligea chaque municipalité de plus de 10 000 personnes à disposer d'un dispensaire et de lits pour les tuberculeux. En 1923, le Bureau d'hygiène du Massachusetts se dota d'une division de la tuberculose et d'un programme très élaboré qui s'appuyait notamment sur les éléments suivants :

- déclaration par les médecins et les établissements publics des cas de tuberculose ;
- constitution d'un groupe de quatre médecins, payés par l'État, « dont l'unique occupation était d'examiner les enfants des écoles » ;
- hospitalisation de tous les cas de tuberculose ouverte (les contagieux), surtout s'il y avait des enfants dans les familles ;
- mise en place d'un réseau de sanatoriums.

8. T. D. Brock, *op. cit.*, p. 278-285.

9. Cité dans L. G. Wilson, « Commentary: Medicine, Population and Tuberculosis », *International Journal of Epidemiology*, vol. 34, 2005, p. 523-524.

10. Paul Dufault, « La lutte antituberculeuse dans le Massachusetts, cure et prévention », *UMC*, vol. 58, n° 1, janv. 1929, p. 216-224. Trois d'entre eux séjournèrent à Rutland, un à North Reading et le cinquième à Westfield. Un confrère de Paul Dufault rapporte que, de 1929 à 1944, celui-ci continua sa carrière au sanatorium de Rutland comme assistant directeur.

Les sanatoriums occupaient une place particulièrement importante dans le programme de cet État. En 1927, quatre d'entre eux relevaient de l'autorité du gouvernement de l'État : deux pour les adultes atteints de tuberculose pulmonaire ; un pour les cas de tuberculose ultrapulmonaire ; et un pour les enfants en début de maladie ; soit un total de 820 lits. De plus, ces quatre sanatoriums étaient desservis par une importante équipe médicale comprenant quatre médecins, deux chirurgiens, des infirmières et une spécialiste de l'alimentation. Il y avait aussi une école destinée à la formation des infirmières spécialisées. En 1927, 25 villes avaient un sanatorium et disposaient en moyenne d'une quarantaine de lits. Par ailleurs, six autres sanatoriums relevaient de l'autorité des comtés et on estimait le nombre de leurs lits à environ 600 cette année-là.

Ainsi, en 1927, la population du Massachusetts bénéficiait, pour une population d'environ 4 000 000 de personnes, d'un total de 3 500 lits réservés aux tuberculeux. Cette année-là, le nombre de décès dus à la tuberculose dans cet État fut de 2 883, c'est donc dire que le nombre de lits réservés à ce groupe de malades fut supérieur à celui des décès par environ 600¹¹.

Au Massachusetts, comme au Minnesota, la lutte contre la tuberculose se caractérisa donc tôt par une attitude interventionniste. On y trouvait non seulement un vaste programme d'isolement des cas de tuberculose active, mais aussi des ressources pour les enfants et les adultes en début de maladie¹².

De même, nous avons vu précédemment que, au Canada, les provinces qui ont le mieux réussi dans cette entreprise sont aussi celles qui ont eu tôt fait d'adopter des politiques d'admission gratuite des malades contagieux dans des sanatoriums ou dans des sections d'hôpitaux (Saskatchewan, 1929 ; Manitoba, 1936 ; Ontario, 1938).

11. *Ibid.*, p. 216.

12. Sur les programmes de santé publique à l'égard des enfants dans certaines villes américaines, dont Boston et New York, au début du XX^e siècle, voir D. Dwork, « Childwood », dans W. F. Bynum et R. Porter (dir.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Londres, Routledge, 1993, p. 1076-1084.

Au Québec par contre, à la même époque, les gouvernements avaient fait le choix de politiques non directives. En 1927, il n'y avait que deux organismes du gouvernement provincial concernés par la lutte contre la tuberculose : le Service provincial d'hygiène et le réseau des unités sanitaires de comtés nouvellement créés. Le rôle principal que la législature s'assignait était d'attribuer des subsides à ces deux organismes, ainsi qu'aux organisations bénévoles engagées dans la lutte contre la tuberculose (les ligues, les dispensaires, les sanatoriums et hôpitaux privés).

Le Service provincial d'hygiène avait avant tout pour fonction d'être un organisme-conseil auprès des municipalités, et de recueillir des données sur la santé publique de la province. Le rôle des unités sanitaires consistait, quant à lui, à effectuer le dépistage des malades dans les districts. Ces centres ne donnaient pas de soins et ne disposaient pas de lits pour les malades. Les sanatoriums existants étaient tous privés et comptaient peu de lits ; ils étaient réservés d'abord aux cas présentant des possibilités de guérison¹³. Les personnes pauvres étaient ainsi laissées à leurs familles, ou à elles-mêmes. Il n'y avait pas non plus de structure ou de direction centrale pour coordonner, ou aider à faire converger, le travail de ces organismes et celui des ligues antituberculeuses.

À l'échelon municipal, une comparaison entre New York et Montréal est elle aussi instructive. En effet, New York adopta très tôt, comparativement à Montréal, une réglementation qui mettait en pratique les enseignements de Koch. L'accent fut vite mis, et de façon systématique, sur la cause même du problème – l'agent contagieux : le toussueur cracheur de bacilles¹⁴.

13. Comme le dit Esdras Minville : « La loi de l'assistance publique adoptée en 1921 ne proposait pas d'établir des institutions d'État, mais seulement d'aider les institutions privées ou paroissiales », E. Minville, *op. cit.*, p. 236.

14. Selon Paul Starr : « The great contribution of the New York City Department was to translate the new bacteriology into practical use », *The Social Transformation of American Medicine*, New York, Basic Books, 1982, p. 185.

TABLEAU 13
Décès dus à la tuberculose dans différentes régions de 1900 à 1961 *
 (Taux pour 100 000 personnes)

ANNÉES	CANADA	QUÉBEC	ONTARIO	MASS., É.-U.	MINNESOTA	ANGL. ET GALLES	ALLEM.	NORVÈGE
1900		182,0		190,0	93,5		223,0	
1901		180,0			83,6		213,0	
1902		170,0					212,0	
1903		175,0					207,0	282,2 (1901-1905)
1904		171,0					203,0	
1905		160,0		164,0			204,0	
1906		166,0					189,0	
1907		161,0					184,0	
1908		163,0	112,0		92,3		178,0	260,0 (1906-1910)
1910		170,0	102,0	138,0	87,0			
1911		171,0	93,0		94,6			
1912		156,0	87,0		86,9			
1913		153,0	85,0		85,9	99,8		236,0 (1911-1915)
1914		155,0	85,0		88,5	105,5		
1915		145,0	89,0	117,0	81,5	118,5		
1916		143,0	92,0		86,0	119,8		
1917		139,0	88,0		84,8	129,8		

ANNÉES	CANADA	QUÉBEC	ONTARIO	MASS., É.-U.	MINNESOTA	ANGL. ET GALLES	ALLEM.	NORVÈGE
1918					91,6	135,8		226,0 (1916-1920)
1919					79,0			
1920				97,0	77,8	101,6		
1921					64,2	87,8		
1922					60,6	89,0		
1923					62,1	83,0		204,0 (1921-1925)
1924					57,8	85,1		
1925				71,0	54,0	84,2		
1926	84,3	127,9	58,3		57,0	76,7		
1927	81,7	120,8	56,5		53,7	78,9		
1928	81,4	121,1	56,7		48,3	75,5		161,0 (1926-1930)
1929	79,6	122,2	52,0		48,5	78,8		
1930	81,3	122,5	54,0	57,0	41,5	74,1		
1931					34,7	73,0		
1932					33,8	66,9		
1933					32,1	66,9		124,0 (1931-1935)

ANNÉES	CANADA	QUÉBEC	ONTARIO	MASS., É.-U.	MINNESOTA	ANGL. ET GALLES	ALLEM.	NORVÈGE
1934					30,0	61,5		
1935				43,0	30,8	59,0		
1936					32,0	55,3		
1937	60,9	88,2	36,2		30,0	56,1		
1938	55,3	82,2	33,7		26,3	53,1		91,0 (1936-1940)
1939	56,6	83,0	29,3		26,4	52,1		
1940	51,4	76,4	27,0	35,0	24,7	59,9		
1941	53,5	80,6	29,0		24,3	59,9		
1942	52,0	80,2	28,1		23,3	53,6		
1943	53,1	82,2	28,1		25,9	55,5		
1944	49,0	75,0	26,9		24,1	52,4		
1945	47,2	71,8	25,4		21,8	50,6		
1946	48,3	72,4	25,8		19,3	44,3		
1947	44,4	65,7	25,0		18,1	43,3		
1948	38,1	58,5	19,3		15,5	36,5		
1949	32,6	48,9	15,7		11,9	29		
1950	26,8	39,6	13,1		9,9	25,3		
1951	24,8	38,3	12,6		7,4	22,6		
1952	17,6	26,5	8,3		6,1	21,6		

ANNÉES	CANADA	QUÉBEC	ONTARIO	MASS., É.-U.	MINNESOTA	ANGL. ET GALLES	ALLEM.	NORVÈGE
1953	12,5	19,8	6,3		6,0	18,6		
1954	10,4	16,3	6,0		4,1	13,1		
1955	8,9	13,5	4,6		3,5	8,8		
1956	7,8	12,4	4,1		3,3	6,7		
1957	7,1	10,8	3,9		2,8	6,5		
1958	6,0	10,3	3,2		2,9	6,5		
1959	5,5	9,7	2,8		3,6	5,5		
1960	4,6	7,6	2,6		2,3	5,4		
1961	4,2	7,0	2,2		2,3	5,0		

* Il s'agit de la tuberculose pulmonaire et non pulmonaire. Au début du XX^e siècle, au Québec, la tuberculose pulmonaire représentait environ 80 à 85 % des cas de tuberculose. Voir par exemple les chiffres de 1926 à 1930 dans le *Neuvième rapport annuel du Service provincial d'hygiène*, Québec, R. Paradis, 1931, p. 257. Sources pour les taux de mortalité :

Québec de 1900 à 1917 : *Vingt-quatrième rapport annuel du Conseil supérieur d'hygiène de la province de Québec*, Québec, E. E. Cinq-Mars, 1918, p. 120.
 Ontario de 1908 à 1917 : *Report Relating to the Registration of Births, Marriages and Deaths in the Province of Ontario, for the Year Ending 31 December 1917*. Cité dans *UMC*, vol. 49, n° 11, nov. 1921, p. 594.
 Canada, Québec et Ontario de 1926 à 1930 : *Neuvième rapport annuel du Service provincial d'hygiène pour l'année 1930-1931*, Québec, R. Paradis, 1931, p. 260-261.
 Canada, Québec et Ontario de 1937 à 1961 : G. J. Wherrett, *La tuberculose au Canada*, Ottawa, Impr. de la Reine, 1966, p. 10. (Étude présentée à la Commission royale d'enquête sur les services de santé).
 Massachusetts : *Statistical History of the United States*, Ser. B155-156, cité dans B. G. Rosenkrantz, *Public Health and the State. Changing Views in Massachusetts, 1842-1936*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1972, p. 273.
 Minnesota : L. G. Wilson, « The Rise and Fall of Tuberculosis in Minnesota : The Role of Infection », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 66, n° 1, 1992, p. 51-52.
 Allemagne : F. L. Hoffman, *Care of Tuberculous Wage Earners in Germany*, Washington, Government Printing Office, 1912, p. 12.
 Angleterre et Pays de Galles : « Tuberculosis Mortality and Mortality Rate, England and Wales, 1913-2013 », *Data from the Office for National Statistics*. Site web de Public Health England à www.gov.uk, consulté le 20 mai 2015.
 Norvège : T. Ryymin, « Civilizing the Uncivilized : the Fight against Tuberculosis in Northern Norway at the Beginning of the Twentieth Century », *Acta Borealia*, vol. 24, n° 2, 2007, p. 143-161.

Selon le recensement des États-Unis, il y avait 2 050 600 personnes à New York en 1900 (dans Manhattan et le Bronx)¹⁵. Et 62,5 % des personnes qui vivaient dans les *slums* étaient des immigrants¹⁶ cohabitant à trois ou quatre familles dans un même logement¹⁷. Dans les quartiers est de la ville, la densité était plus grande qu'à Londres et à Paris (600 à 800 personnes à l'acre comparativement à 400 dans ces deux villes européennes). À New York, en 1886, la tuberculose atteignait un taux de 442 décès pour 100 000 personnes¹⁸ et, entre 1890 et 1893, ce taux varia entre 397 et 351 décès pour 100 000¹⁹.

À partir de 1894, le Département de santé de la Ville décida de s'attaquer à ce problème de la façon suivante : la tuberculose fut classée au nombre des maladies contagieuses ; une campagne d'éducation fut mise en place (des millions de circulaires et affiches furent distribuées dans différentes langues) ; des conférences furent faites dans les parcs et les écoles ; il fut interdit de cracher par terre dans les lieux publics ; des centres de dépistage furent ouverts dans les quartiers ainsi que des laboratoires afin de pouvoir y faire gratuitement des analyses de crachats ; de leur côté, les hôpitaux et les institutions publiques furent obligés de rapporter leurs cas de tuberculose au Bureau de santé de la Ville. En 1897, les médecins de pratique privée furent eux aussi soumis à la déclaration obligatoire. Les malades qui n'avaient pas la possibilité d'être suivis par un médecin étaient dirigés vers le Bureau de santé de la Ville et supervisés par des infirmières spécialisées ou des médecins. Un établissement, l'hôpital pour tuberculeux de North Brother Island, fut destiné aux indigents, et des pavillons d'hôpitaux furent ouverts pour les grands malades²⁰. En 1902, même les propriétaires

15. Jacob A. Riis, *The Battle with the Slum*, New York, Macmillan, 1902, p. 81.

16. *Ibid.*, p. 175.

17. Jacob A. Riis, *How the Other Half Lives. Studies among the Tenements of New York*, Sam Bass Warner Jr. (dir.), Cambridge (Mass.), The Belknap Press of Harvard University Press, 1970, p. 161, 182, 203.

18. « International Congress on Tuberculosis Washington », *The British Medical Journal*, 24 oct. 1908, p. 1288.

19. H. M. Biggs, *The Administrative Control of Tuberculosis*, New York, The Department of Health, City of New York, 1907, p. 9.

20. « International Congress on Tuberculosis Washington », *The British Medical Journal*, 24 oct. 1908, p. 1288 ; H. M. Biggs, *The Administrative Control*, p. 24.

d'immeubles furent soumis à la déclaration obligatoire, et des ressources pour la désinfection (au formaldéhyde) des habitations occupées par des tuberculeux furent rendues disponibles gratuitement²¹. On dit que la ville de New York disposait en 1908 d'environ 2 000 lits pour les cas de tuberculose (dans des sanatoriums et des hôpitaux), et que la majorité de ces lits étaient destinés aux personnes sans moyens et aux incurables²².

Le résultat de cette politique fut impressionnant. Entre 1886 et 1907, le taux de mortalité passa de 442 à 241 décès pour 100 000 personnes²³. Et, après la Première Guerre mondiale, la diminution continua d'être remarquable.

À Montréal, la gestion du problème de la tuberculose fut bien différente. La Ville n'avait pas de véritable programme ; elle misait beaucoup sur le travail des associations bénévoles, et les ressources humaines y étaient beaucoup moins importantes.

-
21. H. M. Biggs, *Brief History of the Campaign Against Tuberculosis in New York City*, New York, Catalogue of the Tuberculosis Exhibit of the Department of Health, 1908, p. 10. Sur ces programmes de la Ville de New York voir aussi Philip P. Jacobs, *The Campaign against Tuberculosis in the United States*, New York, The National Association for the Study and Prevention of Tuberculosis, 1908, p. 89-90 et p. 388-390.
 22. Sur ces mesures, voir le texte très utile de G. J. Drolet et A. M. Lowell, *A Half Century's Progress against Tuberculosis in New York City, 1900-1950*, New York, New York Tuberculosis and Health Association, 1952, p. xxii-xxxii, ainsi que l'article de Emily K. Abel, « Taking the Cure to the Poor: Patients' Responses to New York City's Tuberculosis Program, 1884 to 1918 », *American Journal of Public Health*, vol. 87, nov. 1997, p. 1808-1815. Les commissaires de la CRTB connaissaient ces mesures ; ils en parlent dans leur rapport : *Rapport de la CRTB*, 1910, p. 129-132.
 23. *The British Medical Journal*, 24 octobre 1908, p. 1288.

TABLEAU 14
**Taux de mortalité par tuberculose
à Montréal et à New York (1914-1948)***
(Taux pour 100 000 personnes)

MONTRÉAL		NEW YORK	
1901-1905	271,7	1900-1904	256
1906-1910	233,0	1905-1909	233
1911-1915	204,6	1910-1915	204
1917	187,8	1917	188
1918	189,5	1918	152
1926-1930	136,9	1925-1926	81
1931-1935	98,7	1930-1934	67
1936-1940	78,1	1935-1939	57
1941-1945	75,5	1940-1944	48
1945	65,4	1945	46
1946	67,3	1946	42
1947	59,7	1947	40
1948	50,0	1948	40

* Il s'agit de la mortalité globale (tuberculose pulmonaire et autres formes). Sources : Montréal : *UMC*, vol. 49, n° 11, nov. 1920, p. 595 ; et *Sixième rapport du ministère de la Santé pour 1949*, Québec, 1949, p. 241. New York : G. J. Drolet et A. M. Lowell, *A Half-Century's Progress against Tuberculosis in New York City, 1900-1950*, New York, New York Tuberculosis and Health Association, 1952, p. 38-39.

L'historiographie a déjà fait état de certains problèmes qui se posaient à cette époque dans le fonctionnement des comités de la Ville²⁴. Il existe par ailleurs une source qui a bien mis en évidence les faiblesses particulières du Bureau d'hygiène publique de la Ville quant à la lutte contre cette maladie. Il s'agit d'une enquête faite en 1927, par un comité de l'American Public Health Association, sur les activités en hygiène publique dans certaines grandes villes nord-américaines, dont Montréal²⁵. Plusieurs pages du rapport sur

24. P.-A. Linteau, *Histoire de Montréal depuis la Confédération*, Montréal, Boréal, 1992, p. 254-264.

25. *Enquête sur les activités en hygiène publique par le Comité d'enquête sur l'hygiène à Montréal*, Montréal, The Metropolitan Life Insurance Co., 1928, 156 p. L'avant-propos de ce texte a été écrit par trois personnalités de l'époque : C.-E. A. Winslow, le fondateur et directeur du Département de santé publique de l'Université Yale et président, en 1926, de l'American Public Health Association ; E. W. Beatty qui était alors

Montréal furent consacrées à sa gestion de la lutte antituberculeuse. Le comité remarqua d'abord un manque d'organisation : les activités de la lutte contre cette maladie « ne sont pas réunies et coordonnées dans un seul programme²⁶ ». Il fit aussi état d'un problème de transparence relativement au budget annuel que la Ville consacrait à la santé, dont celui de la tuberculose. Les budgets, nota-t-il, ne sont pas publics de sorte que « les autorités municipales ne sont pas obligées de donner des explications sur leurs décisions²⁷ ». Le comité trouvait aussi que la Ville n'assumait pas suffisamment ses responsabilités dans l'identification des malades contagieux. Le personnel n'était pas assez nombreux, notamment les infirmières. On n'y faisait pas suffisamment d'examen bactériologiques des crachats. D'ailleurs, avant 1927, le poste de bactériologiste du service du laboratoire de la Ville avait été « vacant pendant plusieurs années²⁸ ». En fait, déplorait le comité, on ne sent pas « d'effort systématique pour chercher la source de l'infection ». Si bien que le nombre de cas de tuberculose déclarés à Montréal était *deux fois moins important*, en moyenne, que celui relevé dans les autres villes de l'enquête. Or, comme le rappelait le comité, « il est impossible de contrôler la tuberculose sans rendre inopérants les foyers d'infection²⁹ ».

En somme, au Québec, au début du XX^e siècle, la tuberculose n'a pas fait l'objet d'une véritable politique. Les gouvernements n'avaient pas de vision d'ensemble, ni d'objectifs clairs, ni de stratégie commune. Comme le disait Esdras Minville en 1939 : « Se conformant aux enseignements du libéralisme économique [...] il fut pris pour acquis que les choses s'arrangeraient d'elles-mêmes pour le plus grand bien de la population sans que l'État soit appelé à intervenir³⁰. »

Cela dit, que penser du rôle de l'argent dans cette situation ? Dans quelle mesure aurait-on raison de penser que cette mortalité

président de la compagnie de chemin de fer Canadien Pacifique et chancelier de l'Université McGill ; et Lee K. Frankel, le vice-président de la Metropolitan Life Insurance Company.

26. *Ibid.*, p. 21, 37, 72.

27. *Ibid.*, p. 29.

28. *Ibid.*, p. 116.

29. *Ibid.*, p. 68, 52, 27, 19, 23, 66.

30. E. Minville, *op. cit.*, p. 236.

élevée était attribuable au fait que moins d'argent avait été investi dans la lutte contre la tuberculose au Québec que dans les autres provinces? Un sociologue a étudié cette question, en 1939, dans le cadre d'un mémoire pour la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces. Il a remarqué que le Québec était, avec l'Île-du-Prince-Édouard, la province qui dépensait le moins « par tête pour les traitements curatifs et préventifs de la tuberculose ». Mais il a aussi observé que si la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick dépensaient plus que l'Ontario et l'Alberta pour cette maladie, la mortalité y était quand même presque aussi élevée qu'au Québec³¹. On sait par ailleurs, à partir d'une étude sur les finances publiques, que les dépenses de la province pour la santé et le bien-être social ont beaucoup augmenté au Québec après 1910, et qu'elles constituaient près de 40 % du budget dans les années 1930³².

À vrai dire, dans la lutte contre cette maladie, l'essentiel ne semble pas tenir d'abord à l'importance des montants investis, mais plutôt à la façon dont ils ont été utilisés. Les mesures prises étaient-elles efficaces pour empêcher les foyers d'infection de se propager? Outre le dépistage, quelle importance a-t-on accordée à la déclaration obligatoire, à l'isolement des contagieux (chez eux ou dans des établissements), à la désinfection des lieux occupés par les malades, etc.? D'ailleurs aujourd'hui, quand une personne est atteinte de la tuberculose, la première mesure qui est prise, en vertu de la Loi québécoise sur la santé publique, est celle de l'isolement obligatoire³³.

Mais, pour clore ce volet sur le rôle des pouvoirs publics en ce qui a trait à la mortalité, il faut ajouter, à leur défense, qu'ils ne furent pas les seuls en cause. La profession médicale elle-même,

31. A. E. Grauer, *Hygiène publique. Étude préparée pour la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces*, Ottawa, 1939, p. 22.

32. Ruth Dupré, « Un siècle de finances publiques québécoises: 1867-1969 », *L'actualité économique*, vol. 64, n° 4, 1988, p. 571 et 575.

33. Voir la Loi sur la santé publique (MATO), L. R. S. Chap. S-2.2, R.2. Au Québec, les traitements sont aussi obligatoires. Voir aussi, par exemple, les articles de journaux suivants: « Le voyageur tuberculeux est poursuivi pour 1,4 million au Québec », *Le Devoir*, 13 juillet 2007; ou « Le périple d'un tuberculeux inquiète la santé publique. Des dizaines de passagers d'un autobus sont recherchés, plusieurs mois après avoir voyagé avec une personne infectée. », *Le Devoir*, 19 février 2016.

dans son ensemble, fut bien lente à s'engager de façon efficace dans le mouvement antituberculeux.

Le rôle de la profession médicale

Mais pourquoi a-t-elle été aussi lente à le faire ? Nous le savons déjà en partie depuis ce qu'on a vu sur l'étiologie, la formation médicale et la déclaration obligatoire. Il faut avoir à l'esprit que les découvertes qui ont été faites sur la tuberculose à la fin du XIX^e siècle étaient insécurisantes pour les médecins. Non seulement parce qu'elles leur demandaient de remettre en question leurs certitudes, mais aussi parce que la mise en pratique de ces nouvelles connaissances s'avérait contraignante. Pour Koch, comme on l'a vu, la cause de la maladie ne se trouvait pas dans le malade, dans ses présumées faiblesses ou dans son hérédité, mais à l'extérieur de lui. Elle se trouvait dans les bacilles dont il avait été infecté par d'autres personnes. Or, cette théorie impliquait de nouvelles responsabilités pour le corps médical. Comme le disait Flexner, en 1910, le rôle du médecin ne devait plus être seulement d'aider le malade à guérir, mais aussi de protéger la population³⁴. Et, puisque la façon de lutter contre la tuberculose consistait à empêcher les personnes contagieuses de contaminer leurs proches, cette lutte devenait impossible sans la collaboration des médecins ; elle devenait impossible sans la déclaration obligatoire. Or les médecins, en majorité, n'étaient pas prêts à accepter cela. Il leur incomberait aussi d'informer, de conseiller, et même de faire pression auprès des décideurs politiques afin qu'ils prennent les mesures de santé publique nécessaires.

Cette résistance fut en réalité le fait de plusieurs corps médicaux. Même en Allemagne, le pays de Koch, celui-ci eut du mal à faire reconnaître ses idées. Le célèbre Rudolf Virchow (1821-1902) mourut sans croire aux microbes³⁵. En 1901, Koch se plaignit à Biggs du fait que les médecins de son pays refusaient toujours

34. A. Flexner, *op cit.*, 1910, p. 68.

35. T. D. Brock, *Robert Koch. A Life in Medicine and Bacteriology*, Madison (W. I.), Science Tech Publishers, 1988, p. 29.

d'inclure la tuberculose dans la liste des maladies contagieuses³⁶. On l'a vu aussi à propos de la France : en 1917, la tuberculose n'y était toujours pas considérée comme une maladie contagieuse. Aux États-Unis, certains groupes de médecins se sentirent également menacés parce qu'ils avaient l'impression que leur discipline, en se rapprochant des sciences, allait perdre sa dimension humaine, s'éloigner du malade pour s'orienter de plus en plus vers le laboratoire et la recherche³⁷. D'autres semblaient douter de l'efficacité de ces nouvelles mesures sanitaires. En 1920, par exemple, C.-E. A. Winslow, le directeur du Département de santé publique de l'Université Yale, faisait remarquer que, au Rhode Island, l'enthousiasme qui avait prévalu à la fin du XIX^e siècle n'était plus au rendez-vous, et que les médecins avaient besoin d'être convaincus de nouveau que la tuberculose était une maladie grave, mais évitable³⁸.

En somme, pourquoi une telle mortalité par la tuberculose au Québec dans la première moitié du XX^e siècle ? Pour une bonne part, parce que la profession médicale, dans son ensemble, a été particulièrement lente à reconnaître le caractère infectieux et contagieux de cette maladie et à agir en conséquence, c'est-à-dire : à placer le bacille au centre de la formation des futurs médecins ; à reconnaître l'importance de la loi sur la déclaration obligatoire, à s'y conformer, et à favoriser son application ; enfin, à faire comprendre aux autorités publiques l'importance de l'isolement des personnes contagieuses, de la désinfection des lieux occupés par ces malades, de l'interdiction de cracher par terre, etc. De sorte que, pendant tout ce temps, les bacilles ont pu continuer de se propager.

36. D. M. Fox, « Social Policy and City Politics: Tuberculous Reporting in New York, 1889-1900 », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 49, n° 2, 1975, p. 169.

37. Ou, comme le dit S. W. Tracy, « an increasingly specialized, research-oriented medical profession », « George Draper and American Constitutional Medicine, 1916-1946. Reinventing the Sick Man », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 66, n° 1, 1992, p. 58.

38. « [...] reconvinced that tuberculous is a terrible, and largely a preventable disease », C.-E. A. Winslow, *The Tuberculous Problem in Rhode Island. A Survey Conducted for the Rhode Island Tuberculous Association*, Providence, Providence Press, 1920, p. 12.

Épilogue

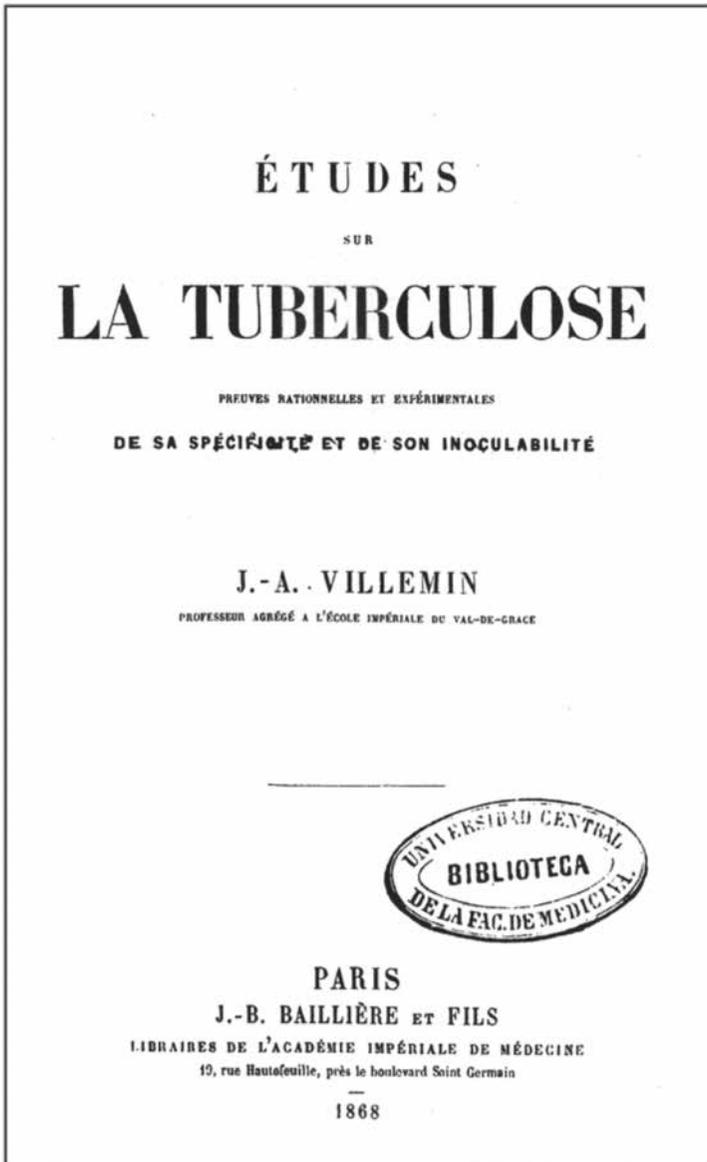
Au terme de cet exercice, on voit combien il a fallu de temps, malgré les observations des premiers contagionistes au XVIII^e siècle, malgré les intuitions de Villemin et d'autres médecins au XIX^e siècle, malgré les découvertes de Koch en 1882, et malgré tous les progrès de la bactériologie au tournant du XX^e siècle, avant que la tuberculose en vienne à être reconnue pour ce qu'elle est, une maladie infectieuse et contagieuse. On a vu également combien les croyances ont balisé l'histoire de cette maladie du XVIII^e jusqu'au XX^e siècle, et combien certaines d'entre elles s'enracinent loin dans le temps.

On a vu aussi combien, au XX^e siècle, les résistances à la théorie de la contagion ont été variées et tenaces. Elles ne prirent pas la forme d'une opposition complète, explicite, totale, mais plutôt passive et partielle. Il ne s'agissait pas tant de nier la contagion, mais plutôt de concilier les découvertes de Villemin et de Koch avec les croyances anciennes relatives à l'hérédité, aux prédispositions morbides, à la dégénérescence, etc. Ainsi, il aura fallu plus d'un demi-siècle, après les découvertes de Robert Koch, pour que le *mycobacterium tuberculosis* soit reconnu comme la vraie cause de la tuberculose.

ANNEXE I

Études sur la tuberculose

par Jean-Antoine Villemin – Extraits



Jean-Antoine Villemin, *Études sur la tuberculose. Preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculabilité*, Paris, J.-B. Baillière et Fils, 1868, 662 p. Ce livre est accessible en ligne à l'adresse suivante : [https://www.worldcat.org/title/etudes-sur-la-tuberculose-preuves-rationnelles-et-experimentales-de-sa-specificite-et-de-son-inoculabilite/oclc/715032671&referer=brief_results]

Extrait 1 : « De la diathèse tuberculeuse » (p. 270-273)

Si l'on nous demande ce que c'est que cette redoutable maladie, nous répondons, non sans quelque naïveté : c'est une diathèse spéciale ; et nous voilà satisfaits et dispensés de chercher. Mais au demeurant, n'est-ce pas comme si nous disions que la tuberculose est une disposition à faire des tubercules !

[...] Si nous combattons un peu ici l'usage du mot diathèse, c'est qu'il nous semble trop bien s'accommoder à l'idée de la spontanéité des actes pathologiques et de l'éclosion mystérieuse des maladies sans l'intervention d'une cause déterminante essentielle. N'est-ce pas ainsi que beaucoup interprètent la diathèse tuberculeuse ? Ainsi ces myriades de granulations, qui font simultanément ou successivement éruption dans une foule d'organes à la fois, seraient des productions spontanées ou tout au moins apparues par le fait d'une bronchite, d'un refroidissement, de l'inhalation d'un peu de poussière, d'un coup sur la poitrine ! Demande-t-on comment une pleurésie a pu, non seulement faire éclore des tubercules dans la plèvre, mais aussi et en même temps dans le péritoine, la rate et le foie ? C'est la diathèse qui ne demandait qu'à se manifester à la moindre occasion, et même, le cas échéant, qui peut se traduire *proprio motu* par ses effets propres.

Cependant, nous sommes d'avis que si l'on veut prendre pour base de raisonnement les idées que nous avons exposées dans les précédentes Études, on n'éprouvera nul embarras pour déterminer l'acception qu'il convient de donner à la diathèse tuberculeuse. En voyant cette multiplicité de petits processus, semés dans les organes les plus éloignés les uns des autres et nés, comme nous l'avons vu, de la réaction proliférante des éléments conjonctifs, une idée s'impose impérieusement à la raison, c'est que cette réaction n'a pu se faire sans une action préalable, *directement* exercée sur les éléments réagissants. Le stimulus morbide a donc nécessairement été divisé et éparpillé dans toute l'économie par l'intermédiaire du sang. Les lésions qu'il détermine étant toujours identiques à elles-mêmes, affectant une classe spéciale et unique de tissus, manifestant une prédilection marquée pour le poumon, tout en atteignant

d'autres organes, etc., tous ces caractères, disons-nous, nous forcent d'admettre, *en nous fondant sur l'analogie, que la diathèse tuberculeuse n'est pas une simple disposition morbide, manifestant ses effets sous les premières influences venues, mais bien plutôt une véritable maladie générale relevant d'un agent unique dans son essence et constant dans ses effets.*

Extrait 2 : « De l'hérédité dans la production de la phthisie »

a) (p. 278-282)

Le rôle de l'hérédité dans la phthisie est-il donc si apparent, sa part est-elle si considérable pour que son influence s'impose comme une vérité indiscutable? Examinons les faits sur lesquels on l'appuie.

Les médecins des siècles passés avaient été frappés en voyant des cas de tuberculisation se répéter sur les membres d'une même famille; impuissants à reconnaître et à préciser la cause de cette maladie, ceux qui repoussaient la contagion n'avaient trouvé rien de plus plausible à invoquer qu'un *vice du sang* inhérent à la souche. Cette manière de voir était du reste en parfaite conformité avec les théories humoristes de ce temps et cachait aux yeux du monde l'imperfection de la science sur ce point. L'idée devait bien vite faire son chemin, car on n'avait rien de plus vraisemblable à mettre à sa place, et l'esprit humain s'avoue difficilement à lui-même son ignorance de la cause des choses.

Il ne manque pas d'exemples, du reste, pour prêter à cette croyance les apparences d'une vérité générale. La phthisie, comme toute autre maladie, ne se répartit pas d'une façon tellement uniforme que chaque famille lui paye un égal tribut, et l'on a dû être parfois étonné, en effet, de la voir enlever successivement plusieurs membres dans la même famille, plusieurs enfants d'une même lignée. Toutefois l'influence de l'hérédité dans la production de la tuberculose n'était qu'une croyance que chacun adoptait ou rejetait selon son expérience personnelle.

Quand on commença à diriger la statistique vers la solution des différents problèmes médicaux, on s'en servit dès lors pour essayer de confirmer l'opinion que l'on avait sur l'hérédité de la tuberculisation. Rien n'est plus disparate que les résultats connus ; c'est qu'aussi il n'y a rien de plus difficile que de réunir des éléments irréprochables pour un pareil calcul ; la bonne foi du malade, son degré d'intelligence, ses propres théories sur sa maladie, sa mémoire plus ou moins fidèle influent beaucoup sur les résultats obtenus. Ajoutons que les idées préconçues du médecin peuvent être aussi, et à son insu, une cause d'erreur. Quelle valeur peut avoir, par exemple, cette réponse souvent arrachée à un malade : « Je crois que mon père est mort de la poitrine. » N'y a-t-il pas lieu de s'étonner, avec M. Louis, de ce [que] M. Briquet ait pu, sur 106 malades, obtenir 98 fois des renseignements précis, certains sur la santé de leurs parents, sur la maladie à laquelle ils avaient succombé, quand ils les avaient perdus avant leur admission à l'hôpital (1) ?

[(1) Louis, *Recherches sur la phil.*, 2^e édit., p. 583.]

Un reproche général qu'on peut faire aux résultats de la méthode numérique, appliquée à la question qui nous occupe, c'est qu'ils sont déduits de chiffres bien trop minimes pour avoir une signification sérieuse. La statistique de M. Louis est basée sur 51 cas ; celle de M. Piorry sur 54 d'abord et sur 269 ensuite ; celle de M. Briquet sur 98. Quoi qu'il en soit des chiffres qui ont servi de base aux calculs de ces observateurs et du degré de rigueur apporté dans le choix des renseignements recueillis auprès des malades, voici les résultats, nous verrons ensuite ce qu'ils prouvent ou ne prouvent pas.

Lanthois (1) reconnaît l'influence de l'hérédité dans 1/6 des cas. Piorry, dans un premier relevé, ne la trouve que de 1/13 ; dans un deuxième calcul, elle est d'un peu moins de 1/4. La moyenne de ces deux chiffres donne un peu moins de 1/6. M. Pidoux trouve 1/4. M. Louis n'arrive qu'à la proportion de 1/10. Lebert donne 1/6, MM. Rilliet et Barthez 1/7. Le chiffre le plus en faveur de l'hérédité est celui de M. Briquet (2). Cet auteur a trouvé cette influence dans le tiers des cas. Or, comme nous l'avons dit, il est bien difficile de ne pas s'associer aux reproches de M. Louis touchant

l'exactitude des résultats de M. Briquet, et cependant en considérant ces chiffres comme purs de toute cause d'erreur et comme étant l'expression exacte du rapport des phthisies héréditaires et des phthisies acquises, que doit-on en conclure ?

[(1) Lanthois, *Théorie nouvelle sur la phthisie pulmonaire*. Paris, 1822.]

[(2) Briquet, *Étiologie de la phthisie pulmonaire (Revue médicale,* 1842).]

Et d'abord, si l'hérédité peut être cause directe, efficiente de la tuberculose, le plus grand nombre des cas n'en ressortissent pas moins à une autre influence qu'il s'agit de déterminer. Le problème étiologique n'est pas même résolu à moitié ; la plus grosse part reste à l'inconnu. L'hérédité n'est quand même qu'exceptionnelle, le chiffre le plus considérable est à l'avantage des phthisies acquises ; ce sont elles qui constituent la loi générale. Cependant à voir l'abus que l'on fait de l'hérédité, on croirait réellement qu'elle embrasse la presque totalité des cas.

Si un jour on a le bonheur de découvrir l'agent causal de la tuberculose acquise (puisque l'on veut qu'il y ait deux origines à cette maladie) et qui compte pour les 2/3, va-t-on, par exemple, refuser à cet agent toute espèce de rôle dans la provocation des phthisies dites héréditaires, sous prétexte que les individus qui en sont atteints ont eu un père, une sœur, un oncle, un cousin qui sont morts tuberculeux ? Mais si l'on voulait appliquer ce principe au choléra, à la variole, à la fièvre typhoïde, nous aurions aussi des choléras, des varioles, des fièvres typhoïdes héréditaires.

b) (p. 284-285)

Ainsi donc, les chiffres de 1/3, 1/4, 1/5, qui représentent les rapports des phthisies dites héréditaires avec les phthisies acquises, ne prouvent rien en faveur de l'hérédité, puisqu'ils correspondent en même temps aux proportions entre la mortalité par phthisie et la mortalité générale en différents lieux et dans différentes classes d'hommes. Ceux qui expriment un rapport représenté par 1/6 (Lanthois), 1/7 (Rilliet et Barthez), 1/10 (Louis), 1/13 (Piorry),

sont au moins erronés ou tout à fait à l'encontre de l'influence héréditaire.

Dans l'armée, où la phthisie est si fréquente, à Paris du moins, les antécédents tuberculeux sont presque nuls, parce que la population militaire est en majeure partie tirée de la campagne, où la phthisie est relativement moins commune qu'à Paris. C'est principalement dans les villes populeuses, chez les pauvres, les ouvriers, que la phthisie sévit. Or c'est aussi cette population qui peuple les hôpitaux et qui fournit les éléments de la statistique. C'est elle par conséquent aussi qui doit fournir le plus de cas en faveur de l'hérédité.

Extrait 3 : « La morve est la maladie la plus voisine de la tuberculose » (p. 459-462)

Ce qu'il convient de signaler encore dans l'histoire comparative de la tuberculose et de la morve, c'est la fluctuation des idées qu'on retrouve la même à propos de la *contagiosité* de ces deux affections. L'une et l'autre ont été déclarées contagieuses par les uns, non contagieuses par les autres. Quand vint l'époque dont nous venons de parler plus haut, où l'idée de contagion fut presque entièrement bannie de la médecine, il ne devait naturellement plus en être question pour la phthisie, mais on la nia aussi pour la morve, la variole, voire même pour la syphilis, malgré l'évidence des faits. Et telle était l'ardeur des convictions, l'exaltation des esprits et l'obscurcissement de la raison par les théories de l'école physiologique, que la preuve de l'inoculabilité de cette dernière coûta la santé et la vie à deux malheureux. De ces idées il reste encore aujourd'hui un empire immense. La transmissibilité et la spécificité de la morve ont beau s'imposer avec l'autorité de faits irrécusables, on cherche toujours à la faire naître de causes communes. Pour se sauver des regrets que cause l'acceptation forcée d'idées que l'on repousse et dont on s'est si longtemps défendu, on se réfugie dans les exceptions apparentes que la preuve de la vraie cause ne peut rigoureusement appuyer, et l'on triomphe dans la spontanéité, c'est-à-dire dans l'inconnu et l'inexpliqué. Les arguments spécieux ne manquent

pas en faveur de la banalité étiologique de la morve ; on les retrouve, du reste, à propos de toute maladie dont la contagion et la spécificité sont discutées. S'agit-il d'un grand nombre d'individus atteints en un même lieu, c'est l'effet de conditions communes, de circonstances identiques. A-t-on affaire à des cas isolés, quelque favorables qu'ils soient à l'idée d'une transmission, ce sont des faits rares, exceptionnels que le hasard seul doit endosser. Ainsi on a raisonné sur la morve, ainsi on a raisonné sur la phthisie. Si les chevaux d'une écurie régimentaire ont été décimés par la morve, c'est que nourriture, travail, repos, logement tout était commun. Si la tuberculose se montre relativement fréquente dans la troupe ou dans toute autre agglomération humaine, c'est que tous les individus sont soumis aux mêmes influences.

Cependant la démonstration de la contagion de la morve et de sa nature spécifique ne devait pas se faire attendre plus longtemps ; mais il ne pouvait en être de même de la tuberculose. Les expériences de Gohier (1813) ne permettaient plus de douter un seul instant de la transmissibilité de la morve par inoculation, ni même par contagion à distance, et cependant on sait avec quelle ardeur les anticontagionistes combattirent les expériences et les preuves de ce genre (1).

[(1) Voyez Saint-Cyr, *Nouvelles études historiques, critiques et expérimentales sur la contagion de la morve*. Paris, 1864.]

En 1842, la transmissibilité de la morve du cheval à l'homme, réveillée, appuyée et agrandie par M. Rayet, vint ranimer la question et lui faire faire un pas de plus dans la voie de la spécificité ; mais aujourd'hui encore bien des observateurs croient pouvoir attribuer à la morve des solipèdes mille causes diverses se rapprochant plus ou moins, comme nous l'avons vu, de celles que l'on attribue à la phthisie. De temps en temps aussi des médecins, frappés des coïncidences surprenantes de phthisie entre conjoints, essayent bien de ramener à l'idée possible de la transmissibilité, à laquelle avaient cru les anciens, mais la preuve qui a fait cesser l'hésitation pour la morve n'a pu être donnée jusqu'ici pour la tuberculose.

En résumé, il n'y a aucune maladie dans le cadre nosologique qui ait entre elles des analogies plus nombreuses et plus évidentes que la tuberculose et la morve. Elles se touchent par tous les côtés de leur histoire jusqu'à se confondre en plusieurs points. Frappé d'un pareil rapprochement, nous ne pouvons nous empêcher de les considérer comme deux espèces voisines d'un même genre; mais alors une particularité des plus importantes doit achever de compléter la ressemblance. La morve est inoculable, la tuberculose ne le serait-elle pas aussi? La morve, comme affection spécifique, n'atteint qu'un nombre limité d'espèces zoologiques (les solipèdes et l'homme). La phthisie ne se comporterait-elle pas de même? C'est ce que nous verrons plus loin.

ANNEXE II

Rapport de la Commission royale de la tuberculose, 1909-1910

– Extraits (p. 3-12)



RAPPORT
DE LA
Commission Royale
DE LA
Tuberculose

PROVINCE DE QUEBEC
1909-1910

PROVINCE DE QUÉBEC

EDOUARD VII, par la Grâce de Dieu, Roi du Royaume-Uni de la Grande-Bretagne et d'Irlande, et des possessions britanniques au-delà des mers, Défenseur de la Foi, Empereur des Indes.

À MM. E.-Persillier Lachapelle, J. George Adami, Thomas Roddick, Hon. James J. Guerin, J. Edmond Dubé, Elzéar Pelletier et Joseph Lespérance, médecins; Charles M. Holt, avocat et Conseiller du Roi, et Jeffrey Burland, de la Cité de Montréal; MM. Michael J. Ahern, Charles R. Paquin, Arthur Simard et Arthur Rousseau, médecins de la Cité de Québec, et G. Bourgeois, médecin de la Cité de Trois-Rivières, Salut :

Sachez, que, reposant pleine confiance en votre loyauté, intégrité et capacité, nous vous avons, de Notre faveur spéciale, connaissance certaine et plein gré, commis, constitué et nommé, et par les présentes vous commettons, constituons et nommons vous les dits E.-Persillier Lachapelle, J. George Adami, Thomas G. Roddick, James J. Guerin, J. Edmond Dubé, Elzéar Pelletier, Joseph Lespérance, Charles M. Holt, Jeffrey Burland, Michael J. Ahern, Charles R. Paquin, Arthur Simard, Arthur Rousseau, et G. Bourgeois, commissaires royaux pour rechercher les moyens pratiques de combattre la propagation de la tuberculose; M. le D^r E.-P. Lachapelle, devant être le président des dits commissaires.

Pour par vous les dits Messieurs ci-haut nommés, tenir exercer la dite charge et en jouir avec tous les droits, pouvoirs, autorité, privilèges et avantages appartenant à la dite charge durant Notre bon plaisir.

EN FOI DE QUOI, Nous avons fait rendre Nos présentes Lettres-Patentes et à icelles fait apposer le Grand Sceau de Notre Province de Québec.

TÉMOIN : Notre Très Fidèle et Bien-Aimé l'Honorable Sir C. Alphonse Pantaléon Pelletier, Chevalier, Commandeur de Notre Ordre Très distingué de Saint-Michel et Saint-Georges, membre de Notre Conseil Privé pour le Canada, Lieutenant-Gouverneur de Notre dite Province.

À Notre Hôtel du Gouvernement, en Notre Cité de Québec, dans
Notre dite Province, ce neuvième jour d'août, dans l'année de Notre
Seigneur, mil neuf cent neuf, et de Notre règne la neuvième.

Par ordre,

L. RODOLPHE ROY,
Secrétaire.

PRÉFACE

Lettre au Lieutenant-Gouverneur résumant le Rapport

Montréal, 31 décembre, 1910

À Son Honneur le Lieutenant-Gouverneur en Conseil,

La Commission Royale, que vous avez nommée, le neuvième jour d'août de l'an mil neuf cent neuf, en vertu des articles 596 et suivants des S.R.P.Q., pour rechercher les moyens pratiques de combattre la propagation de la tuberculose, a l'honneur de vous présenter son rapport ci-joint.

Comme ce rapport est nécessairement volumineux, à cause de la grandeur et de la complexité de la question étudiée, nous avons pensé devoir vous présenter d'abord un résumé contenant les conclusions et les recommandations les plus importantes, sans laisser croire, cependant, que les autres n'ont pas leur importance.

Le rapport est divisé en quatre chapitres. – Le premier, par l'étude des statistiques, fait connaître l'étendue du mal dans notre province, et les pertes économiques qu'il entraîne.

Le deuxième traite des causes sociales de la tuberculose et des causes spéciales à la Province de Québec.

Le troisième contient l'énumération des moyens pratiques suggérés par la Commission pour combattre la tuberculose.

Le quatrième contient quelques exemples choisis de ce que font certains autres pays pour lutter efficacement contre cette maladie.

Ces exemples pourront inspirer tous ceux qui ont une responsabilité dans la lutte anti-tuberculeuse et faciliter la tâche du Gouvernement.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1. La tuberculose est une maladie infectieuse et transmissible due à un bacille spécial.
2. L'expérience de toutes les nations civilisées démontre que, à l'instar de toutes les maladies infectieuses, la tuberculose est évitable.
3. La tuberculose est responsable d'une mortalité près d'un tiers plus élevée que celle de toutes les autres maladies contagieuses ordinaires réunies (chap. I, p. 14).
4. La mortalité tuberculeuse dans la Province de Québec est plus élevée que celle de la Province d'Ontario et des États-Unis voisins (chap. I, p. 30).
5. Pendant que dans maints autres pays la mortalité tuberculeuse subit une décroissance de 40 à 50 pour cent, comme résultat d'une lutte bien organisée, la nôtre reste stationnaire (chap. I, p. 26).
6. Notre population rurale offre une mortalité tuberculeuse dont le taux se rapproche trop de celui de la population urbaine qui vit cependant dans des conditions beaucoup plus anti-hygiéniques. L'explication en est donnée au chap. I, p. 16, et chap. II, p. 80.
7. La mortalité tuberculeuse plus élevée chez nos femmes est un fait particulier à notre province, car dans tous les autres pays, c'est l'homme qui paie un plus fort tribut à la tuberculose (chap. I, p. 19, et II, p. 66).
8. Enfin, la statistique démontre que les Canadiens-Français meurent plus de tuberculose que les Canadiens-Anglais (chap. I, p. 18 et II, p. 67).
9. Et il ne faut pas seulement considérer la mortalité pour avoir une idée de la gravité de cette maladie, mais aussi sa morbidité, c'est-à-dire, le nombre considérable d'individus qu'elle affecte plus ou moins. On peut affirmer que dans les milieux industriels

pour un individu qui meurt de tuberculose trois en sont atteints suffisamment pour être affectés dans leur capacité de travail.

10. Et pour avoir une idée plus exacte encore de la gravité de la tuberculose comme mal social, il faut en considérer l'aspect économique, ce qui est fait au chap. I.
11. Elle fait ses victimes les plus nombreuses entre l'âge de 20 à 45 ans, alors que la vie humaine a la plus grande valeur économique et nationale. En prenant pour base les calculs qui ont été faits ailleurs par des experts, on peut affirmer que la Province de Québec perd annuellement environ 20 000 000 \$.

CAUSES PRÉPONDÉRANTES

L'ignorance presque générale de la contagiosité de la tuberculose; la contagion dans les familles, dans la vie collective à l'école, pensionnats, bureaux, ateliers; la préparation de l'organisme à l'infection par l'air vicié dans tous les milieux, par l'habitation insalubre, par l'alcoolisme, par le travail prématuré chez l'enfant et excessif chez les adultes dans certaines industries, par les métiers à poussière voilà les causes prépondérantes de la tuberculose.

MOYENS DE COMBATTRE LA TUBERCULOSE

La cause essentielle et directe de cette maladie étant l'infection ou la contagion, les moyens prépondérants sont évidemment ceux qui la combattent. Mais comme cette infection, selon la loi générale, ne se développe que dans les organismes déprimés, à moins toutefois que l'infection ne soit massive, il faut tenir compte des causes prédisposantes et les écarter dans la mesure du possible. Les moyens se divisent donc en deux classes: 1. Ceux contre la maladie elle-même et ses modes de propagation; 2. Ceux contre les causes prédisposantes de source sociale (chap. II, p. 40-54).

A. – MESURES À PRENDRE CONTRE LA MALADIE ELLE-MÊME

1. Campagne d'éducation. – Il faudrait apprendre au peuple que la tuberculose est une maladie infectieuse et, par conséquent, évitable; qu'elle est transmise par l'expectoration des malades avancés et qu'il faut se garantir contre cette principale source de maladie. Une fois que ces notions fondamentales seront courantes dans le peuple, celui-ci deviendra le principal facteur dans la lutte anti-tuberculeuse. Une telle éducation doit commencer à l'école par l'enseignement des principaux éléments d'hygiène et être continuée ensuite dans le peuple par divers moyens, tels que : – distribution d'imprimés, articles dans les journaux, conférences, etc. (chap. III, p. 103).
2. La déclaration obligatoire de la tuberculose. – Elle est édictée dans la loi sanitaire de la Province de Québec, mais elle n'est pas appliquée; aussi, pour la rendre effective, la Commission vous suggère quelques moyens au chap. III, p. 89. Cette déclaration est, de première importance, car seule elle permet, 1. de connaître les foyers de la maladie; 2. de désinfecter les habitations contaminées et de protéger ainsi la santé des nouveaux locataires.
3. Désinfection obligatoire des habitations quittées par les tuberculeux, car il est démontré qu'une maison infectée peut transmettre la tuberculose (chap. II, p. 57-71; chap. III, p. 97).
4. Règlements contre l'expectoration dans tous les endroits publics, car l'expectoration des tuberculeux peut contenir des millions de bacilles qui, mêlés à la poussière, infectent les personnes qui inhalent cette poussière. Dans quelques villes ces règlements ont déjà produit un changement marqué dans la vilaine et dangereuse habitude de cracher partout. L'opinion publique étant en faveur de tels règlements, il serait facile maintenant, grâce à l'éducation faite, de rendre leur application plus rigoureuse (chap. III, p. 90).
5. Dispensaires anti-tuberculeux. – Le dispensaire est l'instrument le plus important de l'armement anti-tuberculeux, cela est reconnu de plus en plus par les nations qui ont engagé la lutte

contre la tuberculose. Il réunit, en effet, bien des qualités ; il est à la fois un instrument d'éducation populaire, de prophylaxie, de traitement et de secours ; il atteint le plus grand nombre de malades et fait la plus grande somme de bien avec le moins de frais, car c'est une institution qui ne coûte pas cher. Sous l'amorce d'un traitement gratuit pour toutes les maladies des voies respiratoires et de secours aux nécessiteux, le dispensaire attire un grand nombre de malades, diagnostique les cas contagieux et leur fait prendre des précautions, fait un choix judicieux des cas avancés qui doivent être hospitalisés, envoie à domicile des garde-malades qui instruisent les familles et dépistent d'autres malades qui ont besoin de traitement, fournit des crachoirs hygiéniques, des antiseptics [*sic*] et de la nourriture, suit les malades sortis du sanatorium, enfin, il est un centre d'information précieux pour le bureau d'hygiène (chap. III, p. 91).

6. Isolement des cas de tuberculose ouverte, car l'infection de l'homme par l'homme est la principale source de propagation de la tuberculose. Cette maladie est dite ouverte lorsque l'organe attaqué, le plus souvent le poumon, rejette au dehors le bacille. Si l'on pouvait connaître et isoler tous ces cas on triompherait facilement de la tuberculose, car, en isolant un seul cas de tuberculose ouverte, on se trouve à faire disparaître un foyer de contamination pour plusieurs autres individus. Si on pouvait seulement isoler un dixième de ces malades avancés et désinfecter leur habitation, nous pourrions compter sur une réduction de 10 pour cent dans la mortalité tuberculeuse dans l'espace de trois ans. Il est donc de première importance de pourvoir à l'isolement de ces cas de tuberculose ouverte (chap. III, p. 92).

B. – MESURES CONTRE LES CAUSES PRÉDISPOSANTES

1. L'inspection médicale des écoles et des établissements industriels. – L'inspection médicale des écoles et des établissements où l'on travaille en commun a de grands avantages ; elle est d'abord un excellent moyen d'éducation populaire et ensuite de contrôle de l'application des règlements sanitaires. Elle fera disparaître trois grandes causes de tuberculose : le manque de

ventilation, l'encombrement et l'absence de précautions contre la contagion. L'inspection médicale est le seul moyen d'améliorer rapidement les conditions anti-hygiéniques dans lesquelles vivent un trop grand nombre d'écoliers et de travailleurs (chap. III, p. 102).

2. Condamnation des habitations insalubres. – Il est bien démontré que les maisons sombres, humides, encombrées et malpropres sont de véritables nids à tuberculose (chap. II, p. 79). L'habitation insalubre a une si réelle influence sur la conservation de la tuberculose dans certains pâtés de maisons ou dans certains quartiers qu'on a pu dire que la tuberculose est une maladie de maison. L'habitation humide et sombre est un grand facteur de tuberculose parmi les nôtres et l'habitation encombrée et malpropre l'est parmi les immigrés (chap. II, p. 57; chap. III, p. 94).
3. Combattre l'alcoolisme. – Quoique la Province de Québec puisse supporter avantageusement la comparaison avec les autres pays civilisés au point de vue de la consommation d'alcool, cependant, il faut bien l'avouer, l'alcoolisme existe et il est sans aucun doute une cause prédisposante directe et indirecte à la tuberculose. La Commission est d'opinion que le Gouvernement peut faire beaucoup pour diminuer le mal que fait l'alcool au peuple (chap. III, p. 99).
4. Création de préventoriums. – Moyen subsidiaire, mais cependant d'une réelle importance, est le préventorium, institution où les convalescents de certaines maladies aiguës qui prédisposent particulièrement à la tuberculose, vont suivre un traitement sanatorial pour se fortifier contre cette maladie qui guette les personnes affaiblies. En général, ceux qui se maintiennent en bon état de santé résistent à l'infection à moins qu'elle ne soit massive ou longtemps répétée.
5. École en plein air. – Les expériences faites en Allemagne et aux États-Unis démontrent que les enfants faibles, anémiques, prédisposés à la tuberculose sont transformés en peu de temps par l'école en plein air. La Commission recommande fortement ce moyen (chap. IV, p. 140).

6. Colonies de vacance. – Procurer l'air pur de la campagne pendant, au moins, une quinzaine de jours aux enfants étiolés des villes est un excellent moyen pour remonter leur vitalité et leur résistance.

Il ne faut pas conclure après l'énumération de ces moyens que la Commission leur accorde une égale importance, ni qu'elle engage le Gouvernement à se charger de leur exécution. À la page 115 du III^e chapitre, la Commission a déterminé les responsabilités de l'État, des municipalités, de la philanthropie, des citoyens, et du corps médical, car la lutte antituberculeuse est une défense sociale et intéresse toutes les forces sociales.

La Commission désire encore faire remarquer que certains moyens peuvent être mis à exécution immédiatement et certains autres demandent l'aide du temps et la persévérance dans l'effort. Ainsi :

MOYENS D'EXÉCUTION IMMÉDIATE :

1. L'application plus rigoureuse des lois contenues dans les Statuts et dirigées contre la tuberculose.
2. L'enseignement élémentaire de l'hygiène dans les écoles, écoles normales et autres maisons d'éducation.
3. L'éducation populaire sous la direction du Conseil d'Hygiène (chap. III, p. 106).
4. Inspection médicale des écoles et établissements de travail.
5. Établissement et soutien de dispensaires antituberculeux dans les principaux centres de la Province.
6. Isolement des cas avancés pauvres (chap. III, p. 92).
7. Établissement d'écoles en plein air pour les enfants débiles et prédisposés à la tuberculose (chap. IV, p. 140).

8. Traitement des cas curables par la méthode de « la classe » parce qu'il est démontré que c'est une méthode de traitement qui donne des résultats presque comparables à ceux des sanatoriums et beaucoup plus économiquement, laissant d'ailleurs aux malades la consolation de rester dans leurs familles. Ce moyen de traitement convient aux gens pauvres et le sanatorium aux personnes ayant de l'argent. Le sanatorium reprend ses droits lorsque dans les districts ruraux les malades ne peuvent être soignés ni par le dispensaire, ni par la méthode de « la classe » ou lorsque l'on désire en faire un moyen d'éducation populaire (chap. IV, p. 135).
9. Législation pour empêcher le travail prématuré des enfants (chap. III, p. 111).
10. Investigation sur la durée du travail chez les adultes dans les établissements industriels.
11. Législation contre l'alcoolisme.
12. Inspection des viandes et contrôle de la vente du lait.

MOYENS D'EXÉCUTION GRADUELLE :

1. L'établissement de préventoriums.
2. Érection de sanatoriums (chap. III, p. 110).
3. Colonies agricoles et de vacance (chap. III, p. 108-112).
4. Amélioration de l'habitation et législation pour favoriser la construction d'habitations salubres à bon marché pour la classe ouvrière.
5. Législation pour provoquer l'amélioration dans l'hygiène des villes et dans l'hygiène générale de la province.

RECOMMANDATIONS AU GOUVERNEMENT

Enfin, la Commission soumet respectueusement à Son Honneur le Lieutenant-Gouverneur en Conseil, les recommandations suivantes qui concernent spécialement le Gouvernement pour la part qu'il doit prendre dans la lutte antituberculeuse.

1. Que des instructions bien explicites soient données au Conseil d'Hygiène Provincial, aux municipalités et autres autorités dûment constituées d'appliquer les règlements concernant la déclaration obligatoire de la tuberculose, la désinfection des locaux contaminés, l'état de salubrité des habitations, des écoles, des établissements industriels; et que ces autorités reçoivent le concours actif des Officiers en Loi lorsqu'elles seront obligées d'appliquer ces règlements.
2. Que le Conseil d'Hygiène Provincial soit l'autorité centrale qui dirigera l'application des moyens de lutte contre la tuberculose, et pour cela, qu'il lui soit alloué un budget suffisant pour créer un département spécial de la tuberculose avec le personnel nécessaire. Ce département devra être dirigé par un médecin ayant une compétence reconnue en cette matière qui appliquera tous les moyens éducationnels suggérés dans le rapport (chap. III, p. 106), inspectera les institutions antituberculeuses et tâchera d'en susciter d'autres pour compléter l'armement antituberculeux, compilera des statistiques et fera un rapport annuel sur son administration et sur les résultats de la campagne antituberculeuse.
3. Que dans chaque municipalité ou association de municipalités où il existe une société antituberculeuse, établie d'après une charte, le gouvernement, sur un rapport favorable du Conseil d'Hygiène Provincial, contribue, par une somme proportionnelle (à fixer) au coût et au maintien de tout dispensaire établi, et donne le pouvoir aux municipalités servies par ce dispensaire de contribuer par une égale part à son érection et son maintien.

4. Que le gouvernement contribue dans une proportion (à déterminer) à l'établissement d'hôpitaux d'isolement ou la construction de pavillons spéciaux dans les hôpitaux déjà existants et recevant les tuberculeux avancés pauvres, et donne aux municipalités servies par ces hôpitaux ou pavillons d'isolement le pouvoir de contribuer à leur érection et à leur entretien.
5. Que le gouvernement contribue par une certaine somme (à déterminer) à l'entretien des tuberculeux avancés pauvres dans les hôpitaux ou pavillons spéciaux en distribuant cette somme au prorata de tant par tête et par semaine (chap. III, p. 92) et donne aux municipalités le pouvoir de contribuer également, de la même manière, pour la même fin.
6. Que le gouvernement prenne les mesures nécessaires pour assurer l'inspection médicale des écoles, les inspecteurs devant faire rapport non seulement à leur municipalité, mais aussi au Conseil d'Hygiène Provincial sur la santé des écoliers, l'espace cube accordé à chaque élève, la ventilation et l'état sanitaire de l'école; et, de plus, que le Conseil d'Hygiène Provincial soit muni du pouvoir d'inspecter les écoles de toute la Province et imposer les changements qu'il jugera nécessaires pour rendre les écoles salubres.
7. Que le gouvernement nomme des inspecteurs dûment qualifiés pour faire rapport sur l'état sanitaire de tout établissement industriel où se fait un travail collectif tel que l'industrie, le commerce et administrations, et que la législation actuelle, complétée s'il le faut, soit appliquée pour assurer la salubrité des établissements où l'on travaille en collectivité.
8. Que le gouvernement fasse une législation – pour protéger l'enfance contre le travail prématuré selon le vœu de la Commission (chap. III, p. 101).
9. Que le gouvernement fasse une investigation sur la durée quotidienne au travail dans les diverses industries de la province, afin de déterminer si dans quelques-unes les heures de travail sont excessives et y remédier par une législation convenable.

10. Que le gouvernement nomme un médecin vétérinaire provincial qui, attaché au département de l'Agriculture, aura pour fonction d'être l'aviseur officiel des inspecteurs municipaux, et des cultivateurs qui sont intéressés dans le commerce du lait, de distribuer la tuberculine et d'en contrôler l'application, de faire, en un mot, la campagne d'éducation contre la tuberculose bovine.

Le tout respectueusement soumis.

(Signé), E.-P. LACHAPPELLE, Président

- « J. GEORGE ADAMI,
- “ MICHAEL JOS. AHERN,
- “ GEO. BOURGEOIS,
- “ JEFFREY H. BURLAND,
- “ JOS. EDM. DUBE,
- « CHARLES M. HOLT,
- « JAS. J. GUERIN,
- « JOS. LESPÉRANCE,
- « C. R. PAQUIN,
- « ELZÉAR PELLETIER,
- « T. G. RODDICK,
- « ARTHUR ROUSSEAU,
- « ARTHUR SIMARD,
- « C. N. VALIN, Secrétaire-rapporteur.

ANNEXE III

Programme d'organisation
de la lutte anti-tuberculeuse
La province de Québec, 1920-1921

TABLEAU 15
Programme d'organisation de la lutte anti-tuberculeuse dans la province de Québec*

Tuberculose Maladie de la pauvreté, de l'ignorance, des viveurs, plus souvent acquise qu'héréditaire.	Le logement	Pensionnats Camps de pêcheurs Camps de bûcherons Usines Maisons d'habitation	Humidité Froid Défaut d'éclairage Défaut de ventilation Drainage défectueux Malpropreté	Inspection sanitaire des maisons. Casier sanitaire accessible à la population pour renseignements. Devoirs des municipalités envers les tuberculeux.	
Causes prédisposantes	L'alimentation	Insuffisante Malsaine Alcoolisme		Inspection sanitaire des usines. Assistance municipale. Philanthropie. Inspection.	
	La débilité	Maladies diverses Excès de travail Travail des enfants dans les manufactures Excès de toutes sortes Maladies vénériennes		Éducation Inspection	
Causes déterminantes – Contagion		Chez soi, parents, visiteurs tuberculeux. Dans les lieux publics, employés tuberculeux. Dans les églises, dans les théâtres, dans les magasins, dans les hôpitaux généraux. Dans les voitures publiques, tramways, chemin de fer. Dans les agglomérations en général. Par des vieux linges souillés. Par des aliments contaminés, lait tuberculeux, viandes tuberculeuses, aliments manipulés par tuberculeux.		Réglementation Inspection Éducation	Conseil supérieur d'hygiène de la province de Québec, qui dirigera la lutte dans toute la province, par des règlements, par l'éducation qui forcera les municipalités à faire leur devoir, à s'organiser, qui demandera au Gouvernement de contribuer largement, et gardera sous son contrôle les fonds nécessaires à l'organisation économique de la lutte.

		<p>Instruire les prédisposés par hérédité. Éducation, réglementation, inspection. Conférences, vues, pamphlets, illustrations, journaux. Influence du clergé, des classes dirigeantes, des organisations ouvrières, des institutions de bienfaisance, des instituteurs, des conseils municipaux, détruire, combattre les préjugés. Déclaration des cas de tuberculose. Visiter les tuberculeux chez eux, faciliter examen bactériologique.</p>	Éducation
		<p>Apprendre aux tuberculeux à se traiter chez eux. Comment il faut éviter de contaminer les autres. Préventorium, sanatorium, hôpitaux. Dispensaires avec infirmières hygiénistes.</p>	Éducation Assistance municipale Assistance du gouvernement

* *Vingt-septième rapport annuel du Conseil supérieur d'hygiène pour l'année 1920-1921*, Québec, Ls-A. Proulx, 1921, p. 22.

ANNEXE IV

Taux de mortalité par tuberculose
dans les cités et villes
de 5 000 âmes depuis 1926

TABLEAU 16
Taux de mortalité par tuberculose dans les cités et villes de 5 000 âmes depuis 1926*
(Taux pour 100 000 personnes)

CITÉS ET VILLES	1948	1947	1946	1945	1944	MOYENNES			
						1941-1945	1936-1940	1931-1935	
Province	58,2	65,1	72,0	71,4	74,5	77,8	84,7	98,3	120,1
Parties rurales	59,4	63,5	74,4	72,5	70,4	74,4	85,4	97,7	113,0
Cités et villes	56,8	66,9	69,7	70,3	78,6	81,5	84,0	98,9	126,9
Cités	55,3	65,1	67,3	68,7	77,0	81,3	83,2	98,6	128,2
Cap-de-la-Madeleine	58,4	64,5	123,1	108,9	109,0	66,2	49,5	83,8	89,0
Chicoutimi	109,3	129,7	114,3	121,8	114,7	176,1	272,6	242,0	219,2
Drummondville	83,4	66,7	95,6	70,5	62,3	45,7	42,1	119,5	100,6
Granby	75,0	56,3	77,4	98,3	65,4	65,7	56,8	90,6	99,6
Grand-Mère	70,0	70,0	73,7	54,1	120,4	82,8	81,6	65,5	64,3
Hull	48,6	46,6	63,9	59,3	88,4	118,1	108,3	77,6	72,8
Joliette	69,0	112,7	142,9	131,4	135,9	118,5	88,8	160,7	167,1
Lévis	74,1	103,7	76,9	108,7	56,8	84,3	120,2	136,1	134,4
Longueuil	12,5	62,5	51,3	65,7	55,5	55,1	34,3	54,3	
Montréal	50,0	59,7	67,3	65,4	70,4	75,5	78,1	98,7	136,9
Lachine	34,8	20,0	54,5	37,1	96,3	67,0	44,9	65,1	103,2
Outremont	33,4	28,6	50,0	24,2	39,6	31,0	32,6	34,6	37,0
Verdun	28,8	33,8	30,7	40,1	38,0	38,9	28,7	49,7	84,6
Westmount	22,6	13,3	20,7	17,9	30,4	22,7	18,0	30,1	25,7
Québec	75,0	93,1	95,9	96,3	112,7	95,6	95,5	119,5	149,3

CITÉS ET VILLES	1948	1947	1946	1945	1944	MOYENNES				
						1941-1945	1936-1940	1931-1935	1926-1930	
Rivière-du-Loup	50,5	63,2	84,2	117,5	67,9	153,5	202,1	160,1	115,8	
Saint-Hyacinthe	67,3	71,4	135,0	78,4	104,8	91,4	127,1	150,8	223,2	
Saint-Jean	71,0	90,3	86,7	75,0	105,0	226,2	165,3	67,8	71,6	
Saint-Lambert	41,4	42,8	28,6	72,5	30,9	33,1	17,2	28,7		
Shawinigan Falls	87,5	90,5	73,9	77,8	54,7	56,2	62,1	58,7	80,4	
Sherbrooke	59,5	57,1	70,0	31,1	102,6	77,0	74,8	105,1	149,4	
Sorel	96,3	133,3	61,5	60,8	61,8	58,3	50,2	88,0	109,8	
Thetford Mines	117,2	200,0	137,1	117,1	236,1	261,2	175,0	167,5	201,7	
Trois-Rivières	93,8	102,1	104,3	97,5	71,9	154,1	177,9	160,7	107,7	
Valleyfield	61,9	78,9	80,6	76,4	92,5	72,7	89,4	63,8	146,0	
Villes	92,3	104,4	123,9	90,4	105,8	108,6	99,7	105,9	98,1	
Jonquière	116,1	200,0	160,0	128,4	187,5	96,3	69,4	85,3	209,2	
La Tuque	77,8	77,8	137,9	141,0	175,7	107,7	53,6	55,0	60,8	
Lauzon	55,6	66,1	116,3	59,1	36,0	43,8	57,6	97,3		
Magog	70,0	80,0	70,7	30,9	20,5	27,6	35,4	61,4	79,7	
Montmagny	72,7	60,0	160,0	162,4	100,7	74,2	54,2	135,4	148,8	
Rimouski	101,3	137,5	142,9	79,7	164,8			235,7	161,0	
Saint-Jérôme	63,0	30,8	104,0	90,4	49,9	48,8	59,6	92,4	144,0	
Victoriaville	168,4	126,3	107,5	43,7	86,5	58,2	59,5	129,0	114,5	

* Sixième rapport du ministère de la Santé pour l'année 1949, Québec, 1949, p. 241.

ANNEXE V

Taux de mortalité
par tuberculose dans les comtés
(cités et villes incluses) depuis 1926

TABEAU 17
Taux de mortalité par tuberculose dans les comtés (cités et villes incluses) depuis 1926*
 (Taux pour 100 000 personnes)

COMTÉS MUNICIPAUX	1948	1947	1946	1945	1944	MOYENNES			
						1941-45	1936-40	1891-35	
Province	58,8	65,1	72,0	71,4	74,5	77,8	84,7	98,2	119,6
Abitibi	58,1	40,9	52,6	50,9	65,7	39,0	39,7	32,3	52,2
Argenteuil	46,3	39,8	48,5	53,4	42,4	42,7	43,9	62,2	61,4
Arthabaska	75,7	71,8	72,9	71,3	83,9	66,2	62,4	88,1	86,2
Bagot	34,7	35,8	56,7	84,4	58,8	64,2	62,2	100,8	96,0
Beauce	74,2	80,0	81,6	97,8	74,6	18,4	89,3	116,9	122,0
Beauharnois	66,4	55,8	57,3	64,6	68,4	54,9	55,7	48,2	97,4
Bellechasse	51,7	60,7	65,5	82,6	94,6	63,4	75,6	79,9	92,9
Berthier	61,8	55,4	85,9	43,8	67,3	51,9	74,9	98,3	121,2
Bonaventure	55,8	68,7	74,5	102,1	88,0	77,3	94,7	114,6	152,1
Brome	28,0	51,4	36,5	52,2	38,9	35,7	23,6	42,4	51,8
Chambly	56,6	52,7	53,4	48,8	42,4	39,7	28,3	51,3	75,3
Champlain	61,5	74,5	61,4	74,0	74,9	60,4	69,1	75,1	84,7
Charlevoix-Saguenay	129,4	120,0	136,8	136,0	114,8	141,0	171,9	155,1	138,8
Châteauguay	36,3	55,7	44,2	45,1	73,7	41,6	41,0	79,8	66,3
Chicoutimi	87,5	115,6	127,2	112,1	131,8	100,0	108,4	110,8	150,5
Compton	29,5	21,6	65,9	71,7	55,1	48,2	45,9	58,0	77,0
Deux-Montagnes	41,8	64,8	54,5	33,3	57,5	60,6	75,9	79,8	109,7

COMTÉS MUNICIPAUX	1948	1947	1946	1945	1944	MOYENNES			
						1941-45	1936-40	1931-35	1926-30
Dorchester	55,5	59,3	52,4	64,8	36,7	55,9	66,4	94,3	135,4
Drummond	54,8	58,2	54,7	58,3	45,4	37,7	57,6	89,2	82,5
Frontenac	42,4	26,5	40,8	62,5	54,9	46,8	64,5	83,6	103,3
Gaspé-Est	56,8	49,7	99,7	90,7	127,2	119,7	148 6,0	147,7	150,3
Gaspé-Ouest	56,4	65,8	95,7	180,2	58,6	118,5	109,2	113,6	(1)
Gatineau	41,1	48,0	36,8	40,7	48,0	33,6	37,6	50,4	(1)
Hull	52,7	47,5	68,3	56,2	77,0	101,8	91,6	71,2	61,7
Huntingdon	28,2	29,1	58,9	37,5	86,7	50,5	70,5	96,8	82,5
Iberville	85,1	99,3	88,8	54,4	46,4	45,0	69,1	82,8	102,4
Îles-de-la-Madeleine	68,4	130,7	183,7	239,5	178,4	186,5	115,4	230,3	133,4
Joliette	44,1	79,3	77,7	67,7	93,0	75,0	76,9	123,3	124,8
Kamouraska	75,3	60,2	82,2	76,5	114,1	68,2	77,2	106,1	95,4
Labelle	19,0	27,2	35,6	40,4	24,1	20,5	51,8	65,3	81,9
Lac-Saint-Jean	79,6	88,0	94,0	84,8	101,1	77,0	89,4	100,7	115,9
L'Assomption	69,8	61,2	83,2	53,1	37,8	41,7	64,4	80,0	102,5
Laviolette	66,7	73,3	92,9	100,0	134,6	80,2	70 4,0	64,3	n. d.
Lévis	55,0	96,7	91,0	75,7	92,8	83,3	93,8	114,9	114,6
L'Islet	68,0	95,4	57,7	67,8	68,2	38,6	84,5	95,5	92,0
Lotbinière	59,0	60,8	89,0	87,3	66,8	64,6	89,6	127,7	135,8
Maskinongé	28,8	64,2	50,1	61,3	61,6	49,2	53,7	72,5	96,9

COMTÉS MUNICIPAUX	1948	1947	1946	1945	1944	MOYENNES			
						1941-45	1936-40	1891-95	1926-30
Matane	58,3	101,3	60,9	76,7	101,2	82,9	119,5	138,8	171,4
Matapédia	55,5	73,4	93,8	96,4	78,6	56,5	85,4	112,6	125,7
Mégantic	84,2	106,2	124,0	98,9	118,1	140,4	136,2	118,9	148,8
Missisquoi	53,0	42,7	51,1	39,1	26,7	31,7	50,1	78,0	75,3
Montcalm	59,3	60,8	37,2	31,6	44,9	42,1	81,9	76,2	100,7
Montmagny	81,7	73,2	74,5	76,0	67,9	55,4	66,6	97,3	111,7
Montmorency	75,2	63,1	98,1	70,0	71,1	69,4	78,9	113,2	141,2
Montréal et Jésus, Îles	48,6	55,5	61,7	59,3	66,8	72,6	75,2	90,9	125,2
Napierville-Laprairie	51,5	53,3	62,0	50,6	47,6	59,7	71,4	89,2	131,0
Nicolet	43,6	80,7	81,9	86,6	66,2	72,2	74,6	100,5	123,5
Papineau	53,9	46,1	53,0	33,8	37,8	32,8	41,7	65,3	84,9
Pontiac	13,2	54,5	23,0	28,1	29,1	26,4	23,9	23,3	37,2
Portneuf	67,2	82,7	60,8	88,3	72,7	74,0	54,0	112,0	119,9
Québec	73,7	95,8	94,0	90,8	106,0	144,7	172,7	194,3	220,6
Richelieu	62,7	105,0	65,4	74,6	84,2	67,4	63,2	83,4	124,5
Richmond	68,7	66,7	46,6	62,2	58,3	48,4	51,0	49,1	65,5
Rimouski	85,1	103,1	99,2	99,1	113,2	137,2	165,4	117,5	111,8
Rivière-du-Loup	48,2	43,1	66,1	91,7	115,5	86,3	97,5	107,8	n. d.
Roberval	116,4	111,1	98,1	119,1	109,7	138,2	107,7	97,8	n. d.
Rouville	66,2	46,2	57,6	47,0	48,5	51,5	52,7	74,0	112,1

COMTÉS MUNICIPAUX	1948	1947	1946	1945	1944	MOYENNES			
						1941-45	1936-40	1931-35	1926-30
Shefford	55,0	29,4	60,1	69,7	53,4	55,6	52,4	67,6	79,2
Sherbrooke	49,0	54,2	63,9	29,9	82,2	63,4	67,3	94,5	113,6
Soulanges	75,0	48,5	29,4	60,0	72,7	56,3	51,2	92,1	87,4
Stanstead	45,8	60,0	73,3	45,5	36,6	28,8	35,4	55,7	60,7
Saint-Hyacinthe	63,5	62,9	109,6	79,4	79,4	74,9	91,0	106,0	156,0
Saint-Jean	51,0	75,3	93,1	67,8	88,3	164,1	122,6	67,6	68,7
Saint-Maurice	80,5	91,0	86,3	91,5	65,5	106,6	122,1	108,2	92,5
Témiscamingue	54,0	31,9	33,8	66,7	24,8	43,3	50,2	35,9	36,1
Témiscouata	63,8	46,1	54,8	56,0	27,3	50,0	60,7	64,6	100,7
Terrebonne	49,9	41,6	63,7	63,9	54,1	82,1	110,0	156,4	193,2
Vaudreuil	6,6	34,4	90,1	91,8	58,8	49,6	46,2	51,3	89,2
Verchères	58,1	92,7	44,9	98,2	73,2	66,2	63,6	92,2	115,9
Wolfe	90,0	41,3	99,1	53,2	53,6	41,3	61,5	91,4	109,8
Yamaska	37,1	65,2	66,3	45,1	34,5	51,9	71,1	74,8	101,4
Nouveau/Québec	555,8 (16)	675 (27)	777,7 (28)	627,3 (22)	333,9 (10)	441,9	–	–	–

* *Sixième rapport du Ministère de la santé pour 1949*, Québec, 1949, p. 24. Les chiffres sur le nombre de décès (entre parenthèses) pour le Nouveau-Québec proviennent de la page 232 de ce rapport. En 1943, le taux de mortalité dû à la tuberculose chez les Premières Nations de l'ensemble du Canada était de 662,6 décès pour 100 000 personnes. Il était encore de 298,8 pour 100 000 en 1950. Commission de vérité et réconciliation du Canada, *Pensionnats du Canada: l'histoire*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2015, vol. I, partie 2 (1939-2000), p. 212-214.

Bibliographie

SOURCES

A. Documents

1. Manuscrits

BAnQ (Québec), Minutes notariales (inventaires après décès).

BAnQ (Québec), « Register of Internments in Mount Hermon Cemetery, 1840-1883 », film #M22/1.

2. Documents des gouvernements

Enquête sur les services de santé de la province de Québec (Rapport Sylvestre), tome VIII, *La tuberculose*, Québec, 1948.

Manual of the International List of Causes of Death, as Adopted for Use in Canada by the Dominion Bureau of Statistics, Ottawa, J. D. Patenaude, 1933.

Manuel contenant l'Acte de recensement et les instructions aux officiers du premier recensement du Canada, Ottawa, 1871.

Premier rapport annuel du ministère de la Santé et du Bien-être social pour les années 1935 à 1941, Québec, R. Paradis, 1944.

Quatorzième rapport du ministère de la Santé pour l'année 1957, Québec, Ministère de la Santé, 1957.

Rapport annuel du Conseil d'hygiène de la province de Québec, de 1895 à 1914.

Rapport annuel du Conseil supérieur d'hygiène de la province de Québec, de 1915 à 1923.

Rapport annuel du Service provincial d'hygiène de la province de Québec, de 1923 à 1936.

- Rapport annuel du ministère de la Santé et du Bien-être social*, de 1944 à 1946.
Rapport du ministère de la Santé pour 1949, Québec, 1950.
Neuvième rapport du ministère de la Santé pour 1952, Québec, 1952.
Rapport de la Commission royale de la tuberculose, Québec, 1910.
Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces,
 Ottawa, Imprimeur du Roi, 1940.
Recensement du Canada, de 1860-1861 à 1890-1891.
*Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance
 publique*, Québec, Cinq-Mars, 1917 et 1919.

3. Périodiques

- Bulletin médical de Québec*, 1899-1931.
Bulletin sanitaire, 1901-1948.
Laval médical, 1936-1957.
L'Union médicale du Canada, 1872-1949.

B. Ouvrages anciens

1. Sur la médecine

- Andral, G. (1797-1876), *Clinique médicale, ou, choix d'observations recueillies à
 l'Hôpital de la Charité*, Paris, Crochard, 1839-1840, 5 vol.
 Andry, N. (1658-1742), *De la génération des vers dans le corps de l'homme*, Paris,
 L. d'Houry, 1700.
 Auenbrugger, L. (1722-1809), *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies
 internes de la poitrine par la percussion de cette cavité*. Ouvrage traduit du latin
 et commenté par J. N. Corvisart, Paris, Migneret, 1808.
 Baillie, M. (1761-1823), *The Morbid Anatomy of Some of the Most Important Parts
 of Human Body*, Londres, 1793.
 Barth, J. B. P. (1806-1877), *Traité pratique d'auscultation*, Paris, Béchet Jeune,
 1841.
 Bateman, T. (1778-1821), *Reports on the Diseases of London, and the State of the
 Weather, from 1804 to 1816*, Londres, 1819.
 Baudouin, Joseph-Albert, *Cours d'hygiène professé à l'Université de Montréal*,
 Montréal, Librairie Déom, 1931.
 Bertillon, Jacques (1851-1922), « Nomenclature des maladies », *L'Union médicale
 du Canada*, vol. 28, n° 4, avril 1899.

- Billings, J. S. (1838-1913), *The National Medical Dictionary*, Philadelphie, Lea Brothers and Co., 1890, 2 vol.
- Broussais, F. J. V. (1772-1838), *Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie*, Paris, Delaunay, 1829-1834, 4 vol.
- Broussais, F. J. V. (1772-1838), *Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques*, Paris, Gabon, 1822, 3 vol.
- Clark, J. (1788-1870), *The Sanative Influence of Climate*, Philadelphie, A. Waldie, 1841.
- Corvisart, J. N. (1755-1821), *Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux*, Paris, Méquignon-Marvis, 1811.
- Cullen, W. (1710-1790), *Éléments de médecine pratique*, Paris, Méquignon-Marvis, 1819, 3 vol.
- Cullen, W. (1710-1790), *First Lines of the Practice of Physic*, Édimbourg, 1778-1779, 2 vol.
- De la Boë Sylvius, Franciscus (1614-1672), *The Practice of Physick*, Londres, A. Betterworth, 1717 (1^{re} édition c.1674).
- Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris, Méquignon-Marvis et J.-B. Baillière, 1829-1835.
- Dictionnaire des dictionnaires de médecine français et étrangers*, Paris, Germer Baillière, 1841-1845.
- Dictionnaire des sciences médicales*, Paris, C. L. F. Panckouke, 1812 à 1822, 60 vol.
- École (L) de Salerne ou l'art de conserver la santé en vers latins et françois*, Paris, Méquignon, 1782.
- Ettmüller, M. (1644-1683), *Pratique générale de la médecine de tout le corps humain*, Lyon, 1699, p. 622-649, 2 vol.
- Flexner, A., *Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, New York, D. B. Updike, 1910.
- Forbes, J. (1787-1861), *Original Cases with Dissections and Observations Illustrating the Use of the Stethoscope and Percussion in the Diagnosis of Diseases of the Chest*, Londres, Underwood, 1824.
- Gilchrist, E. (1707-1774), *The Use of Sea Voyages in Medicine*, Londres, 1771.
- Hoffmann, Fr. (1600-1742), *La médecine raisonnée*, Paris, 1739, 2 vol.
- Laennec, R. T. H. (1781-1826), *De l'auscultation médiante ou traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur*, Paris, 1819, 2 t.
- Laurre, M., *Mon médecin*, Paris, Librairie Aristide Quillet, 1957, 2 vol.

- Nysten, P.-H., E. Littré et Ch. Robin, *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire*, Paris, J.-B. Baillièrre et Fils, 1858.
- Osler, William, *The Principles and Practice of Medicine*, New York, D. Appleton and Co., 1893.
- Piorry, P. A. (1794-1879), *De la percussion médiate et des signes obtenus à l'aide de ce nouveau moyen d'exploration*, Paris, J.-S. Chaudé, 1828.
- Sauvages de la Croix, F. B. de (1706-1767), *Nosologie méthodique*, Lyon, 1772, 10 vol.
- Sedgwick, W. T., *Principles of Sanitary Science and the Public Health with Special Reference to the Causation and Prevention of Infectious Diseases*, New York, The Macmillan Company, 1902.
- Stark, W. (1740-1770), *The Works*, Londres, 1788.
- Stokes, W. (1804-1878), *A Treatise of the Diagnosis and Treatment of Diseases of the Chest*, Philadelphie, A. Waldie, 1837.
- Traité élémentaire de matière médicale et guide pratique des Sœurs de Charité de l'Asile de la Providence*, Montréal, E. Sénécal, 1870.
- Willis, Thomas (1621-1675), *The London Practice of Physick: or the Whole Practical Part of Physick Contained in the Works of Dr. Willis*, Londres, Thomas Besset, 1685.

2. Sur la tuberculose

- Abgrall, Fanch, (1907-1930), *Et moi aussi, j'ai eu vingt ans!*, Carhaix, Armorica, 1935.
- Ancel, H. (1802-1863), *A Treatise on Tuberculosis*, Londres, 1852.
- Baumes, J. B. T. (1756-1859), *De la phthisie pulmonaire*, Montpellier, G. Izar et A. Ricard, 1794, 2 vol.
- Bayle, G.-L. (1799-1859), *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, Paris, Gabon, 1810.
- Beddoes, Thomas (1760-1808), *Observations on the Medical and Domestic Management of the Consumptives; on the Powers of Digital Purpura, and on the Cure of Schrophula*, Londres, Longman and Rees, 1801.
- Biggs, H. M. (1859-1923), *The Administrative Control of Tuberculosis*, New York, The Department of Health, City of New York, 1907.
- Blackmore, R. (1654-1729), *A Treatise of Consumptions and other Distempers Belonging to the Breast and Lungs*, Londres, 1727.
- Catéchisme antituberculeux à l'usage des écoliers*, Québec, Ministère de la Santé et du Bien-être social, 1942.

- Clark, James (1788-1870), *A Treatise on Pulmonary Consumption*, Londres, Sherwood, Gilbert and Piper, 1835.
- Dupré De Lisle, *Traité des maladies de la poitrine, connues sous le nom de phtisie pulmonaire*, Paris, J.-P. Costard, 1759.
- Enquête sur les activités en hygiène publique par le Comité d'enquête sur l'hygiène à Montréal*, Montréal, The Metropolitan Life Insurance Company, 1928.
- Exposition (L') anti-tuberculose tenue sous le patronage de la Ligue anti-tuberculose de Montréal. Programme-Catalogue*, Montréal, 1908.
- Fournet, Jules, *Recherches cliniques sur l'auscultation des organes respiratoires et sur la première période de la phtisie pulmonaire*, Paris, J. S. Chaudé, 1839, 2 t.
- Harvey, Gideon (1640-1700), *Morbus Anglicus or a Theoretick and Practical Discourse of Consumptions, and Hypochondriack Melancoly. Comprising Their Nature, Subject, Kinds, Causes, Signs, Prognosticks, and Cure*, Londres, William Thackeray, [1672].
- Institut Bruchési. Rapport biennal, 1920-1922*, Montréal, 1922, 1 vol.
- Koch, Robert (1843-1910), *Essays of Robert Koch*, New York, Greenwood Press, 1987. Introduction et traduction par K. Codell Carter.
- Lanthois, M., *Théorie nouvelle de la phtisie pulmonaire*, Paris, A. Égron, 1818.
- Louis, P.-C.-A. (1787-1872), *Examen de l'examen de M. Broussais relativement à la phthisie et à l'affection typhoïde*, Paris, J. B. Baillière, 1834.
- Louis, P.-C.-A. (1787-1872), *Recherches anatomico-pathologiques sur la phthisie*, Paris, Gabon et Cie, 1825.
- Louis, P.-C.-A. (1787-1872), *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la phtisie*, 2^e éd., Paris, Baillière, 1843.
- Lucas, Prosper (1805-1885), *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle*, Paris, J.-B Baillière, 1847-1850, 2 vol.
- Lumière, Auguste (1862-1954), *Héredo-tuberculose*, Lyon, L. Sézanne, 1935.
- Marten, Benjamin (1690-1752), *A New Theory of Consumptions: More Especially of a Phthisis, or Consumption of the Lungs*, Londres, R. Knaplock, 1720.
- Morin, J. (dir.), *Tuberculose, cours de Leysin*, Lausanne, Imprimeurs réunis S. A., 1951.
- Morton, Richard (1637-1698), *Phthisiologia: or, a Treatise of Consumptions wherein the Difference, Nature, Causes, Signs and Cure of All Sorts of Consumptions are Explained*, Londres, Smith and Halford, 1694.
- Morton, S. G. (1799-1851), *Illustrations of Pulmonary Consumption: its Anatomical Characters, Causes, Symptoms and Treatment*, Philadelphie, Key and Biddle, 1834.

- Newsholme, Arthur, *The Prevention of Tuberculosis*, Londres, Methuen, 1910 (2^e édition).
- Pidoux, Hermann (1808-1882), *Études générales et pratiques sur la phtisie*, Paris, Asselin, 1873.
- Portal, Antoine (1752-1832), *Observations sur la nature et sur le traitement de la phtisie pulmonaire*, Paris, Du Pont, 1792.
- Raulin, Joseph (1708-1784), *Traité de la phtisie pulmonaire avec la méthode préventive et curative de cette maladie, fondée sur des observations*, Paris, Valade, 1782.
- Reid, Thomas (1739-1802), *Essai sur la nature et le traitement de la phtisie pulmonaire, avec un supplément sur l'usage et les effets de l'émétique fréquemment répété*, Lyon, J.-B. Delamollière, traduction en 1792 de l'ouvrage paru en anglais en 1782.
- Rivière, Lazarre (1599-1655), *La pratique de la médecine avec la théorie*, Lyon, traduit du latin en 1703, (« phtisie » : p. 605-640).
- Robinson, Nicolas (1697-1725), *A New Method of Treating Consumptions. Wherein all the Decays Incident to Human Bodies, Are Mechanically Accounted For. With some Considerations, Touching the Difference between Consumptions and those Decays that Naturally Attend Old Age. To Which Are Added Arguments in Defense of the Possibility of Curing Ulcers of the Lungs: as also Reasons Demonstrating that the Irregular Discharges of all Evacuation in Consumptions Arise from the Resistance of the Heart not Decaying in a Simple Proportion to the Resistance of the Other Parts*, Londres, A. Betterworth and T. Warner, 1727.
- Roger, G.-H., F. Widal et P.-J. Teissier, *Nouveau traité de médecine*, Paris, Masson et Cie, 1926, (fascicule XII : *Pathologie de l'appareil respiratoire*).
- Rousseau, Edmond, *Petit catéchisme de tempérance et de tuberculose*, Québec, 1909.
- Rozière de la Chassagne, *Manuel des pulmoniques ou traité complet des maladies de la poitrine*, Paris, Humaire, 1770. Suivi de : *Une nouvelle méthode de reconnaître ces mêmes maladies par la percussion du thorax*; traduite du latin d'Auenbrugger.
- Sergent, Émile, *La tuberculose et la mortalité infantile: leçons données à l'Université Laval et à l'Université de Montréal, avec la collaboration du D^r Francis Bordet et par le D^r Louis Ribadeau-Dumas*, Québec, Service provincial d'hygiène, 1924.
- Saranelli, G., *L'hérédité et la contagion dans la tuberculose*, Paris, Payot, (traduction) 1931.
- Strauss, I., *La tuberculose et son bacille*, Paris, Rueff et Cie, 1895.

- Villemin, Jean-Antoine (1827-1892), *De la virulence et de la spécificité de la tuberculose*, Paris, Victor Masson et Fils, 1868.
- Villemin, Jean-Antoine (1827-1892), *Études sur la tuberculose, preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculabilité*, Paris, J.-B. Baillière et Fils, 1868.
- Vires, J., *L'hérédité de la tuberculose*, Paris, Masson et Cie, 1906.
- Williams, C. J. B. (1805-1889), *A Rational Exposition of the Physical Signs of the Diseases of the Lungs and Pleura*, Philadelphie, Carey and Lea, 1830.

ÉTUDES

A. Sur l'histoire de la médecine

- Ancil, Hervé et Marc-André Bluteau, « La santé et l'assistance au Québec, 1876-1986 », numéro spécial de *Santé Société*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1986.
- Arrizabalaga, J., J. Henderson et R. French, *The Great Pox, the French Disease in Renaissance Europe*, New Haven, Lake University Press, 1997.
- Aubin, Danielle (dir.), *Les sciences médicales du XVII^e au XIX^e siècle. La bibliothèque du Séminaire de Québec*, Québec, Musée de la civilisation, 1998.
- Bachelard, Gaston, *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Librairie philosophique J. Vrin, 1980.
- Baillargeon, F., *La crise de la médecine libérale et le débat sur les assurances sociales au Québec de 1925 à 1945 à travers l'action médicale*, mémoire de maîtrise, Montréal, Université du Québec à Montréal, 2009.
- Bardet, J.-P. et al., *Peurs et terreurs face à la contagion*, Paris, Fayard, 1988.
- Bariety, M. et C. Coury, *Histoire de la médecine*, Paris, Fayard, 1961.
- Barnes, David S., *The Great Stink of Paris and the Nineteenth-Century Struggle against Filth and Germs*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2006.
- Bazin, Geneviève (dir.), *Catalogue Léo-Pariseau : collection d'histoire des sciences et de la médecine*, Montréal, Service des bibliothèques, Université de Montréal, 1996, 2 t.
- Bernier, Jacques, *La médecine au Québec. Naissance et évolution d'une profession*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1989.
- Bernier, Jacques, *Maladies, médecine et société au Canada : aperçu historique*, Ottawa, Société historique du Canada (brochure n° 63), 2003.
- Blake, J. B., *A Short Title Catalogue of Eighteenth Century Printed Books in the National Library of Medicine*, Bethesda, National Library of Medicine, 1979.

- Bliss, Michael, *Plague: A Story of Smallpox in Montreal*, Toronto, HarperCollins Publishers, c1991.
- Boissonnault, Chs-M., *Histoire de la Faculté de médecine de Laval*, Québec, Presses universitaires Laval, 1953.
- Brock, Thomas D., *Robert Koch. A Life in Medicine and in Bacteriology*, Madison (Wisc.), Science Tech Publishers, 1988.
- Burnham, John C., *Health Care in America: A History*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2015.
- Bynum, William F., *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994.
- Bynum, William F. et Vivian Nutton (dir.), « Theories of Fever from Antiquity to the Enlightenment », *Medical History*, Supplément n° 1, 1981.
- Bynum, William F. et Roy Porter (dir.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Londres, Routledge, 1993, 2 vol.
- Canguilhem, Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, 1984, coll. « Quadrige ».
- Canguilhem, Georges, *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie. Nouvelles études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Librairie philosophique J. Vrin, 2000 (2^e éd.).
- Carol, Anne, *Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation, XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Seuil, 1995.
- Cassel, Jay, *The Secret Plague: Venereal Disease in Canada, 1838-1939*, Toronto, University of Toronto Press, 1987.
- Cohen, Yolande, *Profession infirmière. Une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2000.
- Colin, Antoine, *Dictionnaire des noms illustres en médecine: 1000 personnages célèbres de l'histoire médicale de l'Antiquité au début du XX^e siècle*, Bruxelles, Prodim, c1994.
- Coope, John, *Anton Chekhov: A Study in Literature and Medicine*, Chale, Cross Publishing, 1997.
- Cunningham, A. et R. French, *The Medical Enlightenment of the Eighteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
- Desrosiers, Georges, Benoît Gaumer et Othmer Keel, *La santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comté, 1926-1975*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1998.
- Duchesneau, François, *La physiologie des Lumières: empirisme, modèles et théories*, La Haye, Martinus Nihoff, 1982.

- Duffin, Jacalyn, *History of Medicine: A Scandalously Short Introduction*, Toronto, University of Toronto Press, c2010.
- Duffin, Jacalyn, *To See with a Better Eye. A Life of R. T. H. Laennec*, Princeton, Princeton University Press, 1998.
- Duffy, R. Quinn, *The Progress of the Eastern Arctic Inuit since the Second World War*, Kingston et Montréal, McGill-Queen's University Press, 1987.
- Dupont, Michel, *Dictionnaire historique des médecins dans et hors de la médecine*, Paris, Larousse-Bordas, 1999.
- Fedunkin, Marianne P., *Rockefeller Foundation Funding and Medical Education in Toronto, Montreal and Halifax*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2005.
- Fee, Elizabeth, *Disease and Discovery. A History of Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 1916-1939*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1989.
- Flexner, Abraham, *Medical Education in Europe*, New York, s. n., 1912.
- Flexner, Abraham, *Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, New York, The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
- Foucault, Michel, *Naissance de la clinique: une archéologie du savoir médical*, Paris, Presses universitaires de France, 1983.
- Gaumer, Benoît, Georges Desrosiers et Jean-Claude Dionne, *Enseignement et recherche en santé publique. L'exemple de la Faculté de médecine et de l'École d'hygiène de l'Université de Montréal (1911-2006)*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2007.
- Gaumer, Benoît, *Histoire du service de santé de la ville de Montréal*, Québec, Éditions de l'IQRC, 2002.
- Gaumer, Benoît, *Le système de santé et des services sociaux du Québec: une histoire récente et tourmentée: 1921-2006*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2008.
- Gorbach, Sherwood L., John G. Bartlett et Neil R. Blacklow (dir.), *Infectious Diseases*, Philadelphie, Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
- Goulet, Denis, *Histoire de la Faculté de médecine de l'Université Laval*, Québec, Septentrion, 2018.
- Goulet, Denis, *Histoire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal*, Montréal, VLB éditeur, 1993.
- Goulet, Denis et Robert Gagnon, *Histoire de la médecine au Québec, 1800-2000: de l'art de soigner à la science de guérir*, Québec, Septentrion, 2014.
- Goulet, Denis, *L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, une histoire médicale, 1954-2004*, Québec, Septentrion, 2004.

- Goulet, Denis et André Paradis, *Trois siècles d'histoire de la médecine au Québec : chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*, Montréal, VLB éditeur, 1992.
- Grauer, Albert Edward, *Hygiène publique. Étude préparée pour la Commission royale entre le Dominion et les provinces*, Ottawa, 1939.
- Grenier, Guy, *100 ans de médecine francophone : histoire de l'Association des médecins de langue française du Canada*, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 2002.
- Grenier, Guy, *L'implantation et les applications de la théorie de la dégénérescence dans le champ de la médecine et de l'hygiène mentale*, mémoire de maîtrise en histoire, Montréal, Université de Montréal, 1990.
- Grmek, Mirko D. (dir.), *Histoire de la pensée médicale en Occident, tome 2, De la Renaissance aux Lumières*, Paris, Seuil, 1997.
- Grmek, Mirko D., *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale*, Paris, Éditions Payot, 1994.
- Guérard, François, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal, 1996.
- Guérard, François, *La santé publique dans deux villes du Québec de 1887 à 1939*, thèse de doctorat en histoire, Montréal, Université du Québec à Montréal, 1993, 2 vol.
- Heymann, David L. (dir.), *Control of Communicable Diseases. Manual*, Washington, American Public Health Association, 2008.
- Keating, Peter, *La science du mal. L'institution de la psychiatrie au Québec, 1890-1914*, Montréal, Boréal, 1993.
- King, L. S., *Medical Thinking: A Historical Preface*, Princeton (N. J.), Princeton University Press, 1982.
- King, L. S., *The Medical World of the Eighteenth Century*, Chicago, University of Chicago Press, 1958.
- King, L. S., *The Philosophy of Medicine, the Early Eighteenth Century*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1978.
- Kiple, Kenneth F. (dir.), *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993.
- Leavitt, Judith Walter, *Typhoid Mary: Captive to the Public's Health*, Boston, Beacon, 1996.
- Lecourt, Dominique (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France, 2004, coll. « Quadrige ».
- Léonard, Jacques, *Les médecins de l'Ouest au XIX^e siècle*, Paris, Librairie Honoré Champion, 1978, 3 t.
- Lessard, Rénaud, *Au temps de la petite vérole. La médecine au Canada aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Québec, Septentrion, 2012.

- Lux, Maureen, *Separate Beds: A History of Indian Hospitals in Canada, 1920s-1980s*, Toronto, University of Toronto Press, 2016.
- MacDougall, Heather, *Activists and Advocates: Toronto's Health Department, 1883-1983*, Toronto, Dundurn Press, 1990.
- Mazumdar, Pauline M. H., *Eugenics, Human Genetics and Human Failings. The Eugenics Society, its Sources and its Critics in Britain*, Londres, Routledge, 1992.
- McKeown, Thomas, *The Modern Rise of Population*, Londres, Edward Arnold, 1976.
- McKeown, Thomas, *The Role of Medicine. Dream, Mirage, or Nemesis*, Londres, Nuffield Provincial Hospital Trust, 1976.
- McLaren, Angus, *Our Own Master Race. Eugenism in Canada, 1885-1945*, Toronto, McClelland and Stuart, 1990.
- Murard, L. et P. Zilberman, *L'hygiène dans la République: la santé publique en France, ou l'utopie contrariée 1870-1918*, Paris, Fayard, 1996.
- Numbers, Ronald (dir.), *Medicine in the New World: New Spain, New France, and New England*, Knoxville, University of Tennessee Press, 1987.
- Osler, William, *Bibliotheca Osleriana*, Kingston et Montréal, McGill-Queen's University Press, 1969.
- Paradis, André, Hélène Naubert et Denis Goulet, *Recension bibliographique: les maladies infectieuses dans les périodiques québécois du XIX^e siècle*, Trois-Rivières, Centre de recherches en études québécoises, Université du Québec à Trois-Rivières, 1988.
- Pelletier, Elzéar, *L'évolution de l'hygiène publique dans la province de Québec, 1608-1933*, Québec, 1933.
- Pick, Daniel, *Faces of Degeneration: Aspects of a European Disorder, 1848-1918*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989.
- Porter, Roy, *Doctor of Society. Thomas Beddoes and the Sick Trade in Late-Enlightenment England*, Londres, Routledge, 1992.
- Porter, Roy, *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity*, Londres, Norton and Co., 1997.
- Porter, Roy et Dorothy Porter, *Patient's Progress. Doctors and Doctoring in Eighteenth Century England*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989.
- Rivard, J.-Y., *L'évolution des services de santé et des modes de distribution des soins au Québec*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1970.
- Rousseau, Nicole et Johanne Daigle, *Infirmières de colonie. Soins et médicalisation dans les régions du Québec, 1932-1972*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2013.

- Rousseau, François, *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec*, Québec, Septentrion, 1989 et 1994, 2 t.
- Shorter, Edward, *Partnership for Excellence: Medicine at the University of Toronto and Academic Hospital*, University of Toronto Press, 2013.
- Shryock, Richard H., *The Development of Modern Medicine. An Interpretation of the Social and Scientific Factors Involved*, New York, Hafner Publishing Co., 1969 (facsimilé de l'édition de 1947).
- Starr, Paul, *The Social Transformation of American Medicine*, New York, Basic Books Inc., 1982.
- Tésio, Stéphanie, *Histoire de la pharmacie en France et en Nouvelle-France au XVIII^e siècle*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2009.
- Tomes, Nancy, *The Gospel of Germs: Men, Women and the Microbe in American Life*, Londres, Harvard University Press, 1999.
- Warner, John Harley, *Against the Spirit of System: The French Impulse in Nineteenth-Century American Medicine*, Princeton, Princeton University Press, 1998.
- Warner, John Harley, *The Therapeutic Perspective: Medical Practice, Knowledge, and Identity in America, 1820-1885*, Princeton, Princeton University Press, 1997.
- Winslow, C.-E. A., *The Life of Hermann Biggs: A Physician and Statesman of Public Health*, Philadelphie, Lea & Febiger, 1929.

B. Sur l'histoire de la tuberculose

- Album du 75^e anniversaire de l'Hôpital Laval, 1918-1983*, Québec, 1993.
- Barnes, David S., *The Making of a Social Disease. Tuberculosis in Nineteenth Century*, France, Berkeley, University of California Press, 1995.
- Bates, Barbara, *Bargaining for Life: A Social History of Tuberculosis, 1876-1938*, Philadelphie, University of Pennsylvania Press, 1992.
- Buikstra, Jane E. (dir.), *Prehistoric Tuberculosis in the Americas*, Evanston, Northwestern University Archeological Program, 1981.
- Burke, R. M., *An Historical Chronology of Tuberculosis*, Springfield, Charles C. Thomas, 1955.
- Burke, Stacie, *Building Resistance: Chilfren, Tuberculosis, and the Toronto Sanatorium*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2018.
- Bynum, Helen, *Spitting Blood: The History of Tuberculosis*, Oxford, Oxford University Press, 2012.
- Castiglioni, A., *A History of Tuberculosis*, New York, Froben, 1933.

- Charpin, J. et D. Charpin, *La tuberculose*, Paris, Presses universitaires de France, 1983, coll. « Que sais-je? ».
- Côté, Louise, *En garde! Les représentations de la tuberculose au Québec dans la première moitié du XX^e siècle*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2000.
- Coury, Charles, *Grandeur et déclin d'une maladie. La tuberculose au cœur des âges*, Suresnes, Lepetit, 1972.
- Cummins, S. L., *The Fight against Tuberculosis*, Londres, 1939.
- Cummins, S. L., *Tuberculosis in History*, Londres, 1949.
- Delarue, Jacques, *La tuberculose*, Paris, Presses universitaires de France, 1972, coll. « Que sais-je? ».
- De Léan, P., *Tuberculose, visages d'hier et d'aujourd'hui*, s.l., Association canadienne contre la tuberculose et les maladies respiratoires, 1968.
- Dessertine, D. et O. Faure, *Combattre la tuberculose, 1900-1950*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1988.
- Dormandy, Thomas., *The White Death. A History of Tuberculosis*, Londres, Hambleton Press, 1999.
- Drolet, G. J. et A. M. Lowell, *A Half Century's Progress against Tuberculosis in New York City, 1900-1950*, New York, Tuberculosis and Health Association, 1952.
- Dubos, René et Jean Dubos, *The White-Plague. Tuberculosis, Man and Society*, New Brunswick (N. J.), Rutgers University Press, 1952.
- Épidémiologie de la tuberculose au Québec, 1996-1999*, Québec, Santé et Services sociaux, 2002.
- Feldberg, Georgina, *Diseases and Class: Tuberculosis and the Shaping of Modern North American Society*, New Brunswick, Rutgers University Press, 1995.
- Flick, L. F., *Development of Our Knowledge of Tuberculosis*, Philadelphie, 1925.
- Grellet, I. et C. Kruse, *Histoire de la tuberculose. Les fièvres de l'âme, 1800-1940*, Paris, Ramsay, 1983.
- Grygier, Pat S., *A Long Way from Home. The Tuberculosis Epidemic among the Inuit*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 1994.
- Guillaume, Pierre, *Du désespoir au salut. Les tuberculeux aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Aubier, 1986.
- Henry, S., *Vaincre la tuberculose (1879-1939). La Normandie en proie à la peste blanche*, Rouen, Presses universitaires de Rouen, 2013.
- Houston, C. Stuart, R.G. Ferguson, *Crusader against Tuberculosis*, Toronto, Dundurn Press, 1991.
- Jacobs, Philip P., *The Campaign against Tuberculosis in the United States, Including a Directory of Institutions Dealing with Tuberculosis in the United States and*

- Canada, New York, The National Association for the Study and Prevention of Tuberculosis, 1908.
- Jones, Greta, *Captain of all these Men of Death. The History of Tuberculosis in Nineteenth and Twentieth Century Ireland*, Amsterdam, Roadopi, 2001.
- Jubilée d'or de L'Hôpital Laval, 1918-1968*, Québec, Hôpital Laval, 1968.
- Keers, R.Y., *Pulmonary Tuberculosis, a Journey Down the Centuries*, Londres, Baillière et Tindal, 1978.
- McCuaig, Katherine, *The Weariness, the Fever, and the Fret. The Campaign against Tuberculosis in Canada, 1900-1950*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1999.
- Nadeau, Gabriel, *Le docteur Paul Dufault. Souvenirs de sanatorium*, Manchester, Imprimerie Lafayette, 1969.
- Ott, K., *Fevered Lives: Tuberculosis in American Culture since 1870*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1996.
- Pierre-Deschênes, C., *La tuberculose au Québec au début du XX^e siècle: problème social et réponse réformiste*, mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, 1980.
- Piéry, M. et J. Roshem, *Histoire de la tuberculose*, Paris, G. Doin et Cie, 1931.
- Prost, J., *Les conceptions du XIX^e siècle sur la contagion de la tuberculose*, Paris, Poisson et Cie., 1934.
- Rom, W. N. et S. M. Garay (dir.), *Tuberculosis*, Boston, Little, Brown and Co, 1996.
- Rosenkrantz, Barbara G., *From Consumption to Tuberculosis. A Documentary History*, New York, Garland, 1994.
- Rothman, S., *Living in the Shadow of Death: Tuberculosis and the Social Experience of Illness in American History*, New York, Basic Books, 1994.
- Shryock, Richard H., *National Tuberculosis Association, 1904-1954*, New York, National Tuberculosis Association, 1957.
- Simard, F., *La lutte antituberculeuse au Québec*, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1976.
- Simard, F., *La tuberculose au Québec*, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1975.
- Tremblay-Villeneuve, N., *J'ai vécu le sanatorium*, Chicoutimi, Éditions Félix, 1998.
- Wherrett, George J., *La tuberculose au Canada*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1966 (1964 en anglais). (Étude présentée à la Commission royale d'enquête sur les services de santé).

- Wherrett, George J., *The Miracle of the Empty Beds: A History of Tuberculosis in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1977.
- Winslow, C.-E. A. et W. E. Chandler, *The Tuberculosis Problem in Rhode Island. A Survey Conducted for the Rhode Island Tuberculosis Association*, Providence, Providence Press, 1920.

C. Autres

- Acar, J., M. Armengaud, J. Modai et O. Lortholary, *Décision en maladies infectieuses*, Paris, Vigot, c1995.
- Ames, Herbert B., *The City Below the Hill. A Sociological Study of a Portion of the City of Montreal*, Montréal, The Bishop Engraving and Printing Company, 1897.
- Baillargeon, Denise, *Un Québec en mal d'enfants: la médicalisation de la maternité, 1910-1970*, Montréal, Remue-ménage, 2004.
- Cohen, Yolande, *Femmes philanthropes. Catholiques, protestantes et juives dans les organisations caritatives au Québec, 1880-1945*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2010.
- Copp, Terry, *Classe ouvrière et pauvreté, les conditions de vie des travailleurs montréalais, 1897-1929*, Montréal, Boréal Express, 1978.
- Durocher, R., P.-A. Linteau et J.-C. Robert, *Histoire du Québec contemporain (1867-1929)*, Montréal, Boréal Express, 1979.
- Hall, D., *A History of Book in America: The Colonial Book in the Atlantic World*, Cambridge, Cambridge University Press, 2000.
- Hutton, Samuel K., *Health Conditions and Disease Incidence Among the Eskimos of Labrador*, Poole, J. Looker Ltd, c1912.
- Lehoux, F., *Le cadre de vie des médecins français aux XVI^e et XVII^e siècles*, Paris, A. J. Picard, 1976.
- Linteau, Paul-André, *Histoire de Montréal depuis la Confédération*, Montréal, Boréal, 1992.
- Minville, Esdras, *Syndicalisme, condition ouvrière et régime social au Québec avant 1940*, Montréal, Fides, 1986.
- Ouellet, Danielle, *Histoire de chimistes. L'École supérieure de chimie de l'Université Laval, 1920-1937*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1996.
- Riis, Jacob A., *How the Other Half Lives. Studies among the Tenements of New York*, Sam Bass Warner (dir.), Cambridge (Mass.), The Belknap Press of Harvard University Press, 1970.
- Riis, Jacob A., *The Battle with the Slum*, New York, Macmillan, 1902.

- Riis, Jacob A., *The Children of the Poor*, New York, Garrett Press Inc., 1970, (1^{ère} édition 1892).
- Trénard, L., *Les bibliothèques au XVIII^e siècle*, Bordeaux, Société des bibliophiles de Guyenne, 1989.

D. Articles et chapitres de livres

- Abel, Emily K., « Taking the Cure to the Poor: Patients' Responses to New York City's Tuberculosis Program, 1884-1918 », *American Journal of Public Health*, vol. 87, nov. 1997, p. 1808-1815.
- Ackerknecht, E. H., « Anticontagionism between 1821 and 1967 », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 22, 1948, p. 561-593. Réimp. dans *International Journal of Epidemiology*, vol. 38, fév. 2009, p. 7-21.
- Ackerknecht, E. H., « Diathesis: the Word and the Concept in Medical History », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 56, 1982, p. 317-325.
- Bedford, Riiko, « Heredity as Ideology: Ideas of the Women's Christian Temperance Union of the United States and Ontario on Heredity and Social Reform, 1880-1910 », *CBMH/BCHM*, vol. 32, n° 1, 2015, p. 77-100.
- Bernier, Jacques, « Le corps médical québécois à la fin du XVIII^e siècle », dans Charles Roland (dir.), *Health, Disease and Medicine, Essays in Canadian History*, Toronto, The Hannah Institute for the History of Medicine, 1984, p. 36-64.
- Bernier, Jacques, « Les bibliothèques médicales à Québec aux XVIII^e et XIX^e siècles: l'exemple de la phtisie », *CBMH/BCHM*, vol. 23, n° 2, 2006, p. 331-354.
- Bernier, Jacques, « Les praticiens de la santé au Québec, 1871-1921: quelques données statistiques », *Recherches sociographiques*, vol. 20, n° 1, janv.-avril 1979, p. 41-58.
- Bernier, Jacques, « L'interprétation de la phtisie pulmonaire au XVIII^e siècle », *CBMH/BCHM*, vol. 22, n° 1, 2005, p. 35-56.
- Bernier, Jacques, « Thomas Reid et le traitement de la phtisie pulmonaire », dans O. Faure (dir.), *Les thérapeutiques: savoirs et usages*, Lyon, Fondation Marcel-Mérieux, 1999, p. 223-237.
- Biggs, Hermann, « Tuberculosis in France », *American Journal of Public Health*, vol. 7, n° 7, 1917, p. 606-611.
- Biraben, Jean-Noël, « La tuberculose et la dissimulation des causes de décès », dans J.-P. Bardet *et al.*, *Peurs et terreurs face à la contagion*, Paris, Fayard, 1988, p. 182-196.

- Bouchard, Gérard, « La naissance d'une élite : les médecins dans la société sague-nayenne (1850-1940) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 49, n° 4, 1996, p. 521-549.
- Bryder, Linda, « Not Always One and the Same Thing : the Registration of Tuberculosis Deaths in Britain, 1900-1950 », *Social History of Medicine*, vol. 9, n° 2, 1996, p. 253-265.
- Bryder, Linda, « We Shall not Find Salvation in Inoculation : BCG in Scandinavia, Britain and USA, 1921-1960 », *Social Science and Medicine*, vol. 49, 1999, p. 1157-1167.
- Bynum, William F., « Medical Philantropy after 1850 », dans W. F. Bynum et R. Porter (dir.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Londres, Routledge, 1993, p. 1480-1494.
- Carmichael, A. G., « History of Public Health and Sanitation in the West before 1700 », dans K. F. Kiple (dir.), *The Cambridge World History of Human Disease*, Londres, Routledge, 1993, p. 192-200.
- Carter, K. Codell, « Koch's Postulates in Relation to the Work of Jacob Henle and Edwin Klebs », *Medical History*, n° 29, 1985, p. 353-374.
- Cohen, Yolande et Michèle Dagenais, « Les infirmières hygiénistes de la ville de Montréal », *Histoire sociale*, vol. 22, 1989, p. 219-246.
- Coleman, William, « Health and Hygiene in the Encyclopedia : A Medical Doctrine for the Bourgeoisie », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 29, 1974, p. 399-421.
- Colgrove, James, « The McKeown Thesis : A Historical Controversy and Its Enduring Influence », *American Journal of Public Health*, vol. 92, 2002, p. 725-729.
- Collin, Johanne et David Hughes, « Entre médecine, culture et pensée sociopolitique : le concept de dégénérescence au Québec (1860-1925) », *CBMH/BCHM*, vol. 33, n° 1, 2016, p. 35-58.
- Connor, J. T. H., « The "Human Subject", "Vulnerable Population", and Medical History : The Problem of Presentism and the Discourse of Bioethics », *CBMH/BCHM*, vol. 34, n° 2, p. 496-520.
- Daigle, Johanne, « Des traces sur la neige. La contribution des infirmières au développement des régions éloignées du Québec au XX^e siècle », *Recherches féministes*, vol. 6, n° 1, 1993, p. 93-104.
- Deslauriers, J. et D. Goulet, « The Medical Life of Henry Norman Bethune », *Canadian Respiratory Journal*, vol. 22, n° 6, 2015, p. 32-42.
- Desrosiers, Georges, « Joseph-Albert Baudouin (1875-1962) : professeur d'hygiène », *CBMH/BCHM*, vol. 10, 1993, p. 251-268.

- Desrosiers, Georges, « Le système de santé au Québec, bilan historique et perspective d'avenir : conférence inaugurale du 51^e congrès de l'Institut d'histoire de l'Amérique française », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 53, n^o 1, 1999, p. 3-18.
- Desrosiers, Georges et Benoît Gaumer, « Les débuts de l'éducation sanitaire au Québec : 1880-1901 », *CBMH/BCHM*, vol. 23, n^o 1, 2006, p. 183-207.
- Desrosiers, Georges, Benoît Gaumer et Othmar Keel, « Lachapelle, Emmanuel-Persillier », *DBC*, vol. 14, Québec, Presses de l'Université Laval, 1998, p. 621-622.
- Desrosiers, G., B. Gaumer, F. Hudon et O. Keel, « Le renforcement des interventions gouvernementales dans le domaine de la santé entre 1922 et 1936 : le Service provincial d'hygiène de la province de Québec », *CBMH/BCHM*, vol. 18, 2001, p. 205-240.
- Duffin, Jacalyn, « Abraham Flexner a-t-il provoqué la création du *JAMC* », *CMAJ/JAMC*, 14 juin 2011, E593-E-596.
- Duffin, Jacalyn, « Gaspard-Laurent Bayle et son legs scientifique : au-delà de l'anatomie pathologique », *CBMH/BCHM*, vol. 3, n^o 2, 1986, p. 167-184.
- Duffin, Jacalyn, « Unity, Duality, Passion and Cure : Laennec's Conceptualisation of Tuberculosis », dans Danielle Gourevitch (dir.), *Maladie et maladies : histoire et conceptualisation. Mélanges en l'honneur de Mirko Grmek*, Genève, Librairie Droz S. A., 1992, p. 333-346.
- Dumas, Albert, « La médecine et mon temps », *Recherches sociographiques*, vol. 16, n^o 1, 1975, p. 21-41.
- Dupont, Antonin, « Louis-Alexandre Taschereau et la législation sociale au Québec, 1920-1936 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 26, n^o 3, 1972, p. 397-426.
- Dupré, Ruth, « Un siècle de finances publiques québécoises : 1867-1969 », *L'actualité économique*, vol. 64, n^o 4, 1988, p. 559-583.
- Dworkin, Martin, « Robert Koch : From Obscurity to Glory to Fiasco », *The Journal of Opinions, Ideas and Essays*, vol. 1, n^o 1, 2014, p. 1-25.
- Faure, Olivier, « Tuberculose », dans Dominique Lecourt (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France, 2004, coll. « Quadrige », p. 1167-1170.
- Feldberg, Georgina, « The Origins of Organized Canadian Medical Research : The National Research Council's Associate Committee on Tuberculosis Research, 1924-1938 », *Scientia Canadensis*, vol. 15, n^o 2, 1991, p. 53-69.
- Fox, Daniel M., « Social Policy and City Politics : Tuberculosis Reporting in New York City, 1889-1900 », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 49, n^o 2, 1975, p. 169-195.

- Goulet, D., G. Lemire et D. Gauvreau, « Des bureaux d'hygiène municipaux aux unités sanitaires. Le Conseil d'hygiène de la province de Québec et la structuration d'un système de santé publique (1886-1926) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 49, n° 4, 1996, p. 491-520.
- Goulet, Denis, « Entre les miasmes et les germes. L'impact de la bactériologie sur la pratique médicale en territoire canadien, 1870-1930 », *Manguinhos*, vol. 1, n° 2, fév. 1995, p. 20-38.
- Goulet, Denis et Othmar Keel, « Les hommes-relais de la bactériologie en territoire québécois et l'introduction de nouvelles pratiques diagnostiques et thérapeutiques (1890-1920) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 46, n° 3, 1993, p. 417-442.
- Grenier, Guy, « Doctrine de la dégénérescence et institution asilaire au Québec (1885-1930) », *Cahiers du Centre de recherches historiques*, n° 12, 1994, p. 105-115.
- Grzybowski, S et A. A. Edward, « Tuberculosis: History of the Disease in Canada », *CMAJ/JAMC*, vol. 160, avril 1999, p. 1025-1028.
- Guérard, François, « Les principaux intervenants dans l'évolution du système hospitalier en Mauricie, 1889-1939 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 48, n° 3, hiver 1995, p. 375-401.
- Hardy, Anne, « Death is the Cure of all Disease: Using the General Office Cause of Death Statistics for 1837-1920 », *Social History of Medicine*, vol. 7, n° 3, déc. 1994.
- Hayter, Charles R. R., « Making Sense of Shadows: Dr. James Third and the Introduction of X-Rays, 1896 to 1902 », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 153, 1995, p. 1249-1256.
- Hinshaw, H. C., W. H. Feldman et K. H. Pfuetze, « Streptomycin in Treatment of Clinical Tuberculosis », *American Review of Tuberculosis and Pulmonary Diseases*, vol. 54, n° 3, 1946, p. 191-203.
- Holmberg, S. D., « The Rise of Tuberculosis in America before 1820 », *American Respiratory Disease*, vol. 142, 1990, p. 1228-1232.
- Johnston, W. D., « Tuberculosis », dans K. F. Kiple (dir.), *Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993, p. 1059-1068.
- Kirby, Stéphanie, « Sputum and the Scent of Wallflowers: Nursing in Tuberculosis Sanatoria 1920-1970 », *Social History of Medicine*, vol. 23, n° 3, déc. 2010, p. 602-620.
- Lawlor, C. et A. Suzuki, « The Disease of the Self: Representing Consumption, 1700-1830 », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 74, automne 2000, p. 458-494.

- Lemieux, Jean-Marie, «La médecine québécoise il y a quarante ans», *La vie médicale au Canada français*, vol. 4, avril 1975, p. 417-426.
- Lemieux, Jean-Marie, «L'histoire de la chirurgie pulmonaire à Québec», *Laval médical*, vol. 23, 1, sept. 1957, p. 269-273.
- Lessard, Rénald, «Le livre médical au sein du corps de santé canadien aux XVII^e et XVIII^e siècles», *CBMH/BCHM*, vol. 12, n^o 2, 1995, p. 215-240.
- Li, Shenwen, «Bethune, Henry Norman», *DBC*, vol. XVI, Québec, Presses de l'Université Laval, 2011. En ligne: [www.biographi.ca/fr/bio/bethune_henry_norman_16F.html].
- Lux, Maureen, «Perfect Subjects: Race, Tuberculosis and the Qu'Appelle BCG Vaccine Trial», *CBMH/BCHM*, vol. 15, 1998, p. 277-295.
- Maijer Drees, L. et L. McBain, «Nursing and Native People in Northern Saskatchewan: 1930-1950», *CBMH/BCHM*, vol. 18, n^o 1, 2001, p. 43-65.
- Malissard, Pierrick, «La longue controverse de la vaccination antituberculeuse au Canada: le bacille Calmette-Guérin (BCG), 1925-1955», *CBMH/BCHM*, vol. 15, n^o 1, 1998, p. 87-128.
- Maulitz, R.C., «The Lure of French Pathology for English Medical Students, 1816-1836», *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 55, hiver 1981, p. 475-496.
- McCuaig, Katherine, «Tuberculosis: The Changing Concept of the Disease in Canada, 1900-1950», dans C. G. Roland (dir.), *Health, Disease and Medicine. Essays in Canadian History*, Toronto, The Hannah Institute, 1984, p. 296-307.
- McMillen, Christian W., «The Red Man and the White Plague: Rethinking Race, Tuberculosis, and American Indians, ca. 1890-1950», *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 82, n^o 3, 2008, p. 608-645.
- Middelton, F. C., «Evolution of Tuberculosis Control in Saskatchewan», *Canadian Public Health Journal*, vol. 24, 1933, p. 505-513.
- Normandin, Sebastian, «Eugenics, McGill, and the Catholic Church in Montreal and Quebec, 1890-1942», *CBMH/BCHM*, vol. 15, 1998, p. 59-86.
- Olby, Robert C., «Constitutional and Hereditary Disorders», dans Bynum, W. F. et R. Porter (dir.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. 1, Londres, Routledge, 1993, p. 412-437.
- Olofsson, E., T. L. Holton et I. J. Partridge, «Negotiating Identities: Inuit Tuberculosis Evacuees in the 1940s-1950s», *Études /Inuit/Studies*, vol. 32, n^o 2, 2008, p. 127-149.
- Orwell, George, «How the Poor Die», dans *Shooting an Elephant and Other Essays*, Londres, Penguin Books, 2009, p. 277-290.

- Petitclerc, Martin, « À propos de ceux qui sont en dehors de la société. L'indigent et l'assistance publique au Québec dans la première moitié du XX^e siècle », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 65, nos 2-3, 2012, p. 227-256.
- Pierre-Deschênes, Claudine, « Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec, 1887-1910 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 35, n° 3, 1981, p. 355-375.
- Pinell, Patrice, « Degeneration Theory and Heredity Patterns between 1850 and 1900 », dans J.-P. Gaudillière et I. Löwy, *Heredity and Infection*, Londres, Routledge, 2001, p. 245-259.
- Pinell, Patrice, « Genèse et réception de la théorie de la dégénérescence. Contribution à l'analyse des conditions de succès d'une idéologie scientifique », *Revue européenne des sciences sociales*, vol. 54, n° 1, 2016, p. 183-200.
- Porter, G. P., « Pioneers in Public Health », *Canadian Journal of Public Health / Revue canadienne de santé publique*, vol. 40, févr. 1949, p. 84-85.
- Poutanen, M. A., « Containing and Preventing Contagious Disease: Montreal's Protestant School Board and Tuberculosis, 1900-1947 », *CBMH/BCHM*, vol. 23, n° 2, 2006, p. 401-428.
- Ramagnoli, G., « L'evoluzione del concetto della contagiosità e della profilassi della tubercolosi polmonare attraverso I secoli, dall'antichità fino alla scoperta del bacillo di Koch », *Giornale di batteriologia, virologia ed immunologia*, vol. 61, 1968, p. 233-273.
- Reverby, Susan M. et David Rosner, « Beyond the Great Doctors », dans Susan M. Reverby et David Rosner, dir., *Health Care in America: Essays in Social History*, Philadelphie, Temple University Press, 1979, p. 3-16.
- Rosenberg, Charles E., « The Bitter Fruit: Heredity Disease and Social Thought in Nineteenth Century America », *Perspectives in Nineteenth Century America*, vol. 8, 1974, p. 189-235.
- Rottot, Jean-Philippe, « La science médicale à Montréal depuis 50 ans jusqu'à nos jours », *La revue médicale du Canada*, vol. 6, 1902, p. 342-347.
- Ryymin, T., « Civilizing the Uncivilized: the Fight against Tuberculosis in Northern Norway at the Beginning of the Twentieth Century », *Acta Borealia*, vol. 24, n° 2, 2007, p. 143-161.
- Schlich, Thomas, « The Technological Fix and the Human Body: Surgery as a Paradigmatic Case », dans *A Cultural History of the Human Body. In the Modern Age*, I. Crozier (dir.), Oxford, Berg, vol. 6, 2010, p. 71-92.
- Smith, Jenna Murdock, « Next Stop, Sunshine Station: The Ontario Board of Health and the Exhibition of Tuberculosis, 1908-1929 », *Scientia Canadensis*, vol. 34, n° 2, 2011, p. 67-96.

- Szreter, Simon, « Rethinking McKeown : The Relationship Between Public Health and Social Change », *American Journal of Public Health*, vol. 92, n 5, 2002, p. 722-724.
- Tétrault, Martin, « Les maladies de la misère. Aspects de la santé publique à Montréal, 1880-1914 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 36, n° 4, mars 1983, p. 507-526.
- Tracy, Sarah W., « George Draper and American Constitutional Medicine, 1916-1946; Reinventing the Sick Man », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 66, n° 1, 1992, p. 53-89.
- Trail, R. R., « Richard Morton, 1637-1698 », *Medical History*, vol. 14, 1970, p. 166-174.
- Vanast, J. Walter, « Hastening the Day of Extinction : Canada, Québec, and the Medical Care of Ungava's Inuit, 1867-1967 », *Études/Inuit/Studies*, vol. 15, n° 2, 1991, p. 55-84.
- Warren, Peter, « The Evolution of Sanatorium : The First Half-Century, 1854-1904 », *CBMH/BCHM*, vol. 23, n° 2, 2006, p. 457-476.
- Wilson, Leonard G., « Commentaries : Medicine, Population, and Tuberculosis », *International Journal of Epidemiology*, vol. 34, 2005, p. 521-524.
- Wilson, Leonard G., « The Rise and Fall of Tuberculosis in Minnesota : the Role of Infection », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 66, n° 1, 1992, p. 16-52.
- Winnett, Valérie, « Disease and Domesticity in Display : The Montreal Tuberculosis Exhibition, 1908 », *CBMH/BCHM*, vol. 23, 2006, p. 381-400.
- Zou, Yawen, « August Friedrich Leopold Weismann (1834-1914) », *Embryo Project Encyclopedia*, ISSN: 1940-5030. En ligne : [<http://embryo.asu.edu/handle/10776/7891>], consulté le 23 mai 2014.

Index

A

- Abgrall, Fanch, 62 (n. 7)
Académie de médecine (Paris), 36, 70
Adami, John George, 65, 67, 71-72, 113, 177-189
Ahern, Michael Joseph, 66, 95, 177-189
American Public Health Association, 158
Andry, Nicolas, 17, 32
antibiotiques, 4, 77, 81-82
Archibald, Edward, 87
Association canadienne de la prévention de la tuberculose, 71, 102, 110
associations bénévoles, *voir organisations charitables*

B

- Baglivi, Giorgio, 31
bacilles, 1, 8, 10, 37-38, 63, 64-65, 66, 67, 68, 74, 75-76, 80, 82, 83, 89, 97, 98 (n. 199), 110, 117, 121, 125-127, 147, 151, 161, 162, 180
Baudouin, Joseph-Albert, 69, 89, 92, 97
Baumes, J. B. T., 13, 19, 20, 21, 23, 29, 31
Baumgarten, Paul von, 37
Bayle, Gaspard-Laurent, 33, 39
Beddoes, Thomas, 13, 15, 24, 26, 31

- Bethune, Norman, 87-88
Biggs, Herman M., 43-44, 57, 116, 117, 118-119, 124, 156, 161
Biraben, Jean-Noël, 52
Boerhaave, Herman, 28, 31
Bordet, François, 92
Bourgeois, Georges, 66, 177-189
Broussais, François, 34, 36, 40
Bryder, Linda, 52
Burland, Jeffrey, 65, 177-189

C

- Calmette, Albert, 89, 90
Cimetière Mount Hermon, 50-59
classification des maladies, 45-46
Cohnhein, Julius, 37
Collège des Jésuites (bibliothèque), 30
Comité provincial de défense contre la tuberculose (1937), 110-111
Commission royale de la tuberculose (1910), 63, 106, 120, 176-189
Congrès international contre la tuberculose, (1908), 116, 149
Congrès international de la tuberculose (1899), 79
Conseil d'hygiène de la province de Québec, 63, 106
Conseil national de recherche du Canada, 90
Conseil supérieur d'hygiène, 67
Côté, Louise, 61
Cullen, William, 13, 21, 32

D

de la Boë Sylvius, Franciscus, 28
 Derick, Carrie, 71
 dispensaires, 107-108
 Dubé, J.-Edmond, 65, 177-189
 Dubeau, Eudore, 67 (n. 12)
 Dubos, René et Jean, 47, 48, 148
 Dufault, Paul, 129, 149
 Dupré de Lisle, 13, 20, 21, 22, 23,
 25, 32
 Durham, Lord, 32, 51

E

École de santé militaire (Lyon), 40
 École militaire du Val-de-Grâce
 (Paris), 35
 Ettmuller, Michel, 28, 30
 expositions antituberculeuses, 111-
 119

F

facultés de médecine
 Université de Montréal, 89, 94, 95,
 97
 Université de Paris, 70
 Université Laval, 86, 91, 92, 93,
 95, 96-97, 98
 Université McGill, 87, 95, 114
 Farr, William, 45
 Ferlanini, Carlo, 84
 Flexner, Abraham, 98, 161
 Flugge, Karl, 39
 Fondation Rockefeller, 108
 formation
 infirmières, 95-96
 médecins, 93-95, 96-99
 Fracastor, Girolamo, 15
 Frappier, Armand, 90-91

G

Gouin, Lomer, 63, 106
 Grancher, Jacques-Joseph, 40, 41,
 134, 40 (n. 33), 41, 134
 Grauer, Albert Edward, 109, 127,
 160
 Guérin, Camille, 89
 Guerin, James John, 65, 177-189

H

Hamel, Auguste, 93
 Hardy, Anne, 58
 Harvey, Gideon, 9, 12, 14, 18, 23,
 24, 32
 Henle, Jacob, 38
 Hill, Hilbert W., 99
 Hippocrate, 17, 22, 23, 27, 28, 114
 historiographie, 4, 11, 15, 61
 Hoffman, Friedrich, 31
 Holt, C. Macpherson, 65, 177-189
 hôpitaux et sanatoriums
 Bellevue Hospital Medical Center
 (New York), 44
 Brehmer Rest Sanatorium (Sainte-
 Agathe-des Monts), 136
 Children's Memorial Hospital
 (Montréal), 136
 Grace Dart Home (Montréal), 89,
 132, 133
 Hôpital de la Charité (Paris), 33
 Hôpital de la Marine (Québec), 48
 Hôpital de Lubeck (Allemagne), 92
 Hôpital du Parc Savard (Québec),
 143
 Hôpital du Sacré-Cœur
 (Plessisville), 136
 Hôpital du Sacré-Cœur (Montréal),
 84, 89, 133, 136
 Hôpital du Saint-Sacrement
 (Québec), 87

- Hôpital du Val-de-Grâce (Paris), 35, 40
- Hôpital Laval (Québec), 75, 85, 88, 89, 103, 132-133, 136
- Hôpital Notre-Dame (Îles-de-la-Madeleine), 136
- Hôpital Notre-Dame (Montréal), 47, 48, 136
- Hôpital Royal Victoria (Montréal), 65, 75, 87, 88
- Hôpital Saint-Jean (Saint-Jean), 136
- Hôpital Saint-Jean-Eudes (Havre-Saint-Pierre), 136
- Hôpital Saint-Joseph (Beauceville), 136
- Hôpital Saint-Joseph (Rimouski), 136
- Hôpital Saint-Joseph (Rivière-du-Loup), 136
- Hôpital Saint-Joseph (Rosemont), 89
- Hôpital Saint-Joseph (Thetford-Mines), 133, 136
- Hôpital Sainte-Anne-des-Monts (Sainte-Anne-des-Monts), 136
- Hôtel-Dieu (Gaspé), 136
- Hôtel-Dieu (Montréal), 65
- Hôtel-Dieu (Québec), 30, 47, 48, 49, 66, 75, 76, 88, 95
- Hôtel-Dieu Saint-Vallier (Chicoutimi), 136
- Jeffrey Hale's Hospital (Québec), 136
- Laurentian Sanatorium (Sainte-Agathe-des-Monts), 131-132, 134 (n. 141), 136
- Mount Sinai Sanatorium (Sainte-Agathe-des-Monts), 131-132, 134 (n. 141), 136
- Mountain Sanatorium (Hamilton), 143
- Muskoka Cottage Hospital (Ontario), 131
- North Brother Island Hospital (Ville de New York), 156
- Royal Edward Laurentian Hospital (Montréal), 89
- Rutland Sanatorium (Massachusetts), 149
- Sanatorium Cooke (Trois-Rivières), 133, 136
- Sanatorium du Lac Edouard, 79, 131-132, 136
- Sanatorium Saint-Georges (Mont-Joli), 136
- Sanatorium Saint-Laurent (Hull), 136
- Sanatorium Saint-Michel (Roberval), 136
- Saranac Lake Sanatorium (État de New York), 131
- Weston Sanatorium (Toronto), 143
- Hume, David, 29
- I**
- Institut Bruchési (Montréal), 75, 76, 78, 83, 85, 109, 128
- Institut de microbiologie et d'hygiène (Université de Montréal), 90, 91
- Institut de physiologie (Berlin), 37
- Institut Pasteur (Paris), 91, 92, 93, 94
- J**
- Jarry, J.-Arthur, 76, 78, 128
- Journal de médecine de Québec/Quebec Medical Journal*, 40
- K**
- Koch, Robert, 37, 39, 40, 42, 99, 116, 119, 147, 149, 151, 161, 163

L

- L'Espérance, Joseph, 65, 177-189
 Laberge, J.-Edouard, 67 (n. 12)
 Lachapelle, E.-Persillier, 63, 65, 79, 99, 177-189
 Lachapelle, Séverin, 111
 Laennec, René T. H., 10, 16, 33-34, 39
 Landouzy, Louis, 70
 Leclerc, Odilon, 108 (n. 30), 135
 Leeuwenhoek, Antoni van, 17, 28, 32
 Lemieux, Jean-Marie, 81, 86, 87
 ligues pour la prévention de
 la tuberculose (Montréal, Sherbrooke, Hull, Québec, Trois-Rivières), 102-103, 111, 112
 lois
 Conseil d'hygiène de la province de Québec (Québec, 1887), 105
 Conseil Supérieur d'hygiène (Québec, 1915), 106, 124
 création du ministère de la Santé et du Bien-être social (Québec, 1936), 109
 sur l'habitation (Ottawa, 1938), 128
 sur la tuberculose et la mortalité infantile (Québec, 1924), 133
 Service provincial d'hygiène (Québec, 1922), 107, 120, 126, 128, 130
 sur l'Assistance publique (Québec, 1921), 105, 107
 création des unités sanitaires de comté (Québec, 1926), 108
 Louis, Pierre-Charles-Alexandre, 34, 73, 169
 Lumière, Auguste, 70-71

M

- Magnan, Valentin, 70
 malades, conditions des, 44-50, 62 (n. 7), *voir aussi tuberculose pulmonaire (traitements)*
 Marten, Benjamin, 12, 14, 17-18, 28, 32
 Massachusetts, Bureau d'hygiène, 149-150
 McCuaig, Katherine, 61
 Merrill-Desaulniers, E., 67 (n.12)
 ministère de la Santé (Québec), 76, 77, 90, 134
 ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (Ottawa), 142
 Minnesota (division de l'épidémiologie, Département de la santé), 99, 148-149
 Montréal (Service de santé), 95, 122, 158-159
 Morel, Benedict-Augustin, 70,
 Morgagni, Jean-Baptiste, 16
 mortalité
 Montréal et New York, XX^e siècle, 158
 provinces canadiennes, XX^e siècle, 138
 Québec (province) et autres pays, XX^e siècle, 152-155
 Québec (province)
 Autochtones du Nord du Québec, 141, 203
 comtés du Québec, XX^e siècle, 200-203
 villes du Québec, XX^e siècle, 196-197
 villes et campagnes, XX^e siècle, 138
 XIX^e siècle, 51-59
 XX^e siècle, 137-145

Morton, Richard, 11, 12, 14, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 30, 32

N

New York (État), 126 (n. 96)

New York (Ville), 43, 44, 116-118, 119, 150 (n. 12), 151

nosologie. *Voir classification*

O

Office impérial de santé (Berlin), 37

organisations charitables, 101-104

Organisation mondiale de la santé, 1

P

Paquin, Charles-Rosaire, 66, 67 (n. 12), 177-189

pasteurisation, 125-127

Pelletier, Elzéar, 65, 177-189

Pidoux, Herman, 70, 169

plans gouvernementaux d'action contre la tuberculose

Québec (province), 63, 64-67, 71, 104-111, 120-124, 125-127, 128-134, 151, 160

autres provinces canadiennes, 91, 121 (n. 72), 126, 130, 148, 150, 160

Montréal, 157-159

New York (Ville), 43-44, 116, 118-120, 126 (n. 96), 151, 156-158

Massachusetts, 129, 148-150

Minnesota, 99, 148-149

Portal, Antoine, 13, 21, 24, 32

Q

Québec (Ville), 53, 57-58

R

Raulin, Joseph, 13, 14, 20, 21, 22, 23-24, 25, 32

Rebadeau-Dumas, L., 92

Reid, Thomas, 13, 15, 18, 19, 20, 23, 24-26

Rivière, Lazarre, 30-31

Robinson, Nicolas, 12, 14, 21-22, 28, 31, 32

Roddick, Thomas, 65, 177-189

Roentgen, William C., 75

Rousseau, Arthur, 62, 66, 67-68, 92, 97, 132-133, 177-189

Rousseau, Edmond, 112

Rozière de la Chassagne, 9, 13, 19, 24, 32

S

Salomonsen, Carl J., 37

Sarrazin, Michel, 30

Sée, Germain, 40 (n. 36)

Sergent, Émile, 70, 92

Service provincial d'hygiène, 96, 151

Simard, Arthur, 66, 177-189

Société de la Pennsylvanie pour la protection de la tuberculose, 116-117

Société médicale des hôpitaux de Paris, 41

Swieten, Gerard van, 31

T

Taquinum Sanitatis, 25

Taschereau, Louis-Alexandre, 103, 105, 107-109

Tchekhov, Anton, 50

Tenon, Jacques, 16

Timbre de Noël (œuvre du), 103

Trudeau, Edward Livingston, 131

tuberculose, formes historiques, 8-9

tuberculose pulmonaire

causes dites «prédisposantes»
(croyances)

constitution, 20-23, 35, 45-47

hérédité, dégénérescence,

diathèse, 23-24, 34, 66-67, 67-71, 71-73, 167, 168

modes de vie, 24-27, 176-189, 192

contagion et contagionistes, 1,

15-19, 28-29, 35, 36 (n. 16), 37, 40-42, 43-44, 45, 171-173

diagnostic, XVIII^e et XIX^e siècles, 33-34, 74-75

diagnostic, XX^e siècle, 75-77

infection, 37-39. *Voir aussi bacilles*

prévention

isolement des contagieux, 110-111, 117, 133-134

crachats (analyse, destruction), 41-43, 57, 64, 76, 156, 159

déclaration obligatoire, 117, 118, 120-124

dépistage des malades, 75-77, 105, 108-109, 143, 151

lait (test à la tuberculine et pasteurisation), 125-127

logements (désinfection, aération), 115, 117, 127-128

symptômes et altérations des

poumons, 10, 27-28, 50, 62-63 (n. 7), 73-74

traitements

XIX^e siècle, 48-50

XX^e siècle, antibiotiques, 81-82

XX^e siècle, cure méthodique

(repos, air sain, bonne alimentation), 78-80

XX^e siècle, médicaments, 80-82

XX^e siècle, phrénicectomie, 88

XX^e siècle, pneumonectomie (exérèse du poumon), 88

XX^e siècle, pneumothorax, 83-86

XX^e siècle, thoracoplastie, 86-88

U

Union médicale du Canada, 40, 42, 43

unités sanitaires de comté, 77, 90, 95, 96, 108-109, 110, 134, 151

V

vaccination

vaccination, pays anglo-saxons, 92-93

vaccination, Québec et France, 89-92

Valin, C. Narcisse, 66, 177-189

Villemin, Jean-Antoine, 35-37, 40, 41, 46 (n. 50), 163, 166-173

W

Waksman, Salman A., 81

Weismann, Arthur, 72

Welch, William Henry, 119

Wherrett, Jasper, 61, 82 (n. 100), 83, 85, 88, 89, 91, 126-127, 141-142

Willis, Thomas, 17, 28

XYZ

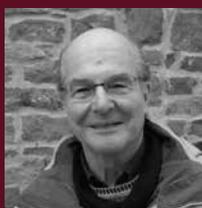
Zola, Émile, 70

Il a fallu beaucoup de temps, malgré les observations des premiers contagionistes au xviii^e siècle, malgré les intuitions de Villemin et d'autres médecins au xix^e siècle, malgré les découvertes de Koch en 1882 et malgré tous les progrès de la bactériologie au tournant du xx^e siècle, avant que la tuberculose en vienne à être reconnue pour ce qu'elle est, une maladie infectieuse et contagieuse.

Cet ouvrage montre combien les croyances ont balisé l'histoire de cette maladie du xviii^e jusqu'au xx^e siècle, et combien certaines s'enracinent loin dans le temps.

Même au xx^e siècle, les résistances à la théorie de la contagion ont été variées et tenaces.

Dans cette histoire de la tuberculose au Québec, l'auteur relate l'évolution des représentations de cette maladie et des façons dont la médecine et les autorités publiques y ont fait face.



JACQUES BERNIER a longtemps été responsable des cours d'histoire de la médecine au Département des sciences historiques de l'Université Laval. Il est l'auteur de *La médecine au Québec: naissance et évolution d'une profession*. De 1995 à 1997, il a été président de la Société canadienne d'histoire de la médecine.

Aussi en version numérique

Illustration de couverture :
Magdalene Carson (New Leaf Publication Design)

