

XIII-ÈME ÉCHANGE DE MÉDECINS — FÉVRIER—AVRIL 1927
SOUS LES AUSPICES DE LA LIGUE DES NATIONS.

LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE A BIRMINGHAM

PAR

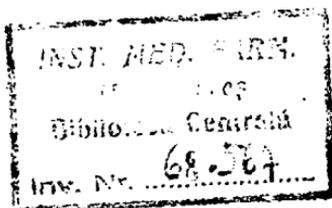
LE DR. BOGDANOVICI

SOUS DIRECTEUR DU SERVICE SANITAIRE

DE

BUCAREST





28 MAY 2004

L'Organisation de la lutte antituber- culeuse à Birmingham

C'est une organisation simplifiée, exclusivement municipale, sans comité d'assistance sociale et n'ayant aucune relation administrative avec la „National association for the prevention of tuberculosis“ — (Société nationale pour la prévention de la tuberculose).

Cette dernière est considérée seulement comme une force nationale psychique, mettant à contribution les valeurs scientifiques et les âmes dévouées à l'organisation de la propagande.

On pourrait dire que le système adopté est la dernière étape d'étatisation ou de municipalisation de la lutte contre ce mal social.

En effet, il y a une grande différence entre : a) l'état initial, lors de la création du dispensaire. Quen Victoria d'Edinbourg, b) entre la situation dans certaines villes qui confient la plus grande partie des moyens de lutte contre la tuberculose à une société c) entre l'institution hybride du dispensaire d'un borough de Londres encore sous la direction d'un comité privé ou le conseil municipal est bien représenté et entre l'organisation antituberculeuse à Birmingham. Cette dernière est entièrement municipalisée. Au point de vue de la directive il y a deux différents : l'une administrative-sociale et l'autre clinico-sociale. Une seule personne, siégeant au **Public Health**

*) Rapport exposé en Anglais a la conference finale de l'échange, a Genève.

département, dirige la première. C'est le second assistant du médecin en chef. C'est à son office qu'arrivent les déclarations des cas, (déclaration obligatoire de la tuberculose pulmonaire depuis 1912, de toutes les formes depuis 1913); c'est lui qui envoie la copie de la fiche complétée par la visiteuse de tuberculose au Médecin en Chef du dispensaire; c'est lui qui surveille les travaux des visiteuses pour tuberculose (tuberculosis visitors) dans les 11 secteurs; c'est à lui que les visiteuses pour tuberculose adressent les rapports hebdomadaires; c'est lui qui dresse un rapport trimestriel et annuel; c'est lui qui, en dernier terme, accorde les moyens d'assistance prophylactique aux indigents, c'est lui qui centralise toute l'activité des dispensaires et hôpitaux, tout en laissant la liberté d'action — en ce qui concerne la partie clinique et les conséquences administratives qui en dérivent — aux éléments primordiaux qui constituent l'engrenage comme : Médecin en Chef du dispensaire, des sanatoria hôpitaux etc...

Aussi cette municipalisation-ou étatisation quand il y a lieu paraît-elle, au point de vue de l'unité de l'action, du choix des capacités et de la simplification de la besogne, la solution la plus proche de la perfection.

Les sociétés, comme personnes administratives et comme directrices scientifiques, pourraient parfois accomplir, presque aussi bien, cette tâche, mais ce ne serait pas la règle générale surtout après la légifération de la déclaration obligatoire, et elles encombreraient le système, par un anneau inutile la plupart du temps.

En outre, les sociétés ne pourraient pas être astreintes à des règles précises, et se conformeraient peut-être difficilement à une discipline commune.

Bien que les deux actions antituberculeuses: administrative et clinique ne sauraient constituer qu'un seul rouage, à Birmingham elles sont distinctes, cependant en marchant de pair, elles ne se nuisent réciproquement, en aucune façon.

Les deux noyaux, le centre administrativo-social, et surtout le centre clinico-social (siégeant au grand dispensaire), le centre clinico-social (siégeant au grand dispensaire)

saire de Broad Street) ont réussi à se créer une autonomie et une force, grâce à la personnalité du Dr. Dixon, doué d'une puissance d'observation pénétrante, d'une grande sagacité, d'une logique serrée, d'un esprit critique remarquable.

„Nous faisons de la besogne administrative et de la besogne clinique“ dit le Dr. Dixon „mais nous ne les confondons pas“. L'esprit critique du Dr. Dixon est un vrai tamis à travers les mailles duquel ne passent pour être mises en application que les notions dont il a la conviction qu'elles sont ou qu'elles pourraient devenir, d'une réelle utilité et aisément applicables. Donc, dans son ensemble, l'action anti-tuberculeuse à Birmingham, est exclusivement municipale, appuyée par le gouvernement qui lui octroie 50% de frais, ne recevant aucune injonction directe d'aucun élément particulier (sociétés ou autres), ayant son propre dispensaire, ses propres sanatoria-hôpitaux, se mettant en relation au point de vue du traitement avec les éléments du National Health Insurance (assurances ouvrières) et avec la société privée phylantropique „General dispensary“ et au point de vue de l'administration des secours, avec les Poor Law Guardians.

Il faut, pour une meilleure compréhension, décrire séparément l'action du noyau administratif dirigé par un médecin sanitaire et la puissante action du grand dispensaire avec ses dépendances: Sanatoria-hôpitaux.

Ce dernier devra être envisagé à un double point de vue: descriptif et critique, et cela, en ce qui concerne trois problèmes: a) l'unicité ou la multiplicité des dispensaires pour une ville; b) l'opportunité du traitement; c) le prêt d'assistance en aliments; points sur lesquels, en sa manière d'agir le Dr. Dixon diffère des opinions si concrètement exprimées par le Professeur Bernard dans son exposé sur les principes scientifiques de la lutte antituberculeuse au cours international d'hygiène à Paris.

Côte administratif. Réception des déclarations. Visite et surveillance des malades. Prêt de secours spéciaux avec but prophylactique.

La ville (960.000 habitants) est divisée en 11 secteurs

d'activité antituberculeuse, confié chacun à une visiteuse pour la tuberculose (tuberculosis visitor). Chaque secteur est divisé en 4 sections.

Les malades de chaque section (ce qui veut dire ceux de toute la ville) sont divisés en trois catégories : a) les malades ordinaires (not clasified) qui, au point de vue clinique ou social, ne présentent rien d'extraordinaire, et qui ne sont revus qu'une fois par an; b) les malades classés qui, pour un motif clinique ou social, doivent être surveillés de plus près (gravité de la maladie, danger de contagion pour l'entourage, mauvaises conditions de logement) et qui sont revus 3 ou 4 fois par an, c) les soldats en retraite (ceux-ci tout simplement pour savoir s'ils ont les moyens de se soigner).

Donc la besogne d'une visiteuse de tuberculose est divisée en 16 **étapes**, savoir : 4 visites aux 4 sections (du secteur) pour les malades ordinaires, et 3 fois les malades clasifiés de chaque section (ce qui veut dire douze visites) qu'elle doit parcourir et achever chaque année.

La date du commencement de chaque étape est notée sur une figure analogue à une rose des vents imprimée sur la première page du registre des rues (dans lequel les malades sont enregistrés selon les rues).

Vu que, dans ce registre des rues, la visiteuse de tuberculose doit noter chaque semaine les visites faites dans chaque rue, et la date de la visite, le contrôle du médecin qui dirige l'action administrative est assez aisé.

Arrêtons-nous un moment à ce registre, qui, parmi les autres trois, est le plus important. Examinant la rue X vous trouverez sur la même ligne horizontale a) le numéro d'ordre du carton dressé de la première visite (carton soigneusement gardé) b) le nom du malade, c) sa classification (ordinaire ou clasifiée) une rubrique pour noter la nécessité d'un lit, e) une pour les défauts de salubrité de la maison, f) une pour les dates des visites pendant toute l'année, une rubrique pour noter l'internement dans les sanatoria et une pour les décès.

Le registre des rues, en combinaison avec la rose des vents, permet au Médecin dirigeant de se rendre compte

d'une manière précise et très vite du travail effectué par la visiteuse, et de connaître à un moment donné, l'histoire et l'état du malade. C'est à cette source aussi qu'on puise les données pour le rapport annuel.

Il y a encore 2 registres, l'un tenu suivant l'ordre chronologique de la déclaration où on note aussi le changement d'adresse. Le second est le registre alphabétique. Les trois registres se renvoient mutuellement l'un à l'autre, de sorte que la moindre indication sur un malade vous permet d'apprendre, à un moment donné toutes ses conditions de santé et sociales.

La tâche des visiteuses

Aussitôt une déclaration de tuberculose reçue au centre médical administratif, la visiteuse visite le malade.

Par routine et par éducation elle se rend compte de l'état du malade, des soins médicaux qu'il reçoit déjà, de la façon dont sont exécutées les prescriptions prophylactiques pour l'entourage, des conditions de logement, (en cas d'insalubrité, elle intervient auprès de l'inspecteur sanitaire du secteur), du surpeuplement de l'appartement, des conditions sociales et financières du malade et de sa famille. Elle constate a) s'il est membre d'une société d'assurance ouvrière (donc pouvant être traité par le „panel doctor“ et d'obtenir de secours pécuniaires), b) le temps depuis lequel la personne est établie dans la ville, c) s'il y a nécessité d'un lit, d'un crachoir, d'une cabane (shelter) pour le malade.

Les crachoirs sont accordés la plupart du temps gratuitement.

Les lits sont accordés: neufs aux malades qui peuvent les payer par versement hebdomadaires, (1 shiling) et restent au bout d'un an la propriété du malade, ou bien, pour ceux qui ne peuvent pas payer, on leur prête des lits usagés (lit, matelas, traversin).

En outre, elle enseigne la manière de prendre la température et de la noter sur une feuille que le malade reçoit, apprécie et demande par un rapport, si c'est le cas,

de lui prêter un secours en aliments, ou de lui envoyer, pour 2-3 heures par jour ou davantage, une nurse, elle choisit aussi ceux des contacts qui lui paraissent suspects pour qu'ils se présentent au dispensaire.

Le sort du malade, après cette première visite peut être un des suivants au point de vue administrativo-social:

A. Bien soigné, bonnes mesures prophylactiques. On note sur le carton „Pas à suivre“.

Malade moyennement atteint; on note malade ordinaire avec subdivisions:

a) traité par un médecin particulier, on lui indique les mesures prophylactiques, on lui laisse la faculté de se présenter au dispensaire;

b) malade non soigné ou vu une seule fois fortuitement par un praticien qui le recommande aux soins du dispensaire.

On lui persuade de se rendre le plus tôt possible au dispensaire.

c) Malade sérieusement atteint. Autant que possible on le fait venir au dispensaire (après avoir pris toutes les mesures prophylactiques), ou si c'est impossible la visiteuse opine qu'il doit être vu au domicile par un des médecins du dispensaire ou par le médecin du centre administratif.

Ici s'arrête l'action administrativo-sociale et commence l'action du dispensaire.

Le dispensaire, son activité

C'est le type du grand dispensaire central, magnifiquement outillé. Comme personnel, le médecin en chef, le Dr. Dixon, et cinq autres médecins dont quatre sont les assistants du grand Sanatorium de Yardley Road qui pratiquent alternativement un jour au sanatorium et un autre au dispensaire, le cinquième travaille seulement au dispensaire. En outre, le médecin du Sanatorium Westheath travaille deux jours par semaine au dispensaire. (Les médecins de Romsleyhill et Salterley Grange (ce dernier à 16 miles) ne fréquentent pas le dispensaire). Il y

° a encore un dentiste à gages, un radiographe des nurses, des fonctionnaires.

Le bâtiment se compose de deux salles d'attente, 5 cabinets de consultations, un service de radiologie, 11 boxes pour se déshabiller, l'installation du dentiste, le laboratoire et l'archive où en outre des registres, il y a des caisses-tiroirs où on conserve les fiches de tous les malades examinés au dispensaire.

Le malade nouvellement arrivé est examiné par la nurse au point de vue anamnèse, pouls, température, crachats; il est pesé. On fait l'examen bactériologique des crachats. Il passe ensuite chez le médecin pour l'examen physique. A la rigueur, il est examiné par deux médecins, on fait sa radioscopie, en cas de nécessité, la radiographie et même la radiographie-stéréoscopique. Si le cas présente des particularités à étudier ou si le cas est dubieux il est envoyé au pavillon d'observation du sanatorium Yardley Road. Si le malade est renvoyé à domicile, on lui donne de grosses éprouvettes pour recueillir ses crachats qu'il renverra pour un nouvel examen.

Plus de détails grossiraient inutilement l'exposé; il est suffisant de dire que toutes les mesures sont prises pour faire et parfaire un examen, non seulement complet mais suivi. Une propagande tacite est faite pour les tableaux muraux, l'un copié d'après les tableaux américains, les autres originaux. Le premier (illustré) est reproduit en dimensions réduites et remis au malade pour être emporté.

Que devient le malade?

a) Si son état est sérieux, ou si les conditions de logement constituent un danger pour lui ou pour son entourage, on l'interne à un des quatre sanatoria qui disposent en total de 604 lits.

b) S'il est soigné par un médecin privé, on ne fait que vérifier les mesures prophylactiques; mais on ne lui applique aucun traitement, à moins que ce médecin ne le demande.

c) S'il fait partie de 400.000 membres des assurances ouvrières on l'examine, on communique le résultat de l'e-

xamen au médecin „Panel doctor“ qui réalise le côté thérapeutique.

d) S'il n'a pas et ne peut avoir de médecin, il peut se présenter itérativement au dispensaire pour y obtenir la continuité du traitement.

e) S'il est complètement dénué de ressources, et si pourtant il a besoin du traitement domiciliaire, le dispensaire s'adresse à une société philanthropique (largement dotée par des legs) appelée „General dispensary“ qui dispose d'un personnel de 12 à 15 médecins. On achète un nombre de tickets qu'on donne aux malades indigents. Les malades font venir un de ces médecins et lui remettent, pour chaque visite un ticket. Le dispensaire peut intervenir auprès des Poor Law Guardians pour le faire soigner par un de leurs médecins. Il a aussi recours aux P. L. G. lars qu'un de leurs pensionnaires malades refuse l'internement au sanatorium. Pour le décider. Les P. L. G. réduisent sensiblement leurs subsides et le malade se voit obligé de regagner le sanatorium.

Vu le grand nombre des associés adhérents aux associations ouvrières, vu le grand nombre de malades se faisant soigner par leur propre médecin, vu le nombre de ceux qui reçoivent le traitement au dispensaire; le nombre des tuberculeux indigents qu'on doit traiter à domicile à des frais supplémentaires autres que les frais habituels du dispensaire, est insignifiant.

Là ne se termine pas l'examen du malade.

Pour élucider la question, on le fait venir — le cas échéant — une seconde fois, et le diagnostic établi, on le laisse généralement à domicile aux soins de son médecin, le plus souvent le „panel doctor“ (médecins des assurances).

Le dispensaire envoie au médecin traitant, une copie de tous les renseignements résultés des divers examens et le panel doctor est obligé de compléter cette étude par ses propres observations et d'en référer chaque mois.

Il en est de même pour le malade qui est soigné par un médecin privé (mais qui fait partie de ceux qu'on doit poursuivre); s'il ne se présente pas au dispensaire de

temps en temps, on fait parvenir au médecin traitant (dont on a toujours l'adresse) et au malade, une circulaire en leur faisant savoir qu'on désire avoir des nouvelles du malade. (Ceci en dehors des inspections de la visiteuse de tuberculose).

Enfin le Dr. Dixon accorde une grande importance à l'appareil masticateur, dont le bon fonctionnement facilite une bonne digestion stomacale et permet l'utilisation maxima des aliments. Un dentiste à gages-non prévu dans les dépenses budgétaires, mais payé du fond général — donne des consultations 2-3 fois par semaine, fait les extractions et le traitement conservateur gratuitement et fait des prothèses moyennant une modeste rétribution.

En agissant de cette façon, en faisant de la bonne besogne, et aussi par la réputation qu'il s'est fait, le dispensaire est arrivé à surveiller les 72—80% des cas déclarés.

Pour les ouvriers assurés, il atteint le chiffre de 80%.

Le nombre total des consultations en 1925, a été de 35.000. Les consultations sans traitement ont augmenté au détriment de celles avec traitement.

Le Dr. Dixon, malgré tout son calme anglo-saxon, et sans aucune forfanterie, exprime, en causant, tout son contentement — avouons même un peu de fierté — pour les résultats de son oeuvre qui par son incontestable valeur, nous a laissé une profonde impression.

Le dispensaire, tel qu'il est, remplit-il les qualités primordiales que réclament les principes, posés par le Professeur Léon Bernard? Est-il un organe de dépistage, de triage et d'éducation? La réponse s'impose d'elle-même d'après ce que nous avons dit plus haut. Dépistage par l'examen des suspects et des contacts; triage par le placement; surveillance et traitement selon les conditions particulières du cas. Education intra dispensariale par la propagande murale, par les bons exemples des anciens clients aux nouveaux venus et par la surveillance domiciliaire.

Passons aux qualités ou défauts qui ne seraient pas classiques d'après la conception moderne.

„Le dispensaire ne doit pas être traitant; ne doit pas prêter des secours en subsides ou en nature, mais sa puissance, son autorité morale, son effet magnétique sur les malades s'accroissent s'il a la possibilité de placer les malades dans les sanatoria-hôpitaux“ dit le Professeur Léon Bernard. Me permettrai-je d'ajouter que sa puissance attractive augmente s'il a la capacité financière d'user de n'importe quels moyens pour attirer ses clients?

Bien entendu, chez les nations avancées en civilisation sanitaire, ou chez lesquelles, non seulement la collectivité; mais l'individu accorde une importance majeure à ce grand capital de roulement qui est la santé; les moyens d'appât pourront être réduits, mais, là où le rouage ne marche pas encore automatiquement — et nous voyons que même dans la vieille Angleterre les appâts sous forme de traitement, gratuité des médicaments et subsides alimentaires ne sont pas à dédaigner — il faut les maintenir encore, sous n'importe quelle forme. En outre, le dispensaire de Birmingham, les accorde surtout au moment de la sortie des malades, du sanatorium, pour parer en partie à cette situation pénible dans laquelle se trouvent les malades par la brusque transition du régime alimentaire plus que suffisant du sanatorium, au régime insuffisant que leur permettent leurs propres ressources, et c'est-là un des inconvénients signalés par le professeur Léon Bernard.

L'avenir jugera la question — mais au moins pour les nations peu avancées dans cette direction — je crois que c'est question de conditions locales et que, pour le moment, c'est le dispensaire qui devra s'accommoder à la mentalité de la populace et non pas celle-ci à des règles précises.

Du reste c'est une question de plus ou de moins, ce n'est pour le moment qu'une question de plus grand potentiel financier.

La question de l'unité ou de la pluralité des dispensaires

Le Dr. Dixon nous attire lui-même l'attention sur le fait que son système est différent de celui employé à Londres et autres grandes villes. Remarquons de suite que les

systèmes employés dans les deux villes ne souffrent pas de comparaison, vu que seulement le Greater, London a aujourd'hui 4.500.000 tandis que Birmingham approche à peine un million. Pour l'application de son système du dispensaire unique, Birmingham est favorisé par la multiplicité des moyens de communication à bon marché. Jamais presque — dit le Dr. Dixon — je n'ai eu de plainte contre la longueur du chemin à parcourir.

Il ne faudrait cependant pas abuser de la persévérance souvent affaiblie du tuberculeux déprimé en le faisant venir à un dispensaire éloigné, institution dans laquelle souvent il ne saurait entrevoir que des soins plutôt théoriques. Le but qui doit être essentiellement poursuivi c'est la facilité du déplacement du malade vers le dispensaire et la facilité du déplacement du personnel assistant ambulancier vers le domicile du malade. A ce point de vue: la thèse du professeur Léon Bernard, qui demande un grand nombre de dispensaires à zone restreinte, est juste et rationnelle. Tant mieux, si Birmingham avec ses conditions exceptionnelles a réussi à faire tout autant ou mieux, avec un seul dispensaire;

„Fonder des dispensaires multiples et les faire fonctionner comme le mien“ dit le Dr. Dixon serait difficile et alors, forcément on doit se contenter de dispensaires d'une moindre envergure pour pouvoir les multiplier.

Mais, le point important pour le Dr. Dixon, c'est de pouvoir faire une excellente besogne au point de vue clinique (diagnostique et même indications de traitement là où le besoin s'en fait sentir) et gagner la confiance des malades. Voilà le grand secret de la réussite et comme preuve dit-il c'est que la société General Dispensary, très puissante financièrement, voyant les beaux résultats que j'obtiens avec mon dispensaire, en a fondé un, mais qui, après une existence de quelques années, a été absorbé par le mien.

Et cette bonne besogne ne peut-être réalisé qu'en possédant un dispensaire très bien outillé, conduit par des médecins dont l'éducation clinique, au lieu de s'atrophier comme dans un modeste dispensaire (qui arrive en der-

nier terme par manque d'émulation à être un bureau d'enregistrement) se perfectionne journellement par le travail dans les sanatorium, ou par la possibilité de suivre certains malades et par les discussions journalières entre confrères.

A tous ceux, qui ont fait de la clinique et qui l'aiment le rouage complexe du dispensaire parfaitement outillé en connexion étroite avec le sanatorium, leur sourit.

Mais peut-on multiplier, ce genre d'institution en rapports avec la nécessité de la population?

Il en résulte que la solution du problème est, comme la solution de l'ensemble de la tuberculose une question économique et financière bien qu'elle ait été énormément simplifiée par l'aphorisme posé que l'infection tuberculeuse et son évolution progressif sont en fonction de l'infection massive et répétée que l'emploi constant et consciencieux du simple instrument appelé crachoir réussirait à empêcher.

Il y a (à Birmingham) quatre sanatoria (604 lits) éloignés du centre de 7 à 21 km. Comme construction, rien de spécial, à moins de citer certains bâtiments qui affectent la forme d'un couloir arqué long d'environ 80 à 120 mètres, large de 4 à 5 n'ayant qu'un seul mur long, celui du côté nord et les deux murs latéraux aux extrémités.

La paroi sud est remplacée par des portes ouvertes en permanence. Le toit est en partie en ardoises ou en tuiles, le reste en verre dépoli. La partie sud est prolongée au dehors des portes par un terrassement en ciment, abrité par un toit en verre. Le mur nord est doublé par un mur parallèle à moins de 3 mètres de distance et dans cet espace se trouvent toutes les dépendances.

Ce long bâtiment est entre coupé, au milieu, par le bureau des nurses et parfois aussi une salle à manger.

Comme fonctionnement, rien qui sorte du commun.

Il est cependant difficile de s'accommoder à l'idée qu'il n'existe même pas d'installation de chauffage dans les salles des malades.

Font exception, les salles à manger, les salles de récréations et lecture, la salle de billard; la méthode doit

être bonne puisque son application ne provoque pas de récriminations.

Elle a l'avantage d'obliger les malades de garder le lit. Profondément impressionné par les paroles du professeur Léon Bernard que le sanatorium ne doit pas constituer un traitement de classe je me suis intéressé aux conditions d'admission. Les malades de n'importe quelle classe sociale sont admis.

Les seules criteriums sont l'impossibilité absolue de pouvoir être soignés à domicile et l'impossibilité de conjurer le danger de contamination. Le séjour est gratuit. Le régime alimentaire de 3 classes, est accordé par le médecin d'après les nécessités du cas. L'opinion du Dr. Dixon est que les hôpitaux pour des tuberculeux ne doivent pas être des institutions indépendantes mais réunies aux sanatoria; tout de même les malades gravement atteints doivent être placés dans des pavillons séparés. A ma question si la collectivité doit faire les mêmes sacrifices pour les incurables que pour les curables, c'est-à-dire si c'est le point de vue économique ou philanthropique qui prédomine. Il opine que c'est le point de vue philanthropique et ses malades irrémédiablement perdus reçoivent — si l'état de l'appareil digestif le tolère — le même régime que ceux qu'on espère guérir.

En ce qui concerne la rééducation vers un nouveau genre de vie par le travail, il ne l'emploie pas, ne pouvant pas retenir trop longtemps ses pensionnaires; mais il autorise et impose-là où les conditions de santé le permettent à tous ses malades sans exception de classe sociale, le jardinage.

C'est un trait par lequel il tâche de réaliser autant que possible une égalité sociale.

Le professeur Léon Bernard est d'avis que le sanatorium devra devenir autant que possible populaire, et que son action soit prolongé par la rééducation pour un nouveau genre de vie et par la colonisation.

Le professeur Léon Bernard ayant prôné comme de haute valeur la colonie de Papeworth j'ai tenu à avoir l'opinion du Dr. Dixon qui m'a dit: allez la voir, c'est une

magnifique institution avec des beaux résultats, mais qui ne correspondent pas aux sacrifices matériels exigés par l'entretien.

Le séjour est prolongé et coûteux, les malades n'aiment pas trop de rester dans la colonie une fois qu'ils ont recouvré la santé et généralement ne pratiquent pas le nouveau métier appris.

Pour me convaincre — sans prétentions de vouloir trancher le litige — j'ai visité la colonie de Papeworth. Voici mon opinion :

La question envisagée au point de vue strictement financier et à l'état présent, donnerait raison au Dr. Dixon, vu que la moyenne des colonisés ne dépasse pas 20 par an, mais le calcul de la moyenne est faussé par le petit nombre de colonisés pendant les cinq années au début (33) tandis que en 1926, le nombre des colons était de

a) hommes dans les cottages	74
b) hommes dans les hostels (payant loyer et pension)	50
c) femmes exmalades	3
d) femmes des maris exmalades	72

La colonie est complétée par 111 enfants. Il y a une école. Bien entendu lorsqu'on rapporte le chiffre des dépenses y compris le capital investi dans la construction des ateliers et cottages, on serait autorisé à affirmer que les sacrifices sont disproportionnés aux résultats. Mais pour le prix de revient des constructions il y a un palliatif: l'emploi des cabanes (shelters) qui peuvent être groupées en grand nombre autour de l'édifice central et peuvent permettre à un grand nombre de colons de bénéficier du système. En outre, plus la colonie grandira, plus les dépenses de la collectivité diminueront proportionnellement. Je dois me répéter en disant que c'est une question en fonction des moyens collectifs et dont une expérience prolongée permettra de juger l'opportunité. Non obstant et ce n'est pas seulement pour paraphraser les appréciations du professeur Bernard „une cité idéalé où on refait un monde“, — ce qui reste des impressions recueillies, en traversant les ateliers, c'est l'entrain au travail une expression d'énergie,

pas d'ombre sur le front des malades, une bonne disposition et même de la jovialité.

Si vous n'étiez pas prévenu, vous ne remarqueriez certainement pas que ces travailleurs sont des gens arrachés à la mort. Si quand même le côté strictement économique et pratique devait passer par le purgatoire d'une expérience prolongée, Papewarth et les colonies semblables donneraient la possibilité d'entrevoir une solution d'avenir, ne serait-ce qu'une solution partielle. En attendant, au point de vue impressionniste sentimentale la question n'est pas moins jugée et le verdict est haut la main affirmatif.

Pour résumer :

Les résultats obtenus à Birmingham sont une diminution des cas de tuberculose et décidément la diminution de la mortalité par la tuberculose.

En ce qui concerne la diminution du nombre des malades, on conçoit certains doutes, vu que, en même temps que le nombre des déclarations de tuberculose ont diminué, le nombre des suspects s'est accru.

Les cas de tuberculose pulmonaire déclarée en 1912 ont été de 4394.

Les cas de tuberculose pulmonaire déclarée en 1925 ont été de 1491.

Cette diminution a un pourcentage de spéciosité vu que en 912 et les années suivantes, on déclarait tous les cas jusqu'alors inconnus tandis que, depuis quelques années ce sont les cas nouveaux qu'on déclare.

Le nombre total des morts qui était de 1088 en 912, s'est porté à 1169 et 1171 en 1917 et 1918 (années de guerre) et est tombé à 930. en 1925.

La mortalité par tuberculose pulmonaire par rapport au nombre de la population, a été de:

1,34 ‰	dans le laps de temps	1901—905
1,16 „	„ „ „ „	906—910
1,22 „	„ „ „ „	911—915
1,18 „	„ „ „ „	916—920
0,96 „	„ „ „ „	921—925