

MONTREAL-MEDICAL

VOL. V

15 JANVIER 1906

No 11

A NOS LECTEURS

Une revue libre, s'occupant de médecine générale et pratique, âgée de cinq ans, a passé l'âge critique de son existence et gagné un brevet de longue vie. Elle possède maintenant la force de l'âge adulte et peut voguer fièrement sur l'océan des difficultés de chaque jour, sans craindre d'être brisée par l'onde perfide de l'antipathie, de l'envie ou de la jalousie.

Pour assurer le succès d'une revue, il faut à la Direction une application constante, une attention inlassable, un dévouement de tous les instants à l'étude de toutes les questions qui doivent nourrir l'intelligence, répondre à des besoins immédiats ou satisfaire l'appétit de ses lecteurs.

Ces multiples travaux obligent à un surménage qui use prématurément le mécanisme humain, mais le succès qui, à chaque nouvelle année, a répondu à nos efforts a conservé à la Rédaction la vigueur de la jeunesse.

La Publicité Cosmos souhaite à tous les lecteurs du *Montréal-Médical* la même récompense à leurs travaux; et elle fait des vœux pour que 1906 apporte à chacun une année de prospérité et de bonheur.

LA DIRECTION.

LES CALCULS DU REIN

PAR M. LE DOCTEUR EDGAR GARCEAU.

Gynécologiste au dispensaire de Boston et à l'Hôpital Sainte-Elizabeth.

Le résumé des nombreuses difficultés que l'on rencontre pour faire un bon diagnostic de calculs du rein est très bien décrit dans l'admirable ouvrage de Morris. " Les difficultés, dit-il, viennent de quatre causes différentes: 1o. plusieurs affections rénales et urétales présentent les mêmes symptômes que celui d'un calcul; 2o. plusieurs troubles d'organes voisins simulent des syndromes analogues; 3o. les signes de calculs du rein peuvent être attribués à des lésions d'autres organes; 4o. les calculs peuvent se former, détruire progressivement le rein, et exister ainsi indéfiniment sans donner lieu à aucun symptôme. Dans plus de 22 cas, sur 44 malades, ajoute Morris, opérés pour calculs du rein, parce qu'ils en présentaient les signes les plus manifestes, nous avons trouvé autres choses.

Aujourd'hui, les rayons X et la séparation des urines des deux uretères facilitent singulièrement le diagnostic et nous font connaître la capacité de chaque rein.

Même avec tous ces moyens à notre disposition une erreur de diagnostic est encore possible. En présence d'un calcul, les rayons X laissent voir une ombre, mais la même ombre est aperçue s'il existe une tuberculose ou un cancer du rein.

Il est évident qu'il est encore très difficile de faire un diagnostic clair et précis des calculs du rein. L'étude attentive de chaque cas particulier est essentielle, et avant de soumettre un cas douteux à une aussi sérieuse opération, il vaut mieux le mettre sous observation durant un certain temps. Cette conduite est nécessaire pour les cas de lombago ou d'urétrite et pyélites chez lesquels on fait si souvent le diagnostic de calculs.

La séparation des urines mérite une attention spéciale.

L'examen microscopique, révélant la présence du sang venant du rein, est d'une très grande importance; mais pour y arriver, le cathétérisme des uretères doit être rejeté, de crainte d'ouvrir la porte à une infection, même avec l'instrument le plus perfectionné; celui préconisé par Harris ou Lys peut même, entre

des mains très habiles, produire une érosion de la vessie ou de l'uretère, qui donnerait lieu à une hémorragie microscopique.

Au moyen du cystoscope de Kelly, la malade étant dans la position *genu pectorale*, il est possible de recueillir les gouttes d'urine qui tombent de la bouche de l'uretère. Malheureusement, cette méthode n'est applicable que chez la femme. Lorsque l'urine coule moins rapidement d'un côté que de l'autre, il existe déjà une présomption que le rein paresseux est malade.

Les observations suivantes vont nous montrer les difficultés du diagnostic et les phases d'évolution des calculs du rein.

Première observation : une femme âgée de 24 ans, mariée, rien d'héréditaire, pas de tuberculose ; l'histoire commence avec le passage d'un calcul du rein, six semaines avant la naissance de son seul enfant. La douleur fut si intense qu'elle crut être rendue à terme lorsqu'elle accoucha de la petite pierre. Cinq ans après, elle constate que durant quelques jours seulement les urines sont plus rouges, elle se plaint d'une douleur dans le côté gauche, qui a graduellement augmenté depuis le passage du calcul. Le sommeil devient impossible, elle ne peut se coucher sur le côté droit ; elle est soulagée en se pliant sur ses genoux. Le moindre exercice, une course en tramway, provoque de vives douleurs. Elle éprouve le besoin d'uriner fréquemment le jour et la nuit.

Il y a quelques mois, elle a subi une hystérectomie totale pour une salpingite purulente double ; la ménopause s'ensuit. A l'examen elle donne l'apparence d'une femme forte et en pleine santé, bien nourrie et bien développée ; le rein droit ne présente rien d'anormal ; le gauche est douloureux ainsi que tout le long du trajet urétére ; par le toucher vaginal, on constate qu'il existe dans l'uretère, à six centimètres de la vessie, une petite masse dure. La muqueuse vésicale est tapissée de nodules blancs semblables aux grains de tapioca. Dans le trigone vésical, et particulièrement près de l'orifice de l'uretère gauche, les nodules sont plus abondants et plus jaunes ; l'ouverture est enflammée et n'admet pas le passage de la plus petite sonde. La vessie est séparée et nous obtenons l'analyse suivante de l'urine de chacune des uretères. Le rein droit donne une urine pâle contenant 1.64% d'urée, quelques sédiments, des globules de pus, du sang, des cylindres hyalins de petit et grand diamètre et une cellule ronde. L'urine du rein gauche est alcaline, trouble,

et s'écoule faiblement et lentement de l'uretère et donne une quantité quatre fois moindre que le rein droit; elle contient 0.76% de nombreux sédiments, du pus, du sang, beaucoup de petites cellules rondes et quelques cylindres granuleux, auxquels adhèrent des globules de pus. Les deux urines, celle de la vessie est pâle, d'une densité de 1010, ayant 1.89% d'urée et des traces d'albumine, plus ce que l'on a trouvé dans chaque uretère.

Cette urine injectée à des cochons d'Indes ne donne aucun résultat.

Les rayons X laissent voir une ombre dans le rein gauche et dans le bassin au niveau de la masse dure.

A l'opération on trouve un gros calcul d'oxalate de chaux et plusieurs petits. Un stylet est introduit dans l'uretère et vient butter à cette petite masse à quelques centimètres de la vessie. Etant en présence d'un rétrécissement par calcul, on fait une néphrectomie et la malade guérit rapidement de cette intervention.

Nous avons une certaine crainte pour le rein droit qui donnait du pus et qui faisait souffrir la malade durant plusieurs mois après l'opération. Mais la douleur diminua graduellement, le pus, provenant d'une pyélo-cystite, disparut de l'urine et la malade guérit complètement et se porte très bien depuis cinq ans.

(A suivre).

Tout ce qu'on fera pour inspirer à l'ouvrier le respect et l'amour de son travail et pour l'engager à s'acquitter de sa tâche en artiste, mérite d'être encouragé. Compléter et continuer l'école par l'enseignement populaire professionnel, par des conférences qui rapprochent le prolétariat de l'élite intellectuelle de la nation: la main et le cerveau.

On ne conçoit pas que des gens s'ennuient et restent inactifs en présence des problèmes qui s'agitent autour d'eux: *Amélioration* des races vivantes; bienfaits de l'*Association* fécondant et ceptuplant l'effort individuel; œuvres de *Prévoyance* et de *Solidarité*; *Sociétés Mutuelles*; *Coopératives* de consommation et de production; *Bibliothèques* éducatrices; *Habitations* salubres à bon marché; *Caisses* d'inventeurs.

L'ÉDUCATION CLINIQUE

PAR M. LE PROFESSEUR FÉLIX GUYON.

Le clinicien trouve, dans la méthode expérimentale, le principe de force qui lui est nécessaire. Il a besoin, plus qu'aucun autre, de rencontrer la vérité et de se mettre à l'abri de l'erreur au cours de ses recherches. "C'est là, dit Claude Bernard, dont je citais tout à l'heure les paroles, le seul objet de la méthode expérimentale". Elle exerce, dans des conditions déterminées, un pouvoir bien défini. Elle soumet les faits et les personnes à de rigoureuses exigences; elle laisse à l'esprit une pleine liberté de penser, à la raison l'indépendance.

La nécessité de l'observance absolue de ses règles est justifiée par les difficultés si grandes que présente l'étude des phénomènes naturels et la tendance trop habituelle à facilement admettre une apparente simplicité des choses. Leur fausse simplification nous empêche de les voir sous leur véritable jour. Loin de rendre notre tâche plus aisée, elle égare et conduit à l'erreur. Cet écueil toujours dangereux est particulièrement redoutable pour le clinicien.

Nous subissons, comme l'expérimentateur, et plus complètement encore, les conséquences de l'extrême complexité des phénomènes que nous étudions et de la difficulté des investigations. Rien, en réalité, n'est simple dans l'étude du malade et de la maladie. L'analyse expérimentale parvient à éclairer ce que l'analyse clinique laisse dans l'ombre. Mais les difficultés que nous affrontons sont de même ordre et nous sommes exposés à des erreurs de même nature.

Cette communauté dans les conditions de la recherche des réalités devait associer dans un même effort les ressources de l'observation clinique et de l'expérimentation. Leur union devenait nécessaire, elle est maintenant accomplie et sera indissoluble.

Le savant et le clinicien sont assurés de trouver, dans la méthode expérimentale, une direction à laquelle ils peuvent toujours se confier. Leur esprit, préparé à poursuivre, dans les conditions exigées, les recherches nécessaires à la vérification d'un fait prévu, ne se laissera pas troubler par l'inattendu. En expérimentation comme dans la pratique de la médecine et de

la chirurgie, le hasard peut conduire à la constatation d'un fait nouveau ou même être le point de départ d'une découverte. Ces occasions ne sont profitables qu'à ceux dont l'éducation scientifique et clinique est assez complète pour qu'ils puissent, en pareille circonstance, avoir mainmise sur leur pensée.

Dans ses belles méditations sur la méthode expérimentale, Claude Bernard nous fait assister à sa genèse. Il montre comment elle apparut, et pourquoi le *sentiment* et la *raison* ont pris place près de l'*expérience*, pour constituer "le trépied immuable" sur lequel elle s'appuie. Il précise leur rôle et fait voir que le sentiment a toujours l'initiative.

Sous l'influence de l'incitation venue de la "vue des choses", il engendre l'idée *a priori*, et cette intuition, qui se traduit par une hypothèse, est le point de départ de la recherche expérimentale. Elle est et doit toujours être précédée de l'idée qui la provoque et lui donne sa direction première. L'expérience est instituée pour vérifier l'hypothèse, et la raison développe les conséquences logiques des recherches qu'une idée anticipée, relative à la cause du phénomène observé, a fait instituer. Cette collaboration du sentiment, de l'expérience et de la raison, permet d'établir le rapport rationnel qui nécessairement existe entre les phénomènes et leur cause. Elle ramène l'idée expérimentale dans la limite des faits, au-delà desquels elle a le plus souvent tendance à se diriger. On arrive ainsi à déterminer les conditions, c'est-à-dire les circonstances, qui jouent, par rapport à ces phénomènes, le rôle de "cause prochaine". Cette cause prochaine ou déterminante des phénomènes a reçu du législateur de la méthode expérimentale le nom de *déterminisme*.

Chacun sait aujourd'hui que la recherche du déterminisme des phénomènes est le principe fondamental de la méthode expérimentale, qui "n'est rien autre chose qu'un raisonnement à l'aide duquel nous soumettons méthodiquement nos idées à l'expérience des faits".

Le contrôle de l'idée entraîne, de toute nécessité, la vérification des faits. Elle doit être complète et ne sera jamais trop minutieuse, trop sévère, trop répétée. Elle ne peut s'arrêter à la preuve, ni à l'expérience comparative. L'investigation doit toujours être poussée jusqu'à la contre-épreuve. On rejette les observations qui marchent dans le sens de nos idées, et l'on recherche, de propos délibéré, les faits contradictoires. On de-

vient pour soi-même, selon l'expression du biographe de Pasteur, un adversaire implacable.

Le sentiment qui domine le chercheur de vérité n'est satisfait que lorsque ses observations établissent, sans conteste, que le phénomène dont il poursuit l'étude joue bien le rôle de cause par rapport à un autre, puisque, lorsqu'il supprime le premier, il fait cesser le second. Le rapport rationnel qui existe entre le phénomène et la cause est dès lors établi de façon positive. La raison ne peut exiger davantage et sanctionne le résultat de recherches dont l'initiative appartient au sentiment. Elle est le véritable et le seul critérium de leur vérité.

La précision du mécanisme expérimental donne à la recherche scientifique une garantie primordiale; les résultats obtenus sont l'élément essentiel du progrès, mais la bonne éducation scientifique demande qu'ils ne soient pas considérés comme définitifs: on ne doit les accepter qu'à titre provisoire.

L'étude des sciences naturelles démontre, en effet, la nécessité du "doute", et la méthode expérimentale en impose le précepte. La clinique nous enseigne aussi que les résultats du moment ne peuvent être la seule assise de nos jugements; elle nous invite très formellement à attendre, pour se prononcer, la contre-épreuve indispensable des résultats éloignés.

Le doute imposé par la méthode expérimentale nous invite à tenir compte de ce que nous ignorons encore, il nous empêche de donner à nos opinions une base insuffisante. Il apporte un élément de plus grande certitude à la recherche scientifique, et donne au clinicien un élément indispensable de sécurité "en l'obligeant à beaucoup prévoir".

Le doute ne peut avoir rien de commun avec le scepticisme et ne porte aucune atteinte à la foi scientifique. Le savant ne doute que de lui-même et de ses interprétations, mais il ne doute pas de la science. Il croit à un déterminisme absolu dans les conditions d'existence des phénomènes naturels, aussi bien dans les corps vivants que dans les corps bruts. Mais il sait que dans les sciences biologiques, il faut vaincre les difficultés les plus grandes pour arriver à connaître les conditions matérielles des phénomènes. Il comprend qu'il serait téméraire d'affirmer qu'il a constaté et analysé tout ce qui peut définitivement établir les rapports de ceux dont il a poursuivi l'étude. Il sent que, même après des recherches pro-

bantes, il est possible qu'un fait nouveau se produise et vienne modifier ou compléter ce qui est déjà acquis. Un esprit scientifique a besoin de penser que la vérité de demain puisse ne pas être identique à la vérité d'aujourd'hui.

En doutant de lui et de ses interprétations, le savant garde sa liberté d'esprit, il ne s'expose pas à mettre obstacle à la continuité du progrès et ne délaisse pas sa poursuite. Quelle qu'en soit la durée, il ne perdra pas le sentiment de l'inconnu qui invite à faire encore quelques pas en avant. Ce sentiment n'abandonne jamais le clinicien. Il nous est possible, à toutes les périodes de la vie, de constater que bien des choses sont ignorées; la satisfaction d'apprendre encore ne nous fait jamais défaut.

Les vérités dont le bon emploi de la méthode expérimentale assure la possession, ne sont pas absolues, elles sont partielles et relatives. Elles sont néanmoins très fécondes. Loin d'être arrêtés au point où elles les conduisent, le biologiste et le médecin y trouvent un solide appui qui leur permet de s'élever et d'arriver à des vérités plus complètes. Mais ils ne sauraient oublier la nature de leur point de départ; il n'est, à aucun degré, mathématique, et, dans ces conditions, il est nécessaire de douter pour éviter l'erreur.

Le doute, enfin, est garant de l'indépendance qu'il convient de garder, vis-à-vis de soi et des autres, dans la recherche scientifique. Nous devons être prêts "à effacer aussi bien nos opinions que celles des autres devant les décisions de l'expérience.

D'autres raisons nous obligent aussi à rester dans le doute; la marche de la méthode expérimentale est lente et laborieuse, elle ne favorise pas les conclusions hâtives. "Dans les sciences expérimentales, disait Pasteur, on a toujours tort de ne pas douter quand les faits n'obligent pas à l'affirmation." Pareil précepte convient particulièrement aux cliniciens. Quand les faits ou les circonstances n'obligent pas à une détermination, nous servons l'intérêt du malade en sachant accepter l'indication d'attendre.

Il est permis de penser que la mise en pratique d'une inlassable patience, dont Pasteur a donné tant de preuves malgré l'incessante activité de ses passionnantes recherches, n'a pas été étrangère à la merveilleuse sûreté des résultats qui ont déterminé la renaissance scientifique de la médecine.

L'étude pratique des spécialités ne comporte ni une éducation différente, ni un moindre degré d'instruction.

Pour que la limitation de nos recherches soit utile, il faut que l'esprit reste supérieur à la science spéciale qui l'occupe, afin d'en saisir les rapports avec l'ensemble des connaissances médicales. On pourrait même dire: avec l'ensemble des sciences. Ceux qui pratiquent les spécialités et ceux qui les enseignent ne sauraient trop méditer cette pensée de Condillac: " Il n'y a, à proprement parler, qu'une science, et si nous connaissons des vérités qui nous paraissent détachées les unes des autres, c'est que nous ignorons le lien qui les unit en un tout."

Il n'est donné à personne d'embrasser toute la science, mais nous pouvons, en toutes circonstances, être animés de son esprit. Il faut nous confier à sa direction et la suivre fidèlement, quel que soit le point de la médecine ou de la chirurgie auquel nous nous consacrons.

Il n'y a aussi qu'une chirurgie: la nôtre ne se différencie nullement de la chirurgie générale. Ce que cette belle science met sous nos yeux, ce qu'elle autorise à tenter, offre l'intérêt le plus vif. Elle pose à tout instant de délicats problèmes; mais dans la plupart des cas, il nous est possible de trouver les indications d'agir et d'y satisfaire avec l'espoir ou la certitude du succès.

Les choses auxquelles elle remédie ne représentent guère que des effets. Nous ne saurions le méconnaître sans courir le risque de ne pas prendre l'habitude de toujours vouloir remonter à la cause. Les résultats si remarquables qu'il nous est donné d'obtenir dans les interventions témoignent de ce que permet la connaissance de la raison des choses. Ils montrent aussi que la chirurgie n'assure pas toujours, malgré ses progrès, les victoires définitives. Nous le constatons trop souvent. Il en serait toujours ainsi dans l'avenir, si nous ne nous imposions l'obligation de poursuivre la solution des problèmes étiologiques.

Les chirurgiens peuvent beaucoup y contribuer en observant méthodiquement ce que révèlent les explorations et les opérations qu'ils pratiquent sur les organes. Ils ont à leur disposition de véritables expériences physiologiques. Les faits observés dans ces conditions fournissent des renseignements que ne peuvent donner les vivisections; la chirurgie et la pathologie urinaires ont chaque jour occasion de le constater. Il en est de même des résultats éloignés des opérations qui suppriment un organe

ou un membre, de celles qui les conservent et cherchent à assurer à la fois leur réparation anatomique et tout ou partie de leurs fonctions, des fistulisations prolongées, et, de façon générale, de toute observation à long terme. Beaucoup de questions de physiologie normale sont éclairées par l'analyse clinique et expérimentale des phénomènes pathologiques. Les études faites au contact même du malade et de la maladie peuvent fournir de précieuses ressources à la recherche scientifique.

Il appartient à l'éducation clinique de lui en assurer le bénéfice. Elle développe les qualités nécessaires à l'observation en donnant le besoin des constatations précises, et, en imposant l'habitude de la direction rigoureuse d'une méthode éprouvée, elle permet de recevoir des faits tous les enseignements qu'ils renferment. Elle établit, ainsi, entre la pratique et la science, une collaboration journalière qui assure au souci de guérir de très grandes satisfactions.

SUR LA GUERISON SPONTANÉE DU CANCER

M. GAYLORD (de Buffalo) a inoculé dans son laboratoire plus de 1500 souris avec du tissu cancéreux : il a observé 70 guérisons spontanées absolument incontestables, auxquelles il pourrait ajouter une trentaine de cas douteux. Or, il a essayé de réinoculer les souris ainsi guéries spontanément : dans aucun cas les greffes cancéreuses ne se développèrent ; les animaux étaient donc immunisés. Au cours du développement des tumeurs, l'auteur a étudié les faits capables d'exercer une influence dans le sens de l'augmentation ou de la régression du tissu néoplasique. Une hémorragie se produisant au sein de la masse cancéreuse produit une atrophie des cellules qui ont été baignées par le sang ; c'est ainsi qu'agissent les pressions violentes. Si l'on produit une hémorragie dans le sein d'une tumeur au début de son développement, on remarque que les cellules ne prolifèrent plus. Par contre, à un stade plus avancé, des manœuvres identiques déterminent une augmentation rapide du néoplasme. Les injections d'adrénaline déterminent également un accroissement de la tumeur. Les caractères histologiques de la tumeur en voie de régression sont identiques à ceux que l'on observe sous l'influence du traitement par les rayons

de Röntgen. Dans la moitié des cas les souris furent saignées et la tumeur augmenta rapidement; dans l'autre moitié on ne pratiqua pas de saignée et la tumeur diminua. La question se pose donc de déterminer l'influence des hémorragies sur l'évolution des néoplasmes malins, et aussi celle de l'anesthésie.

Le plus grand nombre de guérisons s'est produit dans les premiers stades du développement des tumeurs; il est à remarquer qu'un certain nombre de souris possédaient une immunité naturelle: toutes les tentatives d'inoculation restaient infructueuses. Il est bien certain que ces résultats obtenus chez la souris ne sauraient être appliqués à l'homme sans modifications; ils apportent cependant un appoint au problème de l'immunité.

M. FREDERICK (de Buffalo) relate l'observation d'une femme de quarante ans atteinte d'un cancer de l'utérus ayant déjà envahi les parois vaginales; la température oscillait entre 38° et 39°; le pouls était rapide; il y avait des hémorragies fréquentes et abondantes. L'auteur refusa d'opérer. Plusieurs mois après, la malade élimina une grosse masse, très fétide, ayant au microscope tous les caractères de l'épithélioma. Depuis la malade est en excellente santé. A l'examen on constate une cicatrice occupant le fond du vagin.

Mme DUNNING a observé un cas semblable chez une femme de soixante ans, très anémique, ayant une grosse tumeur cancéreuse de l'utérus avec écoulements fétides et engorgement ganglionnaire. Deux chirurgiens refusèrent d'opérer. Six mois plus tard la malade fut revue; elle paraissait guérie et son utérus était atrophié. Or, deux ans après, il se développa une tumeur de l'hypocondre droit. Des phénomènes d'occlusion intestinale s'étant manifestés, on pratiqua une laparotomie qui permit de constater un utérus atrophié et une grosse masse cancéreuse développée sous la face inférieure du foie.

M. NOBLE (de Philadelphie) a opéré une femme atteinte de déciduome malin ayant envahi la vessie; l'auteur se borna à faire une opération palliative. Or, les troubles s'amendèrent rapidement, et un an après l'intervention on ne pouvait constater aucune tumeur dans le bassin de l'opérée.

Où trouver un ressort moral?

Dans la *production* qui demande un surcroît d'énergie, d'action, pour l'individu; de confiance, de solidarité pour l'humanité.

ENQUETE SUR LES SIGNES D'AUSCULTATION DU POUMON

PAR M. LE PROFESSEUR LETULLE.

I.—Etat des bruits respiratoires.	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">A. Bruit inspiratoire (inspiration.)</td> <td style="border: none;"> <table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Rythme (R.)</td> <td style="border: none;">{ Court, en jet de vapeur. Long, prolongé. Susprieux, saccadé, etc.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Intensité (I.)</td> <td style="border: none;">{ Douce, moelleuse, affaiblie, silencieuse. Humée. Dure, soufflante, etc.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité (To.)</td> <td style="border: none;">{ Haute, aiguë. Basse, grave, etc.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre (Ti.)</td> <td style="border: none;">{ Rude. Sifflant. Soufflant.</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="border: none;">B. Bruit expiratoire (expiration.)</td> <td style="border: none;"> <table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Rythme (R.)</td> <td style="border: none;">{ Prolongé. Court, en jet. Affaibli.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Intensité (I.)</td> <td style="border: none;">{ Silencieuse. Rude, soufflante.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité (To.)</td> <td style="border: none;">{ Elevée. Basse, soufflante.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre (Ti.)</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	A. Bruit inspiratoire (inspiration.)	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Rythme (R.)</td> <td style="border: none;">{ Court, en jet de vapeur. Long, prolongé. Susprieux, saccadé, etc.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Intensité (I.)</td> <td style="border: none;">{ Douce, moelleuse, affaiblie, silencieuse. Humée. Dure, soufflante, etc.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité (To.)</td> <td style="border: none;">{ Haute, aiguë. Basse, grave, etc.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre (Ti.)</td> <td style="border: none;">{ Rude. Sifflant. Soufflant.</td> </tr> </table>	Rythme (R.)	{ Court, en jet de vapeur. Long, prolongé. Susprieux, saccadé, etc.	Intensité (I.)	{ Douce, moelleuse, affaiblie, silencieuse. Humée. Dure, soufflante, etc.	Tonalité (To.)	{ Haute, aiguë. Basse, grave, etc.	Timbre (Ti.)	{ Rude. Sifflant. Soufflant.	B. Bruit expiratoire (expiration.)	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Rythme (R.)</td> <td style="border: none;">{ Prolongé. Court, en jet. Affaibli.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Intensité (I.)</td> <td style="border: none;">{ Silencieuse. Rude, soufflante.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité (To.)</td> <td style="border: none;">{ Elevée. Basse, soufflante.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre (Ti.)</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	Rythme (R.)	{ Prolongé. Court, en jet. Affaibli.	Intensité (I.)	{ Silencieuse. Rude, soufflante.	Tonalité (To.)	{ Elevée. Basse, soufflante.	Timbre (Ti.)		<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">Variété du souffle : Tubaire, Cavitaire, Amphorique, etc.</td> </tr> </table>			Variété du souffle : Tubaire, Cavitaire, Amphorique, etc.	
A. Bruit inspiratoire (inspiration.)	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Rythme (R.)</td> <td style="border: none;">{ Court, en jet de vapeur. Long, prolongé. Susprieux, saccadé, etc.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Intensité (I.)</td> <td style="border: none;">{ Douce, moelleuse, affaiblie, silencieuse. Humée. Dure, soufflante, etc.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité (To.)</td> <td style="border: none;">{ Haute, aiguë. Basse, grave, etc.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre (Ti.)</td> <td style="border: none;">{ Rude. Sifflant. Soufflant.</td> </tr> </table>	Rythme (R.)	{ Court, en jet de vapeur. Long, prolongé. Susprieux, saccadé, etc.	Intensité (I.)	{ Douce, moelleuse, affaiblie, silencieuse. Humée. Dure, soufflante, etc.	Tonalité (To.)	{ Haute, aiguë. Basse, grave, etc.	Timbre (Ti.)	{ Rude. Sifflant. Soufflant.																	
Rythme (R.)	{ Court, en jet de vapeur. Long, prolongé. Susprieux, saccadé, etc.																									
Intensité (I.)	{ Douce, moelleuse, affaiblie, silencieuse. Humée. Dure, soufflante, etc.																									
Tonalité (To.)	{ Haute, aiguë. Basse, grave, etc.																									
Timbre (Ti.)	{ Rude. Sifflant. Soufflant.																									
B. Bruit expiratoire (expiration.)	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Rythme (R.)</td> <td style="border: none;">{ Prolongé. Court, en jet. Affaibli.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Intensité (I.)</td> <td style="border: none;">{ Silencieuse. Rude, soufflante.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité (To.)</td> <td style="border: none;">{ Elevée. Basse, soufflante.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre (Ti.)</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	Rythme (R.)	{ Prolongé. Court, en jet. Affaibli.	Intensité (I.)	{ Silencieuse. Rude, soufflante.	Tonalité (To.)	{ Elevée. Basse, soufflante.	Timbre (Ti.)																		
Rythme (R.)	{ Prolongé. Court, en jet. Affaibli.																									
Intensité (I.)	{ Silencieuse. Rude, soufflante.																									
Tonalité (To.)	{ Elevée. Basse, soufflante.																									
Timbre (Ti.)																										
		Variété du souffle : Tubaire, Cavitaire, Amphorique, etc.																								
II.—Etat de la voix.	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Sonore.....</td> <td style="border: none;"> <table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Intensité (I.)</td> <td style="border: none;">{ Affaibli.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité (To.)</td> <td style="border: none;">{ Elevée. Basse.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre (Ti.)</td> <td style="border: none;">{ Cassée, faussée, égophonie, etc.</td> </tr> </table> </td> <td style="border: none;">Retentissante. Bronchophonie (ses variétés).</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Aphone</td> <td style="border: none;"> <table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Intensité (I.)</td> <td style="border: none;">{ Silencieuse. Retentissante (pectoriloquie aphone, etc.).</td> </tr> </table> </td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	Sonore.....	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Intensité (I.)</td> <td style="border: none;">{ Affaibli.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité (To.)</td> <td style="border: none;">{ Elevée. Basse.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre (Ti.)</td> <td style="border: none;">{ Cassée, faussée, égophonie, etc.</td> </tr> </table>	Intensité (I.)	{ Affaibli.	Tonalité (To.)	{ Elevée. Basse.	Timbre (Ti.)	{ Cassée, faussée, égophonie, etc.	Retentissante. Bronchophonie (ses variétés).	Aphone	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Intensité (I.)</td> <td style="border: none;">{ Silencieuse. Retentissante (pectoriloquie aphone, etc.).</td> </tr> </table>	Intensité (I.)	{ Silencieuse. Retentissante (pectoriloquie aphone, etc.).												
Sonore.....	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Intensité (I.)</td> <td style="border: none;">{ Affaibli.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité (To.)</td> <td style="border: none;">{ Elevée. Basse.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre (Ti.)</td> <td style="border: none;">{ Cassée, faussée, égophonie, etc.</td> </tr> </table>	Intensité (I.)	{ Affaibli.	Tonalité (To.)	{ Elevée. Basse.	Timbre (Ti.)	{ Cassée, faussée, égophonie, etc.	Retentissante. Bronchophonie (ses variétés).																		
Intensité (I.)	{ Affaibli.																									
Tonalité (To.)	{ Elevée. Basse.																									
Timbre (Ti.)	{ Cassée, faussée, égophonie, etc.																									
Aphone	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Intensité (I.)</td> <td style="border: none;">{ Silencieuse. Retentissante (pectoriloquie aphone, etc.).</td> </tr> </table>	Intensité (I.)	{ Silencieuse. Retentissante (pectoriloquie aphone, etc.).																							
Intensité (I.)	{ Silencieuse. Retentissante (pectoriloquie aphone, etc.).																									
III.—Signes fournis par la toux.	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Intensité (I.).....</td> <td style="border: none;">{ Retentissante Affaiblie, etc.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité (To.).....</td> <td style="border: none;">{ Elevée. Basse, etc.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre (Ti.).....</td> <td style="border: none;">{ Aigre, sifflante. Caverneuse. Amphorique, etc.</td> </tr> </table>	Intensité (I.).....	{ Retentissante Affaiblie, etc.	Tonalité (To.).....	{ Elevée. Basse, etc.	Timbre (Ti.).....	{ Aigre, sifflante. Caverneuse. Amphorique, etc.																			
Intensité (I.).....	{ Retentissante Affaiblie, etc.																									
Tonalité (To.).....	{ Elevée. Basse, etc.																									
Timbre (Ti.).....	{ Aigre, sifflante. Caverneuse. Amphorique, etc.																									
IV.—Recherche des bruits anormaux.	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">A. Spontanés. B. Révélés par la toux. C. Produits par transsonance, succussion, etc.</td> <td style="border: none;"> <table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Frottements pleuraux, leur</td> <td style="border: none;"> <table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Rythme.</td> <td style="border: none;">{ Rudes.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Intensité.</td> <td style="border: none;">{ Doux.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité.</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre.</td> <td style="border: none;"> Frottements-râles.</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Râles, leur.</td> <td style="border: none;"> <table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Rythme.</td> <td style="border: none;">{ Crépitements.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Intensité.</td> <td style="border: none;">{ Sous crépitants.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité.</td> <td style="border: none;">{ Sibilants.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre.</td> <td style="border: none;">{ Gargouillements. Tintements métalliques.</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bruit métallique Succussion hippocratique. Clapotement. Bruit d'airain, etc.</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table> </td> <td style="vertical-align: middle; padding-left: 10px;"></td> </tr> </table>	A. Spontanés. B. Révélés par la toux. C. Produits par transsonance, succussion, etc.	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Frottements pleuraux, leur</td> <td style="border: none;"> <table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Rythme.</td> <td style="border: none;">{ Rudes.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Intensité.</td> <td style="border: none;">{ Doux.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité.</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre.</td> <td style="border: none;"> Frottements-râles.</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Râles, leur.</td> <td style="border: none;"> <table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Rythme.</td> <td style="border: none;">{ Crépitements.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Intensité.</td> <td style="border: none;">{ Sous crépitants.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité.</td> <td style="border: none;">{ Sibilants.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre.</td> <td style="border: none;">{ Gargouillements. Tintements métalliques.</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bruit métallique Succussion hippocratique. Clapotement. Bruit d'airain, etc.</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	Frottements pleuraux, leur	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Rythme.</td> <td style="border: none;">{ Rudes.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Intensité.</td> <td style="border: none;">{ Doux.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité.</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre.</td> <td style="border: none;"> Frottements-râles.</td> </tr> </table>	Rythme.	{ Rudes.	Intensité.	{ Doux.	Tonalité.		Timbre.	Frottements-râles.	Râles, leur.	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Rythme.</td> <td style="border: none;">{ Crépitements.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Intensité.</td> <td style="border: none;">{ Sous crépitants.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité.</td> <td style="border: none;">{ Sibilants.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre.</td> <td style="border: none;">{ Gargouillements. Tintements métalliques.</td> </tr> </table>	Rythme.	{ Crépitements.	Intensité.	{ Sous crépitants.	Tonalité.	{ Sibilants.	Timbre.	{ Gargouillements. Tintements métalliques.	Bruit métallique Succussion hippocratique. Clapotement. Bruit d'airain, etc.		
A. Spontanés. B. Révélés par la toux. C. Produits par transsonance, succussion, etc.	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Frottements pleuraux, leur</td> <td style="border: none;"> <table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Rythme.</td> <td style="border: none;">{ Rudes.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Intensité.</td> <td style="border: none;">{ Doux.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité.</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre.</td> <td style="border: none;"> Frottements-râles.</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Râles, leur.</td> <td style="border: none;"> <table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Rythme.</td> <td style="border: none;">{ Crépitements.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Intensité.</td> <td style="border: none;">{ Sous crépitants.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité.</td> <td style="border: none;">{ Sibilants.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre.</td> <td style="border: none;">{ Gargouillements. Tintements métalliques.</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bruit métallique Succussion hippocratique. Clapotement. Bruit d'airain, etc.</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	Frottements pleuraux, leur	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Rythme.</td> <td style="border: none;">{ Rudes.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Intensité.</td> <td style="border: none;">{ Doux.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité.</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre.</td> <td style="border: none;"> Frottements-râles.</td> </tr> </table>	Rythme.	{ Rudes.	Intensité.	{ Doux.	Tonalité.		Timbre.	Frottements-râles.	Râles, leur.	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Rythme.</td> <td style="border: none;">{ Crépitements.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Intensité.</td> <td style="border: none;">{ Sous crépitants.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité.</td> <td style="border: none;">{ Sibilants.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre.</td> <td style="border: none;">{ Gargouillements. Tintements métalliques.</td> </tr> </table>	Rythme.	{ Crépitements.	Intensité.	{ Sous crépitants.	Tonalité.	{ Sibilants.	Timbre.	{ Gargouillements. Tintements métalliques.	Bruit métallique Succussion hippocratique. Clapotement. Bruit d'airain, etc.				
Frottements pleuraux, leur	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Rythme.</td> <td style="border: none;">{ Rudes.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Intensité.</td> <td style="border: none;">{ Doux.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité.</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre.</td> <td style="border: none;"> Frottements-râles.</td> </tr> </table>	Rythme.	{ Rudes.	Intensité.	{ Doux.	Tonalité.		Timbre.	Frottements-râles.																	
Rythme.	{ Rudes.																									
Intensité.	{ Doux.																									
Tonalité.																										
Timbre.	Frottements-râles.																									
Râles, leur.	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Rythme.</td> <td style="border: none;">{ Crépitements.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Intensité.</td> <td style="border: none;">{ Sous crépitants.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tonalité.</td> <td style="border: none;">{ Sibilants.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Timbre.</td> <td style="border: none;">{ Gargouillements. Tintements métalliques.</td> </tr> </table>	Rythme.	{ Crépitements.	Intensité.	{ Sous crépitants.	Tonalité.	{ Sibilants.	Timbre.	{ Gargouillements. Tintements métalliques.																	
Rythme.	{ Crépitements.																									
Intensité.	{ Sous crépitants.																									
Tonalité.	{ Sibilants.																									
Timbre.	{ Gargouillements. Tintements métalliques.																									
Bruit métallique Succussion hippocratique. Clapotement. Bruit d'airain, etc.																										

Malgré sa complexité apparente, ce tableau n'est pas si chargé que les personnes inexpérimentées pourraient le croire. Dans la pratique, cette quadruple enquête, sur les *bruits respiratoires*, la *voix*, la *toux* et les *bruits adventices* se déroule avec une régularité parfaite, presque à l'insu de l'expérimentateur, qui dresse rapidement son dossier, le groupement des signes morbides étant d'ordinaire, comme la clinique le démontre, assez régulièrement coordonné.

Quelques remarques pratiques, à propos de ces "signes d'auscultation", et pour terminer cette étude. En premier lieu, l'ordre de l'enquête: Il est logique de commencer par l'examen des *bruits respiratoires*, afin d'aller du simple au composé. On ne saurait trop, à cet égard, se conformer au précepte et à la technique si judicieusement recommandées par mon maître le professeur Grancher: *Auscultez, d'abord et séparément, le "bruit inspiratoire", à l'exclusion de tout autre bruit.* Étudier par comparaison, sur les points symétriques choisis, d'un côté puis de l'autre, les quatre caractères de l'inspiration. (Voy. tableau), son rythme, son intensité, sa tonalité, au besoin son timbre; aucun détail, en ce cas, n'est négligeable et tout peut servir utilement à corroborer une impression, à éclairer un doute, en un mot à parfaire un diagnostic toujours angoissant.

L'habitude se prend vite de supprimer, par la pensée, tout bruit (transmis à l'oreille auscultant) autre que le bruit de l'*inspiration* pulmonaire. Qu'elle soit dépourvue de tout instrument intermédiaire ou armée du stéthoscope (surtout flexible), cette oreille doit passer tour à tour et vite d'un sommet à l'autre, n'écouter que l'inspiration, en apprécier les caractères spéciaux, comparer et juger. Si légères soient-elles, les modifications constatées ont une haute importance: pour peu qu'elles ne soient pas passagères, mais persistantes, elles acquièrent, au point de vue du diagnostic, une valeur de tout premier ordre. Ainsi, elles peuvent maintes fois fournir, à elles seules, la preuve absolue d'une tuberculose pulmonaire naissante, à un moment précis où la curabilité du mal est en même temps la moins discutée et la moins aléatoire.

Les considérations qui précèdent justifient l'intérêt primordial que doit avoir le médecin à s'exercer à l'auscultation du bruit inspiratoire. Les caractères de ce bruit une fois établis, l'enquête passe à l'*expiration*.

Arrive ensuite l'étude de la *voix* du patient. On a soin de le faire compter à haute et intelligible voix, en prenant les mêmes précautions que celles signalées à propos de l'étude des "vibrations thoraciques" au moyen de la palpation. Une pratique, qui présente de réels avantages, consiste, pour le médecin qui ausculte, à boucher son oreille libre, afin de ne point entendre par cet intermédiaire la voix émise et de concentrer son attention sur les sons qui lui arrivent à travers le parenchyme respiratoire. La voix "sonore" étant jugée, c'est le tour de la *voix aphone*. Il faut bien stipuler que "voix aphone" ne signifie pas plus voix faible ou sourde que voix chuchotée. Le malade qui compte à voix aphone doit *compter* fort, le plus fort possible, afin de bien transmettre à ses parois thoraciques les syllabes éteintes qu'il détaille d'une manière lente et rythmée.

La *toux* intervient ensuite. Rien n'est plus nécessaire, quand on ausculte un point du poumon, que de faire tousser le malade. La toux doit être franche, énergiquement expiratoire. Maintes fois alors, soit au cours de l'expiration brusque qui la caractérise, soit pendant la "reprise inspiratoire" profonde et toujours un peu prolongée qui suit l'effort de toux, des signes caractéristiques se révèlent à l'oreille, qui n'avaient pu se produire pendant les mouvements respiratoires ordinaires, même en apparence énergiques. D'ailleurs, certains caractères stéthoscopiques de la toux sont, par eux-mêmes, pour ainsi dire, pathognomoniques: telle est la "toux cavitaire", le plus important, pour ne pas dire le seul des signes permettant d'affirmer l'existence d'une excavation pulmonaire (caverne ou bronchectasie).

L'expérimentateur terminera toujours son auscultation par la recherche méticuleuse et détaillée des *bruits anormaux*, "bruits adventices", qui ont pu venir se surajouter aux signes précédemment énumérés.

De ces bruits pathologiques du sommet, les uns sont *spontanés*, c'est-à-dire éclatant à l'occasion des divers mouvements respiratoires; les autres, dits *provoqués*, se révèlent à l'occasion de la toux, ou de la voix, ou enfin surviennent sous l'action de la percussion ou d'une secousse imprimée à la poitrine. Qu'il s'agisse de frottements pleurétiques, de râles, ou de bruits occasionnés par des chocs métalliques ou par la succussion thoracique, dans tous les cas, le principe qui guide l'examen est inva-

riable: les quatre caractères (Rythme, Intensité, Tonalité et Timbre) d'un bruit qui apparaît demandent à être étudiés sur-le-champ et spécifiés d'une manière précise.

Un procédé pratique, qui permet de repérer sans erreur possible tous les signes fournis par les différentes techniques étudiées au cours des pages précédentes, consiste à représenter sur un *schéma* du poumon, au moyen de traits graphiques conventionnels, toutes les modifications constatées, tant par la vue, la palpation et la percussion que par l'auscultation.

Il est aussi nécessaire, en effet, de se bien rappeler les caractères de la *percussion* (intensité, tonalité, timbre du son obtenu, élasticité pulmonaire), que ceux de l'*auscultation*. Tant de détails, rédigés sur une fiche d'observation, sont longs à lire et à retrouver: schématisés par des lignes tracées suivant différentes directions et de diverses couleurs, ils apparaissent au contraire aussitôt à l'œil qui examine un tableau graphique. La lecture de l'observation par les personnes qui n'ont pas vu le malade s'en trouve de même singulièrement facilitée. On ne saurait donc trop recommander la généralisation et l'unification de ce procédé de notation, ni trop demander aux médecins des différentes nationalités une entente cordiale à ce sujet. C'est à quoi tendent les efforts de M. Kuss (d'Angicourt), dont le schéma graphique est remarquable à tous égards.

En résumé, grâce aux "Manœuvres" de l'examen d'un sommet, aucune lacune ne doit exister dans une enquête médicale. En suivant cette technique, un diagnostic complet—sans lequel tout traitement est illusoire ou défectueux—pourra toujours être posé et servir de base à un pronostic marqué au coin de l'expérience.

Voulez-vous combattre l'ennui?

Astreignez-vous à une *besogne utile*;

Croyez à l'idéal, croyez à la vérité, croyez à la beauté;

Ayez de grandes pensées; une pensée agréable accroît la santé, une mauvaise pensée mine et altère le visage.

Faites, dans toute circonstance, votre devoir, l'herbe d'ennui se fane où fleurit le devoir.

Faites toujours ce que vous avez *peur* de faire; c'est la meilleure éducation de la volonté.

Enfin, suprême remède: *travaillez de vos mains*.

SUR QUELQUES COMPLICATIONS DE LA SCARLATINE

PAR M. LE PROFESSEUR MÉRY.

La néphrite est l'une des complications les plus importantes de la scarlatine; précoce, elle est d'ordinaire sans gravité; tardive, elle est le plus souvent assez sérieuse. Certains considèrent la néphrite précoce comme constante, d'autres l'admettent seulement dans la moitié des cas.

Pour M. Méry, cette divergence tient surtout à la différence des épidémies, différence qui ne vient pas de ce que les scarlatines sont légères, car certaines sont très malignes.

L'albuminurie qu'on observe après la scarlatine est une albuminurie qui demande à être cherchée, car elle ne s'accompagne le plus souvent d'aucun des gros symptômes de l'albuminurie. Elle est due probablement à la streptococcie du rein. Parfois on note de l'hématurie ou de l'anurie.

L'albuminurie tardive apparaît d'ordinaire vers le quinzième ou le vingtième jour de la scarlatine, parfois même plus tard. En général, on ne la découvre que par l'examen des urines.

En outre de l'anasarque, il peut se produire des modifications de la fonction urineuse: pollakiurie, cystalgie, hématurie; d'autres fois, on note de la céphalée avec vomissements. Presque toujours existe de l'oligurie, parfois de l'anurie. Parfois, mais exceptionnellement, la quantité des urines est augmentée, même alors qu'il y a des accidents uréniques.

L'anasarque est très variable dans son étendue, et on a cité des faits dans lesquels l'anasarque s'est produit sans qu'il y ait eu albuminurie; cette opinion est celle de M. Méry, qui a vu en particulier le cas se produire dans la fièvre typhoïde.

Divers sont les accidents uréniques; parfois les phénomènes sont d'une gravité exceptionnelle et constituent l'encéphalopathie albuminurique de la scarlatine. Un enfant, au dixième jour d'une scarlatine jusqu'alors normale, est pris soudainement d'accidents uréniques; rapidement il se plaint de ne pas voir clair, et à une heure du matin, il est mort malgré une saignée. Dans les encéphalopathies aiguës, la mydriase aiguë est un phénomène assez habituel.

Parmi les autres complications d'origine rénale, M. Méry a vu se produire une péritonite mortelle par perforation à la suite

d'une de ces ulcérations qui se manifestent dans des circonstances tout à fait exceptionnelles chez les urémiques.

On a noté l'augmentation du volume du foie accompagnant la néphrite; de même la dilatation du cœur peut s'observer.

Le pronostic des néphrites est variable; mais beaucoup guérissent sans laisser aucune trace. Le passage à l'état chronique nié pendant longtemps est généralement admis aujourd'hui. Il semble aussi que la scarlatine puisse être l'origine de certaines albuminuries intermittentes dont l'évolution est pour ainsi dire indéfinie; c'est à cette origine que remonteraient certaines albuminuries orthostatiques.

Quelle est l'origine de ces néphrites? Le froid paraît avoir une action certaine; mais l'infection bactérienne préalable du rein joue ici le rôle prépondérant. Il faut donc chez les malades éviter l'infection par tous les moyens possibles et éviter les refroidissements dont l'influence néfaste est manifeste.

NATURE ET LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE

M. le professeur Falkenstein, souffrant lui-même de cette affection depuis plus de vingt ans, avait, dit-il, essayé en vain de toutes les médications lorsqu'il eut l'idée de recourir à un nouveau mode de traitement, basé sur la conception pathogénique qu'il s'est faite de la goutte. Après d'autres auteurs, en particulier Minkowski, M. Falkenstein a été frappé de la fréquence des dyspeptiques qui précèdent ou accompagnent les accès de goutte, et il en est arrivé peu à peu à se convaincre que la goutte n'est que le résultat d'un fonctionnement défectueux de l'estomac, et, plus spécialement, d'une altération des glandes sécrétant l'acide chlorhydrique. Partant de ce principe, il s'est administré de l'acide chlorhydrique pur à doses copieuses, 40 à 60 gouttes par jour, et depuis, les accès de goutte ont complètement disparu. Essayé sur d'autres malades, ce traitement aurait produit les mêmes bons résultats.

Nous devons distribuer nos forces vives vers un ordre utile, nous devons engager les travailleurs dans une voie saine; leur offrir une place au soleil, au lieu de leur offrir une place à l'ombre.

**LE CHLORURE DE BARYUM. MOYEN HEROIQUE POUR
AMENER LA RESORPTION D'EPANCHEMENTS SEREUX
DE LA PLEVRE**

Schedel, puis Tabora, ont préconisé récemment l'usage du chlorure de baryum en qualité de tonique du cœur. Le premier de ces auteurs en a surtout obtenu des résultats brillants, puisque, dans ses observations, ce médicament fut efficace même là où la digitale échouait.

Cela étant, M. E. Pesci, assistant du professeur Pescarolo (Turin), a entrepris, à la clinique médicale de ce dernier, une série de recherches visant l'étude des propriétés thérapeutiques du chlorure de baryum. Ces essais, qui portèrent sur 43 malades, dont la plupart atteints d'épanchement pleurétique et de lésions cardiaques, tout en donnant des résultats favorables en général, ont cependant montré que le chlorure de baryum ne saurait remplacer la digitale. En effet, dans les cas où celle-ci se montrait inefficace, le chlorure de baryum ne produisait aussi aucun effet, tandis que, au contraire, des malades traités sans succès par le chlorure de baryum, furent souvent améliorés par la digitale.

Mais un point que l'auteur a relevé et qu'il importe surtout de faire ressortir, c'est l'action curative vraiment remarquable que le chlorure de baryum exerce sur la pleurésie séreuse. Sous l'influence de la diurèse provoquée par ce médicament à la dose journalière de 0 gr. 15 à 0 gr. 20 centigr., l'auteur a vu disparaître, en quelques jours, les épanchements pleurétiques les plus volumineux. Cet effet serait constant et se produirait même à la période fébrile de la maladie.

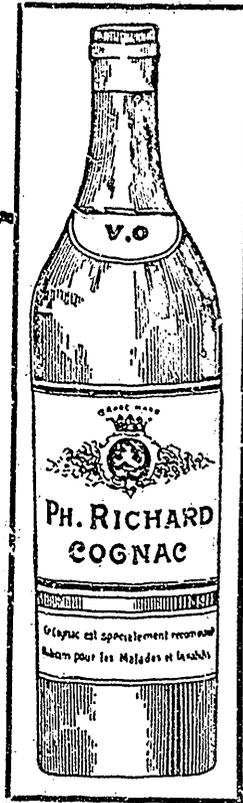
Le terrible accroissement de la tuberculose à notre époque a pour cause principale l'abandon des professions en plein air pour les emplois de bureau.

Les champs, voilà le vrai domaine de l'activité humaine.

N'attendons pas pour agir que nous soyons assurés de pouvoir révolutionner le monde. Hâtons-nous, la vie passe, demain nous ne serons plus et nous aurons laissé fuir l'occasion de jouer notre rôle.



V. O.
V. O. S.
V. S. O. P.



F. G.
Fine
Champagne

BRANDIES

Ph. RICHARD

COGNAC

Ces brandies se recommandent à la profession médicale à cause de leur pureté reconnue, leur haute qualité et leur action tonique et stimulante toujours efficace.

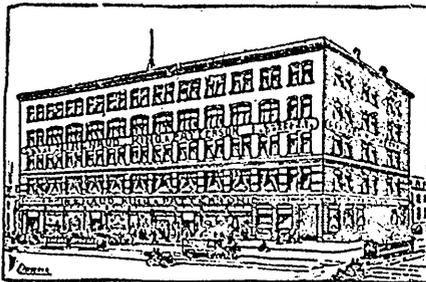
LAPORTE, MARTIN & CIE, Montréal

DEPOSITAIRES

ADRIAM & Cie
9, Rue de la Perle, Paris.

APPREHENSAL
CHIMIQUEMENT PUR

SOUSTES contenant chacune... 2 milligr.
AMPOULES Stérilisées contenant chacune... 50 —
COMPLÈTES dosées à..... 25 —
GRANULES 1 centigr.



Meubles, Literie, Tapis, Draperies, Glacières, Bibliothèques en sections, complet moderne pour offices.

Installation moderne et de premier ordre

Renaud, King & Patterson

COIN STE - CATHERINE ET GUY

Escompte spécial accordé sur présentation de cette annonce découpée

VIRILINE

DU Dr SIMON de PARIS

TONIQUE TESTICULAIRE ET OVARIQUE

Infaillible contre l'impuissance et la stérilité.

Guérit pour toujours perte de vitalité, abus, erreur de jeunesse, varicocèle, insomnie, maladies de rognons, faiblesse des nerfs, débilité générale, etc., etc.

Pamphlets concernant son efficacité et son emploi avec un paquet d'essai gratuit expédiés franco dans toutes les parties du monde sur réception de 5 cents pour couvrir les frais de poste. Ecrivez à la Cie Médicale du Dr Simon, boîte postale 713, Montréal.

Nos batteries électriques pour usages professionnels donnent la plus complète satisfaction et sont recommandées par tous les médecins qui les connaissent.

Moteurs, Bains, installation de tous genres faits avec soin et promptitude.

The Sayer Electric Co'y

10-12-14 Beaver Hall Hill

MONTREAL

TELEPHONE MAIN 4546

LA DIGESTIVE

N'est pas une médecine patentée ; car nous donnons ici la formule qui capte l'attention de la faculté médicale par les succès remportés dans le traitement de différents cas de Dyspepsie opiniâtre.

Rhubarbe Pul	3½	grs.
Gentiane	“	2½	grs.
Chirotte	“	2	grs.
Ipecao	“	1½	gr.
Savoyanne	“	1¼	gr.

Ce n'est pas un remède à tous les maux, mais ses propriétés incontestables dans les dérangements d'estomac, en font un puissant auxiliaire du médecin consciencieux.

ECHANTILLONS GRATUITS ENVOYES SUR DEMANDE.

“ **Laboratoire de Remèdes et Produits Végétaux Laliberté** ”
136 RUE SAINT-DENIS - - - MONTREAL., Qué.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE LOBAIRE

M. le professeur Brem schématise ainsi le traitement de la pneumonie lobaire:

1° Elimination de l'agent toxique par l'hydrothérapie interne (boissons abondantes);

2° Traitement symptomatique:

a) Fièvre: hydrothérapie externe. Douleur: vessie de glace et analgésiques. Agitation, insomnie, délire: hydrothérapie externe, analgésiques, narcotiques.

b) Indications respiratoires: .

Si le nombre des respirations dépasse 36 par minute: héroïne ou morphine toutes les deux heures.

Les inhalations d'oxygène sont inutiles et parfois même nuisibles.

c) Indications circulatoires:

Les médicaments dépresseurs sont contre-indiqués sauf les nitrites qui peuvent être utiles au début de la période de sur-activité cardiaque.

L'alcool est indiqué chez les alcooliques; il peut rendre des services quand il n'y a pas de dépression circulatoire.

Les médicaments stimulants sont également contre-indiqués sauf la digitale (qu'on donnera de préférence sous forme de teinture). On en fera usage quand il y a hypotension artérielle associée à de l'insuffisance respiratoire ou à de l'oligurie ou enfin à de l'œdème pulmonaire.

EXPERIENCES SUR LA TOXICITE DES ŒUFS

Dans des recherches précédentes, M. Loisel a montré que les extraits des glandes génitales de différents animaux, Vertébrés ou Invertébrés, renfermaient des substances toxiques.

Comme suite à ce premier ordre de recherches, l'auteur a étudié la toxicité des produits génitaux et tout d'abord des œufs: de canard, de poule et de tortue.

Voici le résumé des expériences qu'il a exposées à l'Académie des sciences:

Les jaunes d'œufs de poule, de canard et de tortue renferment des substances qui, injectées dans les veines, sous la peau

ou dans la cavité générale du corps, déterminent promptement la mort des animaux chez lesquels on les injecte.

Ainsi, la poudre de jaune d'œuf de canard, traitée par de l'eau salée au centième et injectée dans les veines, tue 1 kilogr. de lapin à la dose de 7 gr. à 8 gr. et à celle de 20 gr. à 30 gr. quand on l'injecte dans le coelome.

Le jaune d'œuf de poule est un peu moins toxique que celui de l'œuf de canard; celui de tortue l'est, au contraire, davantage, puisqu'il suffit de 5 cm³ à 6 cm³ de ce jaune d'œuf injectés dans le coelome, pour tuer un kilogr. de lapin.

L'albumine est également très toxique, du moins en ce qui concerne l'albumine d'œuf de tortue, la seule qu'il ait expérimentée jusqu'ici. Dans tous les cas, les phénomènes qui ont précédé la mort sont ceux d'une intoxication aiguë du système nerveux central.

L'auteur attribue les phénomènes d'intoxication produits par les œufs à la présence de névrine pour une faible part et de toxalbumine pour la plus grande part; il signale pour les œufs de grenouilles, du moins, la présence d'alcaloïdes.

Il a montré également que la toxicité génitale variait avec la nature des espèces, avec le sexe, avec l'âge de l'œuf après la ponte et avec l'état plus ou moins avancé de l'incubation.

LES FORMES CONVULSIVES DE L'EMOTION; LE RIRE

PAR M. LE DOCTEUR BRIDOU.

Le rire, qui caractérise l'émotion joyeuse, comporte un certain nombre de degrés répondant aux prédispositions individuelles et dépendent de la valeur des impressions objectives.

A un premier degré, l'on trouve " le sourire satisfait, symbole de gaieté et de sympathie sans réserve. Il affecte surtout la lèvre supérieure et les yeux ".

Le second degré tient le milieu entre le sourire et l'éclat de rire. Dans son expression, la lèvre inférieure joue un rôle, ainsi que les paupières, les sourcils, les narines et il s'accompagne aussi de gestes plus ou moins vifs de la tête et des mains et encore à l'occasion d'une exclamation spontanée qui parcourt toute la gamme des voyelles suivant qu'elle manifeste l'étonnement, le doute ou la répulsion.

Enfin, au troisième degré, l'on trouve l'hilarité tumultueuse. Alors, note M. Bridou, le sentiment que celle-ci exprime est paradoxal et incertain comme le rythme de son mouvement. "Entraîné par la diffusion machinale, le rieur oublie parfois son point de départ, il continue à rire sous l'influence de l'impulsion première et, comme on dit familièrement, sans avoir pourquoi. Entretenu par le seul plaisir de la dilatation organique, le rire se dégrade et passe au fou rire, au hennissement et à la cabriole animale; il en existe un mode rabclaisien qui met au premier plan la secousse énorme du ventre, les hochets, les éruptions bruyantes, les relâchements et les contractions alternatives des sphincters."

DE LA DURÉE DE L'ISOLEMENT DANS LES MALADIES CONTAGIEUSES

PAR M. LE DOCTEUR LALOY.

L'auteur a cherché dans ce travail à fixer le moment et la durée de l'isolement dans les différentes maladies contagieuses, question d'intérêt capital pour les praticiens puisque la loi leur impose d'isoler les malades jusqu'à la disparition complète de tout danger de transmission.

L'isolement doit commencer le plus tôt possible, sitôt le diagnostic posé, et s'étendre aux cas frustes qui servent de liaison ou d'introduction aux épidémies.

Il doit cesser aussi le plus tôt possible, dès que le malade n'est plus contagieux. Prolongé au-delà de ces limites, non seulement il entraîne des frais inutiles, mais surtout il devient nuisible pour les malades qu'il expose aux inconvénients de l'encombrement et aux contagions secondaires.

L'auteur étudie la durée de l'isolement dans chaque affection en particulier :

Dans la *scarlatine*, la contagion existe avant la période d'éruption. Elle se termine, le plus souvent, avec l'angine; "les squames de la convalescence ne paraissent servir de véhicule à la contagion que parce qu'elles sont souillées par les produits bucco-pharyngés".

La persistance de l'agent contagieux dans les cavités buccale et nasale expliquerait les contagions tardives qui sont d'ailleurs

rares. En pratique on gardera le malade isolé tant que son état nécessitera des soins médicaux (un mois) et il ne sera libéré qu'après avoir subi de soigneux nettoyages désinfectants de la gorge et de la surface cutanée.

Dans la *rougeole*, le malade est contagieux bien avant l'éruption. La contagiosité cesse avec la fin du catarrhe oculo-nasal et des manifestations bronchiques.

Dans la *variole*, la contagiosité commence dès l'apparition des premiers symptômes et ne finit qu'après la chute des dernières croûtes.

Pour la *diphthérie*, on doit isoler dès que cliniquement on peut soupçonner une diphthérie, et on devrait faire durer l'isolement tant qu'il y a du bacille sur les muqueuses. Pratiquement, trois semaines au maximum.

Pour les *oreillons*, il est impossible de limiter la durée autrement que par une moyenne: cinq à dix jours après la cessation de tout symptôme.

Dans la *fièvre typhoïde*, le début de la contagiosité est impossible à préciser; l'isolement s'impose dès qu'on soupçonne l'affection.

Dans les *dysenteries*, l'isolement doit être très précoce et s'étendre aux cas frustes. Il sera utile de le continuer quinze à vingt jours après le début de la convalescence.

Dans la *peste*, l'isolement doit être très précoce et rigoureux. Il doit viser surtout les cas de pneumonie pesteuse qui peuvent se confondre si facilement avec la pneumonie ordinaire.

Pour le *choléra*, isolement tant qu'il y a du bacille virgule dans les selles.

Dans la *grippe*, il serait utile d'isoler précocement, et jusqu'à cessation des symptômes pathologiques (coryza, toux).

Dans la *coqueluche*, isolement cellulaire jusqu'à cessation des phénomènes pulmonaires.

De même dans les *broncho-pneumonies*.

Dans la tuberculose, en principe l'isolement est nécessaire tant que le malade présente des lésions ouvertes.

M. BEUTTER.

Créer une polarisation de fluide intellectuel qui pousse tout le monde à l'action. L'activité n'est qu'une vertu naturelle; c'est la plus essentielle des forces économiques d'un peuple.

**COMMENT ON RECONNAIT ET COMMENT ON SOIGNE LES
SALPINGITES AIGUES**

PAR M. LE DOCTEUR J.-L. FAURE.

Rien n'est plus simple, en général, que de reconnaître les salpingites. Neuf fois sur dix, au moins, on peut affirmer que toute tuméfaction para-utérine qui vient quelque peu encombrer les culs-de-sac vaginaux et qui s'accompagne de douleurs spontanées, de sensibilité à la pression et de phénomènes inflammatoires plus ou moins accentués, est une salpingite. Elle est simple ou bilatérale, elle est localisée ou compliquée, dans une certaine mesure, de phénomènes inflammatoires du côté du péritoine pelvien, cela importe peu, mais c'est une salpingite en ce sens que le foyer principal des manifestations morbides réside dans la trompe.

Souvent même il n'est pas besoin, pour affirmer la réalité de l'infection tubaire, de phénomènes aussi précis. On peut, surtout si la femme est un peu forte, ne sentir nettement par le toucher vaginal aucune tuméfaction dans les culs-de-sac; mais un certain degré d'immobilisation de l'utérus, qui semble comme fixé vers l'une ou l'autre de ses cornes et répond mal aux mouvements qu'on lui imprime, suffit souvent pour témoigner du retentissement inflammatoire qui se produit vers les annexes. On comprend d'ailleurs combien peuvent être variés les signes locaux et généraux qui accompagnent les infections tubaires. Et, suivant le hasard de l'envahissement péritonéal et de la virulence des agents infectieux, tout se voit et tout se peut voir, depuis les lésions les plus simples qui se traduisent par une légère sensibilité dans un cul-de-sac vaginal ou près de la corne utérine, jusqu'aux lésions formidables qui encombrent le bassin tout entier, et parfois même la cavité abdominale jusqu'à l'ombilic, de poches septiques, de fausses membranes infiltrées et de clapiers purulents. De même, tout se voit et tout peut se voir en tant que phénomènes réactionnels, depuis la légère élévation vespérale de quelques dixièmes de degré, jusqu'aux grandes oscillations des infections graves ou même aux phénomènes d'hypothermie de la septicémie suraiguë.

Dans tous les cas, des plus légers aux plus graves, il n'y a qu'un phénomène commun: la production de foyers inflamma-

toires para-utérins et les manifestations douloureuses ou fébriles auxquelles ils donnent naissance.

Il ne faut donc, en pareille matière, s'étonner de rien, puisque les salpingites peuvent revêtir les aspects les plus divers. Lorsqu'elles sont passées à l'état chronique et que les phénomènes inflammatoires ont tout à fait disparu, lorsqu'il n'y a plus ni fièvre, ni même quelquefois sensibilité, il faut s'étonner moins encore. Les formes diverses des salpingites sont d'une variété infinie et leurs signes physiques peuvent être identiques à ceux que peuvent donner toutes les tumeurs pelviennes.

L'élément inflammatoire, les manifestations de la fièvre et de la douleur ont donc, pour le diagnostic des infections tubaires aiguës, une importance capitale et sur laquelle on ne saurait trop insister.

Le traitement des salpingites aiguës est des plus simples. Il consiste à mettre les malades dans les conditions les plus favorables à une guérison spontanée et à la résolution progressive des foyers inflammatoires.

Les phénomènes bruyants et graves sont dus presque toujours, sinon toujours, à l'invasion péritonéale plus ou moins étendue qui accompagne l'infection tubaire. Or, nous savons aujourd'hui, — et l'étude de ce qui se passe dans l'appendicite nous a beaucoup instruits sur ce point, — nous savons aujourd'hui quelle est l'extraordinaire puissance de réparation de la séreuse péritonéale. Les foyers inflammatoires péri-salpingiens ont une tendance naturelle à guérir spontanément et rapidement. Le repos absolu au lit, la glace sur le ventre dans les cas très douloureux, les irrigations vaginales chaudes, et mieux encore les irrigations rectales qui agissent comme une sorte de bain prolongé intra-pelvien, sont des adjuvants utiles des forces naturelles de réparation que possède l'organisme. Ce traitement est donc bien simple, puisqu'il consiste en réalité à ne rien faire, à observer la malade et à se garder absolument de toute manœuvre, quelle qu'elle soit, sur l'utérus et les annexes.

Dans le plus grand nombre des cas, les phénomènes s'apaisent peu à peu et la guérison survient, souvent intégrale et définitive. Elle est alors presque toujours assez rapide. Mais cette évolution ordinairement favorable ne doit pas faire relâcher la surveillance de tous les instants qu'il faut exercer sur la malade. Comme dans l'appendicite, si la guérison spontanée survient le

plus souvent, elle ne survient pas toujours. Quelquefois, malgré le repos, malgré les calmants de toute nature, l'infection gagne de proche en proche, les phénomènes généraux s'aggravent, la fièvre s'accroît, les douleurs augmentent, — j'insiste sur ce point: l'augmentation des douleurs est un signe inquiétant, plus inquiétant que l'augmentation de la fièvre, — bref, on assiste à l'accroissement progressif de l'infection et à la diffusion parfois rapide des éléments septiques dans le péritoine pelvien. Puis, peu à peu, l'infection monte et des signes de péritonite étendue ne tardent pas à se manifester.

Alors il faut agir: la colpotomie, souvent suffisante, l'hystérectomie vaginale, parfois nécessaire et qui, dans ces cas virulents, rend des services admirables, sont les armes que nous possédons — et ce sont des armes puissantes — et auxquelles il faut avoir recours sans hésitation ni délai, car dans des circonstances redoutables, l'hésitation c'est parfois la mort.

Mais parfois aussi les phénomènes inflammatoires disparaissent, la malade n'est pas guérie. Les douleurs persistent, des lésions permanentes s'installent, des poussées successives surviennent. Ce sont les accidents de la salpingite chronique. Eux aussi peuvent disparaître après un temps plus ou moins long. Mais eux aussi, bien souvent, ne disparaissent pas, et quand ils persistent, quand ils s'aggravent, quand ils font souffrir et risquent de faire mourir, le médecin n'a plus grand'chose à faire et c'est au chirurgien d'agir.

LA DÉMENCE PRÉCOCE. MANIFESTATIONS OCULAIRES. CONSIDÉRATION SUR LA PATHOGÉNIE

PAR M. LE DOCTEUR BLIN.

Il existe une psychose décrite jusqu'ici sous le nom de "démence précoce" et qui est caractérisée par un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles survenant chez des sujets jeunes jusqu'alors normaux.

Nous avons examiné au point de vue oculaire 87 malades atteints de cette psychose et nous avons obtenu les résultats suivants.

Il convient de diviser en deux groupes les troubles oculaires observés chez les déments précoces. Il y a, en effet, des symp-

tômes passagers. Dans le premier groupe, l'Argyll occupe le premier rang (17,2 pour 100), puis la congestion de la papille, la décoloration, la mydriase, l'inégalité pupillaire, la dissociation contraire à l'Argyll, le myosis. Dans le deuxième groupe, on note les mêmes symptômes mais variant dans chaque cas suivant la période observée.

La ponction lombaire chez les malades atteints d'Argyll a donné des résultats négatifs. -

L'analogie symptomatique des troubles oculaires de la démence précoce et des toxi-infections conduit à penser que cette psychose pourrait avoir une origine toxi-infectieuse et l'auteur adopte le terme de "psychose toxi-infectieuse subaiguë ou chronique" que j'ai proposé.

Ce travail est, je le répète, important; la seule petite objection que peuvent lui faire les classiques est l'identification du type pupillaire qu'il nomme Argyll. Dans la pratique, le signe d'Argyll-Robertson représente la pupille tabétique où on note non seulement des troubles des réflexes, mais encore des modifications du contour qui est irrégulier. Il suffit d'ailleurs de s'entendre. Blin n'a qu'un cas de pupille "tabétique" parmi ses déments précoces, chez une femme d'ailleurs exempte de syphilis et de tabes. Dans les autres cas notés comme Argyll, avec pupilles dont les contours restent réguliers et circulaires, les seuls réflexes sont troublés (perte du réflexe lumineux, conservation de l'accommodateur).

NOTE SUR UNE NOUVELLE FORMULE D'INJECTION HYPODERMIQUE ASSOCIANT LE CAMPHRE A LA CAFEINE

PAR M. LE DOCTEUR CLARET.

A côté de la caféine et parallèlement à elle, le camphre a pris, depuis quelques années surtout, une place en vue parmi les médicaments toniques généraux, toni-cardiaques et diaphorétiques.

Ces deux médicaments synergiques se présentent actuellement, particulièrement en ce qui concerne les injections hypodermiques, sous des formes dissemblables et incompatibles: la caféine en solutions aqueuses, le camphre sous forme d'huile camphrée.

De là, pour leur emploi concordant et simultané, des difficul-

tés et des complications, tenant à la préparation de deux solutions, à la nécessité de pratiquer deux piqûres, etc.

Pour remédier à ces inconvénients, l'auteur a signalé à la Société de thérapeutique une solution injectable fournissant au praticien les deux médicaments réunis à leur dose thérapeutique ordinaire.

Cette solution se prépare de la manière suivante :

A 3 cc. de glycérine pure stérilisée ajoutez :

1 cc. de la solution.

Caféine.....	}	àà 0 gr. 25.
Salicylate (et non benzoate de Na.....)		
Eau distillée, q. s. p.....		

Ajoutez enfin :

Alcool camphré à 1/10.....	1 gr.
ou — —	1 cc. 25

F. s. a.

La solution ainsi obtenue contient, sous un volume de 5 cc. environ, 0 gr. 25 de caféine et 0 gr. 10 de camphre, doses habituellement employées de ces deux médicaments. Elle se conserve parfaitement limpide pendant longtemps (plusieurs mois).

LIBERALITES UNIVERSITAIRES

Nous donnons ci-après la liste des libéralités faites aux diverses universités américaines par les rois du pétrole, du porc, du blé, du sucre, en souhaitant que les millionnaires, ne fussent-ils que princes ou barons de la finance, comprennent enfin que la seule excuse des grandes richesses est dans l'emploi intelligent qu'on en fait et les décident à suivre, ne serait-ce que de loin, de si beaux exemples :

DONATEURS	INSTITUTIONS	LIBÉRALITÉS
J. D. Rockefeller	Univ. de Chicago	76,000,000 fr.
Stephen Gérard	Gérard Collège	35,000,000 "
Charles Pratt	Inst. Pratt	18,000,000 "
Johns Hopkins	Univ. John Hopkins	15,000,000 "
A. J. Drexel	Inst. Drexel	15,000,000 "
Leland Stanford Jun.	Univ. L. Stanford	12,500,000 "
Ezra Cornell	— Cornell	7,500,000 "
The Vanderbilts	— Vanderbilts	5,500,000 "
Seth Low	— Columbia	5,000,000 "

INTERETS PROFESSIONNELS

PAR M. LE DOCTEUR LAURENDEAU.

(Suite de la page 406).

CORRESPONDANCE :

Le "Montréal-Médical" est un organe libre où chacun peut exprimer son opinion sous sa seule responsabilité.

Maintenant, Messieurs, nous allons nous occuper du "Rapport du Comité exécutif : re Bureau Central d'Examineurs, et rapport des Universités", pour parler comme l'ordre du jour du 27 septembre 1905.

Il appert que nous sommes encore, où à peu près, au point où nous étions au mois de juin dernier. Nous n'avons pas eu de rapport officiel du susdit Comité, parce que les représentants de notre profession et des Universités, n'ont pu trouver une plateforme, où s'unir et s'entendre.

Je ne sais si les Universités sentaient le besoin de nous fournir des explications sur les causes de leur indifférence, de leur mauvais vouloir ; ou si leurs délégués au milieu de nous, avaient pris d'eux-mêmes cette initiative de nous chocolater la pilule ; toujours est-il que nous avons eu ce que j'appellerai trois rapports officieux de trois Gouverneurs, représentant nos trois institutions universitaires. (Je ne mentionne pas ici le Bishop, car vous savez sans doute que cette école de médecine n'existe plus).

Notre président, M. le Dr Lachapelle, de même que M. le Dr Mignault, nous disent, en résumé, que l'Université Laval de Montréal semble assez favorable au projet élaboré par notre Bureau.

Mais il n'en va pas ainsi à Québec. Dans une plume de paroles, M. le Dr Brochu nous a affirmé que M. le Recteur de Québec n'est pas convaincu de la nécessité pour les Universités d'abandonner la plus petite parcelle de leurs privilèges. Rayer de leurs chartes "*le droit de pratique*" que confèrent leurs diplômes, serait au sens du Recteur, amoindrir leur importance, dégrader leur prestige. . . . —et une enfilade d'autres arguments de même ordre.

Mais, pourtant, le Barreau a un bureau central d'examineurs, la Chambre des notaires aussi, exactement ce que nous

demandons, et nous respectons quand même les Universités. Si nous demandons à nous mettre sur le même pied que les autres professions libérales dans cette province, ce n'est pas par caprice, ce n'est pas par jalousie de caste, ce n'est pas même pour réclamer ce que notre dignité de représentants de la profession aurait droit d'exiger; c'est simplement pour agrandir notre champ d'action sous le soleil, c'est tout tristement pour permettre à quelques-uns des nôtres, que notre encombrement étouffe, de gagner le pain de leur famille.

L'on dirait que le corps universitaire forme dans l'ordre intellectuel, une espèce d'aristocratie; et vous savez par l'histoire de la féodalité, par celle plus contemporaine de l'autocratie aristocratique russe, en un mot, par les biographies de toutes les aristocraties, combien ces castes sont chatouilleuses sur le point des privilèges. Et si l'on songe que cette espèce d'aristocratie intellectuelle est à base théocratique, l'on comprendra quelle somme de travail, d'énergie il faut, pour faire évoluer un semblable monument. L'expérience est là, qui nous prouve que, en général, ces corporations, après avoir atteint un certain sommet, une certaine apogée, tendent à se figer dans un "statu quo", dans une léthargie, dans une immobilité dédaigneuse. Il a toujours fallu l'effort du peuple, l'énergie de la démocratie pour faire partir cette machine lorsqu'elle s'est enlisée; ou pour la briser lorsqu'elle fait trop obstacle. Eh bien! nous, les membres de la profession, nous, vos mandataires, représentons cette force démocratique, et soyez sûr que nous réussirons; mais pour cela nous comptons sur l'appui moral de chacun de vous, et surtout, sur l'union commune de toutes nos Associations.

Les Sociétés médicales qui germent et poussent actuellement dans notre province avec tant de vigueur, sont les forces de l'avenir.

Lorsque le temps sera venu, il faudra que chaque membre de nos syndicats emploie son influence auprès de la députation, pour faire accepter par la Législature nos légitimes réclamations.

Je rappellerai ici à la mémoire des membres du comité de Législation, dont j'ai donné les noms plus haut, une motion que vous pourrez trouver dans le rapport du Collège, assemblée des 28 et 29 septembre 1904, page 54: "M. le Dr Laurendeau présente une motion, renfermant les principales réformes que

“ cherche à opérer ce Bureau, et tendant à les faire accepter par
 “ les candidats politiques aux prochaines élections provinciales et
 “ fédérales, sans distinction de parti. A la suggestion de M. le
 “ président, on remet au comité de Législation le soin d'étudier
 “ cette question ”. . . . Si une lutte allait s'engager, je souhaite
 que le comité de Législation songe à utiliser l'arme que nous
 lui avons offerte en septembre 1904. Mais je ne puis dissimuler
 toute l'amertume qu'il y aurait dans cette lutte; ce serait une
 lutte de famille; quelque chose comme une rébellion des enfants
 contre leur mère, des intelligences contre leur Alma Mater,
 pour se libérer d'un assujettissement quelque peu féodal.

Espérons encore, malgré les apparences, que nous pourrons
 éviter ces “ *littes stériles, fratricides* ”, comme disait l'un de nos
 derniers politiques canadiens éminent, maintenant couché dans
 l'histoire; souhaitons que nos Universités, celles surtout qui
 nous tiennent le plus au cœur, celles qui synthétisent nos aspira-
 tions, notre langue, notre race en un mot, souhaitons, dis-je,
 qu'elles emploient leur énergie à améliorer, à parfaire l'œuvre,
 la mission qu'elles se sont imposée.

* * *

Il y a tant à faire chez elles, pour se hausser au niveau de la
 plupart des autres institutions contemporaines analogues.

Ce n'est pas sans étonnement, et je vous dis ceci, Messieurs,
 un peu dans l'intimité, que j'ai appris que nos facultés de mé-
 decine françaises n'enseignaient pas la pathologie générale; qu'il
 en est de même de la physique biologique, de la chimie biolo-
 gique, de la physiologie expérimentale, de la clinique des mala-
 dies infectieuses, nerveuses, vénériennes, infantiles, de la der-
 matologie, des maladies des voies urinaires, et de quelques au-
 tres matières de moindre importance. N'est-ce pas qu'elles ont
 un vaste champ dans leur domaine où utiliser leur énergie?

Et sous le rapport de la régie interne, il y aurait aussi beau-
 coup à faire: je me suis toujours demandé pourquoi les profes-
 seurs titulaires hors d'âge, invalides, ou notoirement incompé-
 tents, reçoivent-ils toujours leur \$1200.00 par an. N'est-ce pas
 là une injustice criante pour les agrégés qui, eux, ne touchent
 rien pour la plupart?

A ce sujet, malgré les répugnances que l'on éprouve en cer-
 tains quartiers contre l'enseignement universitaire de Paris,

Lyon, etc., l'on devrait ici, à l'exemple de ces admirables institutions, décréter qu'à tel âge, tout professeur devra prendre sa retraite; ou, comme l'on fait des officiers dans l'armée: expédier les vieillards dans les cadres de réserve. Je ne demande pas de chloroformer les anciens, mais de grâce, qu'ils fassent place aux jeunes, aux actifs, aux travailleurs.

* * *

Ce qui m'a le plus étonné, dans ce conflit d'intérêts d'un côté, d'amour-propre, de faux-orgueil de l'autre: c'est une suggestion de M. le Dr Brochu, dont l'origine remonte sans doute à M. le Recteur de Québec. Après avoir exagéré les sacrifices que nous réclamions de la part des Universités, M. le vice-président ajouta: "M. le Recteur de l'Université Laval, à Québec, croit que l'on peut organiser un Bureau central d'examineurs, sans faire faire abandon aux Universités de leurs privilèges". Quant aux moyens d'établir ce *mode de vivre*, M. le Recteur ne nous les fit pas savoir; c'était un peu vague.

A l'issue de la séance, j'eus occasion d'en causer avec M. le Dr Brochu qui me dit: "Rien de plus simple; il suffira que notre Bureau dispose de deux licences, dont l'une sera la licence actuelle; et l'autre, après examens *ad hoc*, servira aux échanges interprovinciaux."

Si non e vero bene trovare, n'est-ce pas? Voyez-vous d'ici, le confrère qui, après avoir peiné cinq, dix, ou quinze ans, s'en va devant le comité des créances, subir un examen théorique pour décrocher sa licence No 2; surtout si cet examen est sérieux? Mais si cet examen n'était qu'un leurre, une farce, une clef pour nous ouvrir les portes interprovinciales, serions-nous assez naïfs pour supposer qu'Ontario, par exemple, mettrait avec déférence cette clef aux mains de notre Bureau? Vous répondrez peut-être encore comme M. le Dr Brochu: "C'est bien simple: que tous les étudiants, à leur sortie de l'Université, subissent cet examen devant le Bureau central...." Et voilà comment je trouve moi, que plus c'est simple, plus ça se complique. Mais si tous nos étudiants sont obligés, à l'avenir, de subir cet examen devant le Bureau, pourquoi les charger de deux licences au lieu d'une? Leurs connaissances, leurs lumières seront-elles en proportion du nombre de licences que nous leur décernerons? Oh! si c'était un moyen d'en imposer aux gens du Haut-Canada!

Je ne sais qui pourrait réclamer la paternité d'un tel projet de M. le Recteur, ou de notre vice-président; mais je sais, que ce dernier mettait toute la chaleur d'un père, à défendre cette conception. Aussi, je crains que M. le Dr Brochu, qui est certainement une personnalité marquante, qui est sans doute le candidat futur à la succession de M. le Dr E. P. Lachapelle, vu les déclarations de ce dernier, lors de nos élections de 1904, je crains, dis-je, que M. le Dr Brochu ne s'aliène une grande partie des membres du Bureau.

Il nous faut à notre tête, un homme entièrement dévoué aux intérêts du Collège, et à l'abri de tout soupçon.

* * *

L'état d'âme de l'Université McGill ne diffère pas sensiblement de l'état d'âme de l'Université Laval. Toutefois, son représentant, M. le Dr Roddick, en politicien consommé, a su y mettre une variante et des formes.

“ Tout d'abord, il faudrait se renseigner et savoir si la création de ce Bureau central d'examineurs rencontrerait les vœux d'Ontario ”; puis, M. le délégué du McGill prévoit encore beaucoup d'autres objections. Il aurait été bien préférable d'accepter son bill, le fameux bill, qui porte son nom, que vous connaissez tous. Et l'orateur s'étend complaisamment sur les mérites de ce projet de loi que nous avons obstinément combattu à la barre de la Chambre et au Sénat. M. le Dr Roddick jeta un pleur sur ses déceptions, puis nous développa les vœux de l'Université McGill; mais le tout était enveloppé d'un épais brouillard.

Je croyais pourtant que ce projet de loi Roddick, qui voulait la création d'un Bureau central d'examineurs pour tout le Canada, et centralisait tous les pouvoirs délégués à nos Bureaux provinciaux, était caduc, mort et enterré; mais il est, je suppose, de ces morts qu'il faut tuer deux fois. Les arguments que nous avons invoqués pour faire objection au susdit bill ont été bien ressassés; n'empêche que nous allons y mettre ordre encore une fois.

Les motifs qui, il y a près de quarante ans, ont empêché les Pères de notre Confédération de centraliser tous pouvoirs entre les mains d'un gouvernement unique, sont les mêmes qui nous font objecter à un Bureau central unique. Nous nous objectons

à la fusion de tous nos Bureaux locaux, comme nous nous sommes opposés à l'union de nos Législatures. En un mot, et pour parler net, nous voulons, nous, Canadiens-français, contrôler nos affaires professionnelles, dans la province de Québec, où nous sommes la majorité.

En remontant quelque peu dans notre histoire, nous pourrions trouver certaines pages écrites avec notre sang, et ce sang témoigne des efforts de nos ancêtres pour arracher à l'An, cette terre cette constitution, dont le fondement est le particularisme. Que diraient Chénier et tous nos autres martyrs politiques, si nous allions de gaieté de cœur, faire abandon de ces privilèges qu'ils ont enlevés de haute lutte?

Non, Messieurs, nous ne consentirons jamais à abandonner une parcelle des droits que la loi a conférés au Bureau qui représente la profession dans notre province. Quant au doute que M. le délégué de McGill manifeste au sujet des intentions, ou des dispositions du Bureau d'Ontario, l'extrait des statuts de la province-sœur, que je vous citais lors de notre dernière réunion, me semble pourtant bien explicite. Si je comprends le sens de ce Statut, cela veut dire que : dès que nous aurons créé un Bureau central d'examineurs analogue à celui créé par cet Acte; et dès que notre curriculum d'études médicales sera adéquate à celui établi dans Ontario, le bureau de cette dernière province sera prêt à faire échange de licences avec toutes les autres sections du pays. Voilà qui me paraît clair.

Je ne blâme pas la province supérieure d'en agir ainsi; exiger l'équivalence des études médicales, de la valeur scientifique des sujets,—ce n'est que justice; et pour atteindre ce but, uniformiser les voies et moyens,—ce n'est que raisonnable. Il s'agit simplement de nous hausser au niveau d'Ontario.

Pour résumer : McGill, dont les opinions reflètent sans doute celles de son représentant, aimerait mieux tout unifier, ce qui veut peut-être dire, tout anglifier par un bill Roddick; mais ne veut pas prendre de position, pour le moment du moins, quant à notre projet de création d'un Bureau central d'examineurs pour la province.

Laval de Montréal, où l'on est un peu plus laïcisé qu'à Québec, ne voit pas la chose d'un trop mauvais œil.

Mais Laval de Québec, qui, en fait d'institution, représente peut-être le plus pur type théocratique féodal que nous ayons

en Amérique, refuse de concéder la plus petite parcelle de ses privilèges.

Tel est, Messieurs, l'état d'âme de nos Universités.

Un petit incident qui m'a amusé, pour en finir avec cette causerie, déjà un peu longue.

A un moment donné, M. le Président nous annonce que les lois anglaises avaient été amendées de façon à permettre au Bureau médical anglais de faire échange de licences avec nos Bureaux provinciaux. Il appert qu'auparavant, le Bureau britannique ne pouvait faire ces échanges aux termes de la loi qu'avec les colonies anglaises; et si le Canada est une colonie anglaise, la province de Québec ne l'est pas. C'est là, du moins, ce que j'ai compris de la discussion oiseuse qui s'ensuivit. De plus, pour bénéficier de cette générosité de l'Angleterre, il faudra la mettre en demeure par le gouvernement de Québec qui, seul, a qualité à cet effet.

Ça sent un peu la diplomatie, n'est-ce pas? Mais l'effet, fût-il minime, que ça en impose de faire mouvoir une grosse machine comme un gouvernement, n'est-ce pas?

Après de longs applaudissements, l'un des membres du Bureau propose de faire auprès du gouvernement local, et sans délais, les démarches nécessaires, etc... Je croyais que ça passerait comme un oiseau dans l'air. Mais nenni! voici qu'un confrère, dont l'air reflète la bonne foi, insinue que ce serait bien plus beau, bien plus digne, de commencer par organiser notre Bureau d'examineurs provincial, d'allonger le curriculum de nos études médicales, de relever en un mot notre niveau professionnel; et puis, ensuite, nous pourrions dire à l'Angleterre: "Change pour change, notre valeur vaut la vôtre". Ces procédés pourraient peut-être nous éviter des humiliations; mais un certain clan de notre assemblée ne l'entendait pas de cette oreille. Y songez-vous? Dans les circonstances, garder le silence, ne fût-ce que temporairement, serait une insulte pour la plus Grande-Bretagne. Je vous réponds que, sur cette musique-là, les langues travaillaient. Imaginez les avantages que nous pourrions obtenir, par ceux que nous avons perdus: durant la guerre des Boërs, pas un médecin, pas un chirurgien canadien n'a eu la chance, le bonheur d'aller se faire casser quelque chose dans l'Afrique du Sud, parce que l'Angleterre ne pouvait pas reconnaître nos licences, etc., etc., et cela m'amusait

de voir messieurs les Anglais qui, tous ou à peu près, avaient mis des bois dans les roues lorsqu'il s'était agi des réformes importantes proposées plus haut, s'unir dans un effort, dans un orgueil commun, pour défendre ce qu'ils croyaient leurs droits.

Dans l'espoir de concilier les esprits qui s'échauffaient par des chocs répétés, un monsieur. . . . si je ne me trompe, il me semble qu'il fait partie du corps enseignant de Laval, à Québec,—mais ne soyons pas indiscrets,—disons, un monsieur quelconque, eut une idée que je ne puis qualifier de géniale; mais, au moins, cette idée dénotait un bon cœur, si l'on n'en peut dire autant de la tête. "Je propose donc", dit-il et très sérieusement, "que la province de Québec soit reconnue comme colonie, et que copie de cette résolution soit envoyée aux divers gouvernements". Nous avons eu bien du mal à lui faire comprendre que sa proposition n'était pas tout à fait ce qu'il y avait de mieux pour le moment; et en face de l'insistance unanime des deux factions, il consentit à laisser perdre le jour à ce bijou d'artifice.

Et voilà de nouveau les deux groupes ennemis face à face, s'épiaient de l'œil, cherchant le point faible par où attaquer l'adversaire. Il me prenait envie de crier ces mots historiques, qui avaient eu le don de faire surgir de si grosses bouffées d'orgueil dans mon cerveau de collégien, et d'évoquer de si délicieuses images dans mon imagination de quinze ans: "Mais tirez donc les premiers, Messieurs les Anglais."

Tout ce grand bruit finit comme cela devait finir. Nous ajournons toutes ces questions à la séance prochaine; nous nous serrons les mains les uns les autres, il n'y a plus ni Anglais ni Français, il n'y a que des confrères médecins. Le rideau tombe, et chacun retourne dans ses pénates, s'atteler à la roue quotidienne.

ASSOCIATION MÉDICALE DE WOLFE

A Saint-Camille, chez le secrétaire-trésorier, le 19 décembre 1905, réunion des membres de l'Association médicale du comté de Wolfe.

Présents: MM. les docteurs Thibault, Wotton; Chicoine, Disraëli; Lemieux, Weedon; Delisle, Windsor; Gravel, Wotton; Dupont, Garthby; Belcourt, Saint-Adolphe; Pelletier, Saint-Camille.

On s'est occupé du tarif des expertises médicales, des compagnies d'assurance, et local. Il y a eu motions et sous-motions à ces effets.

M. le Dr Chicoine a donné une histoire comparative de vingt-cinq cas de fièvre typhoïde: cause, traitements, effets; spécialement chez 3 femmes grosses avortement.

Le Dr Pelletier parle ensuite de neuf cas de fièvre typhoïde qu'il traite actuellement dans la même maison.

Tous les membres prirent part active à la discussion, et chacun mit son expérience au jeu.

Le secrétaire présente ensuite un cas de pratique et quelques lettres de plusieurs associations médicales.

MM. les Drs Thibault et Lemieux prépareront des travaux scientifiques, à leur choix, pour la prochaine séance, à Disraëli, chez le Dr Chicoine, président.

Antonio Pelletier,

23 décembre 1905.

Sec.trés., Ass. méd. Co. Wolfe.

A TRAVERS LE MONDE

Etats-Unis d'Amérique.—La collection anatomique de l'Université de Pensylvanie a été récemment détruite par un incendie. Les pertes sont évaluées à 750,000 francs.

—Les vieux hôpitaux de la marine américaine vont être reconstruits. On a commencé par l'hôpital de Norfolk (Virginie). Les nouveaux bâtiments pourroient contenir 250 malades; en temps de guerre ce nombre pourra être facilement porté à 500.

Canada.—Le prochain Congrès annuel de l'Association médicale britannique se tiendra en Août 1906, à Toronto, sous la présidence de M. Reeve, doyen de la Faculté de médecine de cette ville.

Angleterre.—M. W. F. Barret a imaginé un appareil nouveau qu'il appelle entoptoscope, et qui est une nouvelle forme d'ophthalmoscope; il vient de le présenter à la dernière exposition de la Société royale de Londres. Cet appareil est destiné à permettre l'examen personnel de l'œil, grâce à la vision par un trou

d'épingle fait dans une feuille de métal. Quand l'appareil est éclairé, des ombres très vives, très accusées, de tout objet opaque ou à moitié opaque, qui se trouve sur le chemin des rayons lumineux, sont projetées sur la rétine. On peut donc suivre ainsi les progrès d'une cataracte.

—Les conseillers municipaux de Paris, dans leur récent voyage à Londres, ont pu s'assurer que l'eau distribuée dans cette ville pour boire est de l'eau puisée dans la Tamise et filtrée. Ce service était effectué autrefois par huit compagnies diverses ; mais depuis 1902, il est assuré directement par la ville de Londres elle-même. L'eau est d'abord emmagasinée dans 59 réservoirs, puis filtrée et envoyée dans deux immenses bassins, où l'on puise chaque semaine pour la population de Londres, un volume de 1,150,000 mètres cubes. Le rachat de tous les privilèges et des diverses installations a coûté à la ville de Londres la somme de 1,200 millions de francs.

Paris.—Création d'une nouvelle chaire.—Le Conseil de la Faculté vient d'émettre un avis favorable à la création d'une chaire de thérapeutique appliquée.

Cette chaire serait fondée grâce à l'attribution, par un bienfaiteur américain, d'une somme de 400,000 francs.

La laïcisation de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Saint-Louis.—

Dans sa dernière séance, le Conseil municipal de Paris a voté le projet de délibération suivant :

Le directeur de l'Assistance publique est invité à remplacer les sœurs de l'Hôtel-Dieu et de Saint-Louis par des surveillantes laïques, dans le délai de trois mois, à dater de la promulgation du décret à intervenir.

En aucun cas, les religieuses Augustines ne seront admises à continuer leur service sous un costume laïque.

La nouvelle chaire de la Faculté de médecine.—Le conseil de l'Université de Paris réuni à la Sorbonne, en séance extraordinaire, sous la présidence de M. L. Liard, vice-recteur, a accepté à l'unanimité la donation faite par M. le duc de Loubat, pour la création de la chaire de clinique thérapeutique à la Faculté

de médecine, à laquelle l'assemblée de la Faculté a donné un avis favorable.

La statistique des applications de forceps à la clinique Baudeloque.—Sur un nombre total de 29,000 accouchements, le forceps fut employé 869 fois, soit une fréquence de 0,29 pour 100. Pour le pronostic concernant la mère, on a noté 15,34 pour 100 de cas de morbidité et 43,95 pour 100 d'accidents, déchirures ou autres.

Pour les enfants, on enregistre 11,04 pour 100 de morts apparentes, et 26,58 pour 100 d'accidents ayant suivi leur extraction par le forceps; la mortalité pour les mères s'élève à 0,29 pour 100, celles des enfants à 16,16 pour 100.

L'alcoolisme et la statistique.—Extrait d'une statistique allemande sur l'alcoolisme:

De 380 crimes et délits commis dans l'espace d'une semaine, une observation a donné la répartition suivante:

165, soit 43 p. 100, ont été commis le dimanche.

68, soit 18,1 p. 100, ont été commis le lundi.

62, soit 16,3 p. 100, ont été commis le samedi.

Et 85, soit 22,6 p. 100, ont été commis pendant les quatre autres jours de la semaine.

Autre observation: Sur un total de 261 délits (coups et blessures), ont été relevés:

124, soit 47 p. 100, le dimanche.

54, soit 20 p. 100, le lundi.

20, soit 8 p. 100, le samedi.

Et 63, soit 25 p. 100, pendant les quatre autres jours de la semaine.

À noter que sur ces 261 délits, 196, soit les trois quarts, furent commis dans des cafés ou auberges après 6 heures du soir, c'est-à-dire, incontestablement, sous l'influence de la boisson.

“Le troisième Congrès international d'Electrobiologie et de Radiologie médicale qui, pour des raisons particulières, n'a pu avoir lieu, à Amsterdam, en 1905, se tiendra à Milan (Italie), du 5 au 9 septembre 1906. Un avis ultérieur en fixera les conditions.”