

## A NOS LECTEURS

---

L'administration du *Bulletin Médical* est heureuse d'annoncer à ses lecteurs que grâce à un nouveau système d'organisation le journal comportera à l'avenir un plus grand nombre d'articles originaux, touchant tous les sujets de pratique et susceptibles d'intéresser nos confrères. De plus, comme on le constatera dans ce numéro, on y reproduira aussi souvent que possible des notes de clinique médicale et chirurgicale, notes prises à la leçon clinique du professeur et servant à mettre facilement au point une question importante de médecine clinique.

Sous différentes rubriques, et dans une forme concise, chaque numéro contiendra de plus des notes de pratique touchant aux principaux sujets: Hygiène, pédiatrie, médecine, thérapeutique, diagnostic chirurgical, ophtalmologie du praticien. A ceci s'ajoutera chaque mois une Revue des Journaux et des nouvelles intéressant la profession.

Nous croyons pouvoir promettre à nos lecteurs, un journal qui les tiendra régulièrement au courant du mouvement médical et leur fournira largement des connaissances pratiques sur les

---

**INFECTIONS ET TOUTES  
SEPTICEMIES**

(Académie des Sciences et Société  
des Hôpitaux du 22 décembre  
1911.)

**LABORATOIRE COUTURIEUX**  
18. Avenue Hoche - Paris

**Traitement LANTOL**  
— PAR LE —

**Rhodium B. Colloidal**  
électrique

**Ampoules de 3 cm'**

---

petits faits de la clientèle, connaissances qui doivent chaque jour nous être remises en mémoire.

---

Nos abonnés voudront bien nous faire parvenir le montant de l'abonnement à notre journal, sans attendre qu'on leur en fasse directement la demande. Le coût d'impression étant actuellement très élevé, ils nous rendraient par là un grand service et nous éviteraient de nouveaux frais. Adresser les mandats au Docteur J. Vaillancourt, 46 rue St-Louis, Québec.

---

:o:



## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### UN CARDIAQUE ET SES COMPLICATIONS

Clinique de M. le Professeur A. Rousseau,  
réédigée par J. H. Laliberté, M. D.

---

Depuis la publication de notre *Bulletin Médical*, c'est la première fois, chers confrères, que nous vous présentons, dans un cadre nouveau, " la leçon clinique ", l'observation d'un malade du cœur et de ses complications. Certes il n'est pas de médecin qui n'ait déjà rencontré, soit dans sa vie d'étudiant, soit au cours de sa pratique médicale, un malheureux souffrant du cœur. Mais comme on l'a dit avec raison, il n'y a pas de maladie mais des malades, et tous les cardiaques ne se ressemblent pas. Le cas que nous relatons ci-après illustre bien cet énoncé.

Néanmoins, ce n'est pas là tout l'intérêt de l'article. Nous désirons, par cette initiative nouvelle, rappeler chez les anciens, les souvenirs agréables et utiles des cliniques d'antan. Nous voulons encore par là, graver dans l'esprit de la jeunesse étudiante, l'importance du " sens clinique " : c'est-à-dire cette habitude de lire sur le visage des patients la gravité de leur affection; d'apprécier les qualités du pouls; d'interroger les appareils et les fonctions; de discerner dans les symptômes ceux qui occupent le premier rang de ceux qui sont de gravité moindre, enfin de poursuivre avec intérêt la marche de la maladie. Ces observations médicales sont pour nous tous, des exemples écrits, où nous profiterons, espérons-le de la leçon instructive et de l'expérience consommée de nos maîtres les plus en vue.

Mais avant d'exposer aussi exactement que possible la leçon

clinique de notre maître distingué M. le Docteur A. Rousseau, il est bon, croyons-nous, d'écrire rapidement l'histoire pathologique que notre cardiaque a vécue depuis l'apparition chez lui des troubles morbides, jusqu'à l'époque où il s'est présenté à nous. D'ailleurs l'intelligence parfaite de cette leçon clinique et l'intérêt qu'il y a toujours à connaître la marche de toute maladie nous y autorisent pleinement.

Notre malade est âgé de 51 ans. Il est venu à l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang pour obtenir la guérison ou le soulagement tout au moins, d'une dyspnée et d'une lassitude incessantes, dont il souffre depuis environ trois ans. Cependant, depuis longtemps déjà, il se plaignait de palpitations du cœur et d'oppression survenant à l'occasion d'une marche ou d'un travail même ordinaires. A plus forte raison, le fait de monter un escalier, ou de gravir une côte l'épuisait-il! Malheureusement, n'observant aucun hygiène, il se moque toujours de ces malaises qui étaient chez lui un avertissement précoce de la lésion néfaste installée graduellement dans son cœur. Mais ces manifestations pathologiques qu'il méprisait encore hier l'inquiètent et le terrassent aujourd'hui.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Son histoire personnelle est la suivante. Jusqu'à l'âge de 21 ans il n'eut qu'à se glorifier d'une santé excellente. Il échangea alors son titre de rhétoricien contre celui de commis dans la nouveauté. Dès cette époque, il s'adonna à l'intempérance alcoolique qui devint chez lui une habitude puis une passion. La vente de boissons enivrantes avait, plus tard, rempli sa bourse, cependant que son organisme peinait sous le coup de l'intoxication progressive. Gros et *rougeaud*, l'abdomen proéminent, tout comme les gens de son métier, il évitait le moindre déplacement pour se parer contre l'oppression pénible qui s'en suivait. La prospérité matérielle et ses habitudes perverses le conduisirent au



jeu d'argent qui le ruina complètement d'ailleurs il y a 3 ans. Ce revers de fortune lui fut fatal. Épouvanté du désastre, en face de la loi inexorable du travail qui s'imposait; ne dormant ni le jour ni la nuit, mengeant à peine; tout cela fit une large brèche à sa santé déjà atteinte. Alors seulement, il réalisa, avec détresse son état physique déchéant. De ce fait, à partir de ce temps, ce surménagement moral, le travail quotidien auquel il était inaccoutumé, accéléra la marche des lésions organiques. Dyspnée d'effort de plus en plus accentuée, troubles digestifs, de la vue et de l'ouïe; maux de tête, épitaxis répétés; inaptitude au labeur de chaque jour, angoisses morales: tout son organisme fut douloureusement ébranlé. Voilà l'état où il se trouvait quand il vint consulter en novembre.

Il est intéressant, pour compléter l'histoire de notre malade, de décrire à grands traits, sa constitution médicale d'alors. Pour le *système circulatoire*: souffle mitral net, pouls relativement bon, tension artérielle variant de 120 millimètres au minimum à 165 au maximum. Quant au poumon, on y décelait des râles sous-crépitants siégeant aux deux bases; expectoration visqueuse parfois rosée, et une respiration variant de 25 à 30 par minute. *Le foie* était gros et douloureux à la pression.

*Pour ce qui est du rein*, on remarquait une diminution de la quantité d'urine émise accompagnée de traces d'albumine; insomnie, maux de tête, inappétence, constipation tenaient lieu de troubles accessoires. La direction médicale du temps soumit le malade au régime lacté et stimula sa diurèse, et au milieu de décembre il était assez bien pour regagner son foyer avec instruction de suivre un régime de vie soigné. Malheureusement, obligé de subvenir à sa subsistance, mangeant ce qui lui tombait sous la dent, souffrant même du froid: toutes ces conditions malsaines froissèrent la susceptibilité de son état chancelant. Aussi dès le 6 janvier 1919, il entra de nouveau à l'Hôtel-Dieu dans le service

du Docteur Rousseau, pour les mêmes raisons mais plus impérieuses qu'à sa première entrée. Le chef du service le mit au régime lacté exclusif. Le malade se relevait déjà quand le 12 et le 14 survinrent les complications que nous allons connaître par l'intéressante leçon clinique qui suit.

---

LA "LEÇON CLINIQUE"

Messieurs,

Au moment même où nous voyons le malade nous sommes cliniquement en présence d'une hémiplegie droite avec abolition des réflexes tendineux et légères altérations des sensibilités superficielles du même côté. Cet accident pathologique est accompagné d'un trouble pulmonaire droit très accentué. Voilà ce qui surtout, doit fixer notre attention ce matin. En effet, en clinique, il faut toujours envisager avec soin la lésion dominante actuelle. Mais pour procéder avec ordre, considérons immédiatement les raisons qui nous amènent ce malade.

Comme vous le savez déjà, notre patient est entré à l'Hôtel-Dieu en se plaignant de dyspnée, de fatigue, de dépression générale qu'un rien exaspère. *Où réside la cause de ces malaises?* Nous apprenons par les anamnèses, que l'individu souffre de cette dyspnée progressive depuis longtemps. Il n'a jamais été victime d'aucune phlegmasie pulmonaire, ni de pleurésie. L'exploration la plus attentive ne décèle aucun obstacle dans l'arbre respiratoire supérieur ou dans son voisinage. Nous verrons tantôt que le poumon souffre passivement. Dès lors, quelle est la cause première et originelle de ce trouble respiratoire? *Devons-nous accuser le cœur, ou le rein, ou le foie?* Notre malade n'a pas un passé hépatique ni rénal. Par élimination nous en arrivons au cœur.



D'ailleurs, il est un détail dans l'histoire de la maladie qui a ici toute son importance. Cet homme a eu des palpitations cardiaques qui ont précédé d'abord, puis accompagné l'apparition de la dyspnée. Il est donc logique de supposer que son cœur a été atteint avant son poumon.

Mais avant d'aborder l'exploration fonctionnelle de cet organe, le cœur, cherchons à reconnaître son état physique, et principalement son volume, son siège précis, dans le thorax. Et ici j'ouvre une parenthèse. Je ne saurais trop insister sur la valeur prépondérante de la percussion. C'est par la percussion bien faite, en procédant des zones sonores aux zones mates, selon la méthode de M. Potain, que vous obtiendrez la notion importante d'un cœur de volume normal, d'un cœur hypertrophié ou dilaté, ou d'un cœur ectopié. Je le répète, cette méthode d'exploration physique est des plus indispensables pour le cœur. Car par cette seule recherche, vous pouvez déjà affirmer qu'un cœur est en souffrance ou non.

Allons maintenant au cœur avec ordre. L'inspection ne nous révèle ici rien de particulier : pas de voussure ou de dépression précordiales.

La palpation nous renseigne sur le siège du choc de la pointe. Ce cœur bat dans le cinquième espace intercostal gauche sur le prolongement de la ligne mamelonnaire ; donc très peu à gauche de sa limite habituelle. Remarquons cela tout de même. De plus, en appliquant légèrement la main bien à plat sur la région précordiale, vous constaterez une sensation de vibrations spéciales et qui est le frémissement cataire. Ce procédé indique déjà un trouble marqué de la circulation intra-cardiaque et que nous spécifierons par l'auscultation.

Poursuivant toujours notre étude, nous retrouvons ici l'importante percussion. Avec elle nous confirmons d'une façon indiscutable que la pointe du cœur bat bien dans le 5ième espace inter-

costal gauche et sous le mamelon. Elle localise la base du cœur derrière les troisièmes côtes droite et gauche. Si nous percutons dans le sens transversal et de droite à gauche nous réperons le bord droit du cœur à plus de deux travers de doigt en dehors du sternum. La limite gauche est sensiblement normale. Et donc, nous pouvons énoncer de suite que le cœur droit est augmenté de volume par dilatation ou par hypertrophie. Mais comme habituellement le ventricule et l'oreillette de ce côté s'hypertrophient peu et se dilatent plus facilement en raison de leur structure, il est naturel de croire plutôt à la première hypothèse. Quoiqu'il en soit, le fait à retenir est le suivant : cœur droit augmenté de volume, du côté de l'oreillette plutôt que du ventricule.

Maintenant voyons quels renseignements nous fournit l'auscultation. A la pointe, vous percevez un souffle au premier temps et qui s'entend encore si l'on fait arrêter la respiration du malade. Les modifications d'attitude du thorax ne le font point disparaître. Donc, c'est un souffle organique. Intense et rude, il se propage vers l'aisselle jusqu'en arrière entre les deux épaules. Il tient à l'insuffisance de la valvule mitrale. Rien d'anormal aux autres orifices. En résumé donc : cœur droit augmenté de volume et insuffisance mitrale.

Poussons nos recherches sur le système circulatoire périphérique et nous verrons que le pouls radial est petit mais régulier. Ce fait concorde bien avec la lésion mitrale puisqu'une partie seulement de l'ondée sanguine lancée par le cœur gauche, parvient à la périphérie. L'autre partie reflue dans le territoire de la petite circulation. La tension artérielle oscille entre 105 millimètres au minimum et 155 au maximum. Si nous comparons ce résultat à celui de novembre, nous avons à noter une baisse de cette tension. C'est déjà une présomption que le cœur a perdu un peu de sa vigueur depuis lors. Et nous en avons fini avec le système circulatoire, pour le moment du moins.



Maintenant, Messieurs, interrogeons si vous le voulez bien, l'état physique du poumon et sa valeur fonctionnelle. Passons de suite à la palpation en négligeant l'inspection qui n'offre pas d'intérêt ici. Notons cependant que les mouvements du thorax sont peu étendus, mais en revanche assez rapides. Si vous faites parler le sujet à voix haute pendant que vous appliquez la main bien à plat, sans y mettre de pression, sur la région des deux bases, vous percevrez une augmentation des vibrations tactiles. En outre vous remarquerez que ce phénomène est plus intense du côté droit et comprend toute la moitié inférieure du poumon homonyme. Nous pouvons conclure qu'il y a là un état anatomique morbide qui augmente la conductibilité à la voix.

*Et la percussion?* Aussi importante ici que pour le cœur, elle corrobore les données de la palpation: sub-matité de la base gauche, matité absolue de la moitié inférieure du poumon droit.

Quelle sera la réponse de l'auscultation? L'oreille placée à la base gauche enrégistre dans les centres auditifs un mélange de murmures vésiculaires affaiblis, incomplets, et de gros râles sous-crépitants perçus à la fin de l'inspiration et au début de l'expiration. Voyons par comparaison la moitié inférieure droite. Mêmes bruits ici, mais à un degré plus intense dans une région très étendue. En outre, remarquez-le bien, messieurs, la respiration est soufflante au niveau de la matité absolue. Promenez l'oreille dans le reste des poumons pour y entendre des sibilances et des râles muqueux, disséminés ça et là. Ainsi donc l'exploration physique du poumon est chargée de notions intéressantes. Retenez bien la différence des symptômes que présentent chacun des deux poumons; nous y reviendrons dans un instant. Nous avons traité la question dyspnée, et le faible mouvement d'expansion et de retrait qui anime le thorax. Nous expliquerons ces symptômes en parlant des complications.

L'expectoration de notre patient mérite que nous en signalions

les caractères. De visqueuse qu'elle était dans les premiers jours, elle est devenue subitement sanglante et aérée, plus tard sanguinolente et gommeuse.

Voilà rapidement esquissée la situation du poumon moins l'explication complète des signes existants au poumon droit. Nous sommes en mesure d'affirmer par cette vue d'ensemble que cet organe souffre profondément.

Portons de là nos investigations sur le foie. Rien à l'inspection. La palpation rend compte que le bord inférieur de cette glande dépasse le rebord des fausses côtes; que la surface est lisse sans dureté, mais douloureuse dans toute son étendue accessible. La percussion nous démontre que son bord inférieur descend à un travers de doigt en bas du rebord costal droit. Le ventre est ballonné, mais pas d'ascite décelable. Et c'est tout.

Pour ce qui est du rein, signalons une légère diminution dans la quantité d'urine qu'il excrète avec des traces d'albumine.

Eh bien, messieurs, il ne nous reste plus qu'à parler de l'organe noble par excellence: le cerveau. Jusqu'ici rien d'extraordinaire. Mais nous touchons précisément au nœud vital de la leçon en abordant le cerveau. Et ceci nous amène à traiter la deuxième partie de notre schéma clinique: " un cardiaque et ses complications ".

#### COMPLICATIONS

Nous avons dit au commencement, qu'en clinique il fallait voir chez notre malade une hémiplegie droite et un trouble pulmonaire droit très accentué, parce que ses complications ont pris le pas sur la gravité des autres manifestations pathologiques. Nous prononçons à dessein le mot " complications " pour exclure toute idée qui nous viendrait de croire à la coexistence de maladies indépendantes. Nous justifierons bientôt la véracité et la justesse de ce terme.



Le 6 janvier 1919 à son arrivée dans notre service, le malade fut mis au régime lacté absolu et tenu sous observation. Il s'améliorait peu à peu quand le 12 janvier au matin, il fut atteint subitement d'une violente céphalalgie frontale gauche. Quelques instants après, il ressentit un fourmillement et un engourdissement désagréables dans les doigts de la main droite et qui gagna peu à peu tout le membre supérieur. Il voulut agiter ses doigts pour modifier ces sensations étranges; à sa grande surprise les doigts n'obéirent au commandement de la volonté qu'avec une lourdeur et une lenteur inaccoutumées. Même paresse dans la flexion de son avant-bras sur le bras et dans les mouvements de l'épaule droite toujours. Il mit toutes ses énergies à vaincre ces désordres, mais peine inutile. Et pendant que son membre supérieur concentrait toute son attention, une dysesthésie identique envahit son côté droit puis son membre inférieur droit. Cette fois, se dit-il, il arrêterait du coup ces fâcheux incidents. Il chercha à fléchir sa jambe sur sa cuisse; mais hélas! ce membre tout entier, était devenu masse de plomb. Il jeta le cri de détresse à notre interne qui venait à peine de le quitter en assez bon état. "Docteur", "dit-il", "je suis paralysé dans tout mon côté droit". Notre interne constata qu'en effet il était paralysé. Ce que d'ailleurs nous constatâmes une heure après. Ses réflexes tendineux étaient alors considérablement affaiblis. Et tout le temps, le malade se plaignait de céphalalgie au côté gauche. En 24 heures la parésie se changea en paralysie avec abolition des réflexes tendineux du côté droit. En outre, notre interne observa que sa paupière supérieure droite était tombante. Cette perte de tonus du releveur palpébral s'accrut peu à peu. A l'heure actuelle, comme vous le voyez, la moitié supérieure de son globe oculaire est cachée derrière sa paupière. Dans le même temps encore, apparut non pas de l'aphasie, mais de la dysarthrie accompagnée d'une légère déviation de la pointe de la langue, vers le côté paralysé. Ce spectacle clinique

s'était constitué en 48 heures à peine. Aujourd'hui si on élève ses membres au dessus du plan du lit ils retombent flasques, comme vous le voyez.

Cependant remarquez-le bien nous n'avons pas d'hémianesthésie. Notre malade ne se plaint que de paresthésies consistant en sensations spontanées telles qu'engourdissements, picotements ou fourmillements.

Qu'est-il donc survenu? Quelle fut la cause de ce mal de tête, et quelle est sa liaison avec l'hémiplégie qui la suivit de si près, comment expliquer cette paralysie du releveur de la paupière supérieure? A quoi attribuer cette dysarthrie accompagnée de la déviation de la langue du côté hémiplégié? Pourquoi enfin cette paresthésie jusqu'alors inconnue? Ces divers accidents atteignant tous le côté droit, sauf le mal de tête, peuvent-ils avoir entre eux des liens de parenté, en ce sens qu'ils proviennent d'une seule et même cause? Voilà autant de questions à résoudre et que tout bon clinicien doit méditer. Il est impossible de ne pas incriminer une lésion subite dans l'hémisphère cérébral gauche, comme la seule cause génératrice de toutes ces complications. La céphalalgie frontale gauche, brusque autant que violente, l'hémiplégie et les autres troubles paralytiques droits qui l'ont suivi immédiatement en sont la meilleure preuve démonstrative.

*Mais à quel endroit probable siège la lésion cérébrale gauche?* La lésion n'est vraisemblablement pas corticale, car notre malade n'a pas et n'a pas eu d'aphasie. Il est droitier et son hémiplégie gauche n'est accompagnée que de dysarthrie. La lésion siège dans le voisinage ou au niveau de la capsule interne.

*Quelle est ensuite la nature de cette lésion capsulaire?* Et avant cela même, sommes-nous en présence d'une hémiplégie organique ou fonctionnelle.

L'hémiplégie hystérique s'accompagne le plus souvent d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle que nous ne retraçons pas



ici. La flexion combinée de la cuisse et du tronc qu'a présenté dans les débuts notre malade plaide en faveur d'une lésion organique. Est-elle due à un œdème cérébral, à une rupture artérielle par lésion spécifique, ou à une tumeur? L'œdème n'est pas en cause ici, parce qu'il produit une hémiplegie fugace, extrêmement mobile comme lui d'ailleurs. Dans notre cas, au contraire le trouble fonctionnel s'est établi en passant de la parésie subite à la paralysie qui est demeurée la même depuis le 13 janvier. Puis le cœur n'est pas défaillant au point de produire cette stase sanguine aussi accentuée. Nous avons vu que le rein ne pouvait être le facteur premier dans l'histoire de la maladie. Il ne faut pas songer à l'artérite syphilitique: le sujet n'en a été la victime ni par hérédité ni par acquisition personnelle. La tumeur n'évolue pas et ne procède pas aussi brusquement. Faut-il nous arrêter alors à une cause fréquente de l'hémiplegie et qui se nomme l'embolie cérébrale? Cette hypothèse nous paraît vraisemblable, à cause de la soudaineté du début, et des autres caractères paralytiques que nous avons énumérés il y a un instant.

Mais alors d'où vient l'embolus? Il est naturel et logique d'incriminer le cœur. la circulation défectueuse du cœur gauche peut avoir occasionné la formation d'un caillot dans le ventricule ou dans l'oreillette. Ce corps étranger lancé dans le torrent sanguin, est allé se loger dans une artère de calibre inférieur à son volume et a déterminé dans le territoire de ce vaisseau un trouble de nutrition.

Et nous en avons fini pour la complication cérébrale. Revenons à la lésion pulmonaire qui est présentée comme suit:

Deux jours après l'accident hémiplegique, donc le 14 janvier, notre malade accuse, subitement dans la nuit, un point de côté droit siégeant avec prédilection à l'angle inférieur de l'omoplate. De suite il fut terrassé par une toux impérieuse lui arrachant des plaintes formidables. Peu de temps après, vers le matin, ses quin-

tes de toux se terminèrent par une expectoration sanglante aérée pour devenir dans les jours suivants sanguinolente, striée de sang et gommeuse comme celle d'aujourd'hui. Nous ne pouvons pas négliger les phénomènes concomitants de ce trouble subit : nous voulons dire un mot de la température, du pouls et de la respiration. La température qui était de  $97^{\circ}$  le 14 au soir, atteignit  $100 \frac{3}{5}$  le lendemain matin, c'est-à-dire la première journée après l'apparition de ces malaises, et le même soir  $101^{\circ} \frac{4}{5}$ . Le 16 au matin elle baissa à  $101^{\circ}$  pour remonter le soir à  $101 \frac{3}{5}$ .

Aujourd'hui même elle se maintient à  $100^{\circ} \frac{1}{5}$ . On comptait entre  $95^{\circ}$  à  $100^{\circ}$  pulsations radiales par minute avant le 15 janvier. Dès ce jour on eut à enregistrer 115 et même 120.

La respiration, au nombre de 29, monta à 36 le 15 pour osciller ensuite jusqu'à 29 par minute.

Réunissons en faisceau les symptômes suivants : point de côté violent dans le poumon droit, exagération des vibrations tactiles et vocales, matité absolue dans la moitié inférieure droite, respiration accélérée; souffle, râles sous-crépitants, expectoration sanglante puis rouillée, température, etc. Vous avouerez que ce tableau avoisine beaucoup celui de la pneumonie, et cependant nous n'avons pas eu le grand frisson prodromique; l'expectoration de la pneumonie n'apparaît pas avec la précocité ni le caractère sanglant, ni la soudaineté de notre cas. Le souffle qui existe n'est pas un souffle tubaire, car il est moins ouvert, plus faible que ce dernier. Telle n'est pas non plus l'évolution de la broncho-pneumonie. L'œdème pulmonaire sur-aigu provoque aussi des crises dyspnéiques, mais ces crises n'ont pas la durée ni l'expectoration que nous avons ici.

Mais alors à quoi conclure si ce n'est à un accident de même nature que son congénère du cerveau? En effet l'organisation d'un caillot dans la circulation ralentie du cœur droit; sa migration dans l'artère pulmonaire, l'arrêt dans une de ses branches plus petite que lui, a causé dans le poumon droit, comme dans



l'hémisphère gauche, un infarctus hémoptoïque expliquant parfaitement les symptômes mentionnés tout à l'heure.

Le développement successif d'une embolie cérébrale et d'une embolie pulmonaire nous conduit au diagnostic d'une complication très grave de cette cardiopathie qui est la thrombose cardiaque. L'affaiblissement des battements cardiaques survenus soudainement est en rapport avec cette thrombose.

Maintenant, messieurs, il nous faut poser un diagnostic précis. Comment concilier ces troubles divers? Quel sera ce fil inextricable de prime abord? Sur quel organe faire peser l'énorme responsabilité de la défaillance générale de cet organisme? Y a-t-il dépendance ou indépendance dans le mauvais fonctionnement des principaux organes chez ce malade? et *s'il y a dépendance, où est le premier anneau de cette chaîne pathologique? Est-ce dans le rein, dans le foie, ou dans le cœur?* Car enfin ces trois chefs seuls sont passibles de semblables désordres.

Voici notre réponse: Ni le foie, ni le rein ne peuvent être la cause originelle de cette faillite. L'histoire de la maladie ne caractérise pas le brighthisme. L'hépatisme a des traits plus originaux, plus personnels. Forcément nous revenons au cœur comme nous en sommes partis. Lui seul peut expliquer l'évolution de la maladie, l'existence de ces divers symptômes, la naissance subite de ces complications. Et donc, nous sommes en présence d'un poumon cardiaque, d'un foie cardiaque sans doute cirrrosé par l'alcool mais de plus congestif; d'un rein cardiaque qui souffrira bientôt davantage; enfin d'un cerveau cardiaque. Le mauvais état général que nous relevons chez ce malheureux tient indirectement du cœur, qui porte préjudice à cet assemblage merveilleux des organes nobles et de leurs fonctions vis-à-vis les tissus qui forment normalement un tout physiologique harmonieux.

Et que dire, messieurs, du pronostic? Cet organisme ne marche pas à sa déchéance finale, il y court. Il y a un mois à peine un repos de trois semaines l'améliorerait considérablement. Un écart de

régime le précipite vers l'abîme. En face de ces deux embolies, il est à redouter qu'une troisième mais dernière celle-là ne paralyse définitivement le cœur lui-même où elle se sera formée pour n'en plus sortir. Notre diagnostic précis est le suivant : cardiopathie chez un alcoolique, accompagnée d'embolies cérébrale et pulmonaire.

---

Quant au traitement, il faut éviter de stimuler à l'excès ce cœur fatigué. Il vaut mieux lui administrer des médicaments à action modérée tels que spartéine, strophantus, strychnine pour combattre le collapsus général. Faites une médication symptomatique : Ici il y a lieu de calmer la toux par l'héroïne à petites doses et de faire de la révulsion sur le thorax aux points douloureux. N'oubliez pas de surveiller les émonctoires, particulièrement le rein et l'intestin. Régime lacté et repos au lit. Nous terminons par là notre leçon. ”

Au moment même où nous vous livrons cette observation, voici en deux mots l'état du malade. Sa température se maintient de 99°.5 à 100° 2/5. L'infarctus est en partie craché, en partie résorbé. Cette résorption y est pour quelque chose dans cette température stationnaire. Il faut aussi tenir compte de l'intoxication provenant du mauvais fonctionnement des principaux organes tels que foie et reins. Sa douleur pulmonaire s'est effacée sous l'influence de l'héroïne comme sédatif de la toux et des ventouses sèches. En revanche, la matité des deux bases fait croire à un épanchement mécanique. L'ascite se développe dans son péritoine. L'œdème du tissu cellulaire est déjà marqué aux membres inférieurs et au tronc. Son hémiplegie est demeurée la même. Tout cela prouve bien la défaillance rapide du cœur. En effet on y perçoit moins nettement le souffle mitral par suite d'une perte d'énergie du myocarde.

JOS. HENRI LALIBERTÉ, M. D.



## NOTES DE PRATIQUE PÉDIATRIQUE

## INJECTIONS ET RÉINJECTIONS DE SÉRUM ANTI-DIPHTÉRIQUE

L'anaphylaxie, admise par les uns, rejetée par les autres, inconnue de quelques-uns, ridiculisée par d'autres, paraît être un fait d'expérience assez évident ou du moins plausible pour que l'on en tienne compte. Bon nombre d'observations prouvent amplement l'existence d'accidents anaphylactiques sérieux à la suite de la répétition éloignée des injections de sérum. Ces accidents sériques surviennent 3 à 16 jours après l'injection ou la réinjection et comprennent des érythèmes scarlatiniformes, morbilliformes, urticariens et quelquefois purpuriques avec ou sans élévation de température, des phénomènes arthralgiques intenses prédominant surtout aux régions péri-articulaires du voisinage de l'érythème. Ces accidents sériques durent 3 ou 4 jours au plus suivant la dose de sérum injectée et sont le plus souvent bénins; quelques-uns sont mortels ainsi que le rapportent les observations de praticiens consciencieux.

*Il faut avoir bien présent à l'esprit, et j'insiste la-dessus, que les accidents d'anaphylaxie, (accidents sériques) existent surtout dans les réinjections de sérum lorsqu'un long espace de temps, pour le moins 15 jours, s'est écoulé depuis l'injection précédente: les injections répétées à peu de jours d'intervalle en produisent quelquefois mais d'une gravité moindre. C'est en se basant sur cette constatation clinique que le praticien se comportera de façon différente suivant l'existence ou la non existence de la diphtérie. Par crainte de provoquer des accidents anaphylactiques, quelques médecins s'abstiennent de faire des injections de sérum ou bien pratiquent la sérothérapie avec trop de réserve lorsque la diphtérie est manifeste ou même douteuse. C'est une erreur d'agir*

ainsi parce que l'on fait courir des risques sérieux aux malades : un certain nombre de cas mortels peuvent être attribués à l'injection de doses insuffisantes. *Il y a donc intérêt à user largement du sérum au début de la maladie et à plusieurs reprises dans les premiers jours, afin d'obtenir une guérison rapide qui exclut la réinjection.*

Mais pour ce qui est de l'administration du sérum à titre préventif, l'anaphylaxie doit nous rendre prudents, puisque en injectant du sérum à un sujet qui n'en a pas un besoin absolu nous l'exposons peut être à de sérieux inconvénients, le jour où il faudra lui en donner d'urgence. *C'est pour cette raison que les injections préventives de sérum ne doivent être réservées qu'aux cas suivants et non indifféremment à toutes les personnes ayant été en contact avec le malade.*

(a) *A l'hôpital*: 1<sup>o</sup> Il faut injecter tous les enfants qui entrent dans un pavillon de diphtérie. 2<sup>o</sup> Lorsqu'un cas de diphtérie se déclare dans une salle de scarlatine ou de rougeole, il faut injecter tous les enfants, autrement on les expose presque fatalement à contracter la maladie. 3<sup>o</sup> Si la diphtérie se déclare dans une salle de chirurgie ou de médecine on injecte le malade, on le sort de son milieu et on désinfecte tous les objets souillés et suspects, tandis que l'on se contente de surveiller les autres malades. Dès que survient le plus léger mal de gorge, le moindre petit point blanc au niveau d'une amygdale, on injecte ceux qui sont atteints et non les autres à moins que l'affection tende trop à se généraliser. Il est entendu que l'isolement des contagieux devra toujours se faire dans tous les cas, ainsi que la désinfection.

(b) *Dans les écoles*, lorsque quelques cas de diphtérie (1 ou plusieurs) surviennent, on ne devra jamais se permettre la fermeture sans faire d'injection préventive, à cause du danger de généralisation au dehors. Si on ne licencie pas les élèves on surveillera leur gorge 2 ou 3 fois par jour, et au moindre indice de maladie



on injectera le sérum. Si cette surveillance ne peut être bien faite on pratiquera une injection préventive.

(c) *Dans les familles*, l'injection préventive aux frères et sœurs du malade ne sera faite que si la surveillance est impossible, dans les campagnes éloignées par exemple où le médecin ne peut que difficilement parvenir. Tandis que si la distance est faible, la mère intelligente et bonne observatrice, le médecin clairvoyant et attentif on peut retarder l'injection de sérum jusqu'à l'apparition du moindre petit point blanc au niveau d'une, ou des 2 amygdales, parce qu'ainsi employée l'antitoxine réussit promptement. L'injection préventive se fait à la dose de 5 à 10 centimètres cubes suivant l'âge de l'enfant, et l'injection curative à la dose de 10 à 20 centimètres cubes pour les nourrissons, 20 à 30 cc. dans la 2e enfance et 30 à 50 cc. dans la grande enfance.

Dr R. FORTIER.

—:000:—

## NOTES DE PRATIQUE CHIRURGICALE

### LA FRACTURE DE COLLES

La clinique nous ramène, malgré nous quelques fois, aux choses pratiques et nous apporte avec l'hiver cette lésion particulière, à la saison des trottoirs glissants et des chemins couverts de glace. La "slippery day fracture" des anglais qui fournirait à elle seule 10% du nombre total est bien de mode aujourd'hui et une petite revue de la question faite au point de vue strictement pratique intéressera peut-être les lecteurs du *Bulletin*.

Pour protéger le corps contre une chute la main dans l'extension forcée reçoit le choc par sa paume au bout du bras étendu, et, chez les gens âgés, le radius se fracture à l'union du corps et de l'extrémité inférieure, point le plus faible, en théorie comme en pratique, de la colonne osseuse du membre supérieur. Le fragment s'embroche sur la diaphyse, ou glisse en se déplaçant en arrière surtout, raccourcissant comme dans le cas précédant le côté radial de l'avant bras, d'où les symptômes cliniques.

■ Douleurs localisées à la région du trait de fracture et mieux localisées que dans l'entorse du poignet.

■ Sensibilité obtenue par la pression au point fracturé, déformation due au glissement du fragment supérieur et qui donne à la main son apparence en *dos de fourchette*, le signe de Laugier, ou la disparition de l'écart entre les apophyses styloïdes du radius et du cubitus, situées normalement sur des plans différents, le radius débordant en bas d'au moins un travers de doigt.

*Abduction de la main* toujours par raccourcissement du radius. Le diagnostic s'impose généralement ne présentant que très rarement une difficulté quelconque.

Mais ce qui doit nous arrêter plus sérieusement c'est le traitement.

*Réduction et contention* sont comme dans toute autre fracture les deux termes principaux mais encore présentent-ils l'un et l'autre des petits détails d'application dont dépend le succès du résultat.

■ La réduction doit se faire, de façon presque absolue sous l'influence d'un anesthésique général. En raison de la courte durée des manœuvres on peut se servir des méthodes d'anesthésie rapide, Somnoforme, Bromoforme, chlorure d'éthyle, mais il est nécessaire à moins de contreindications sérieuses de supprimer la douleur pour arriver à un résultat utile. Cette réduction s'obtiendra après désenclavement s'il y a lieu en poussant directement de façon à remettre à leur place les fragments.



La contention se fera de préférence par un appareil plâtré, une gouttière plâtrée ouverte sur le côté cubital de l'avant bras, s'étendant depuis la racine des doigts au coude, de façon à laisser libres de leurs mouvements ces deux régions articulaires.

Cette gouttière plâtrée maintiendra la main dans l'adduction, presque forcée de façon à ce que les ligaments latéraux externes de l'articulation attirent en bas le fragment inférieur, et dans la demi flexion, position de repos qui permettra rapidement la mobilisation des doigts et empêchera les raideurs des graines peri-articulaires.

Cette attitude de la main est particulièrement importante si l'on veut éviter les inconvénients graves d'une attitude vicieuse, absolument incompatible avec un fonctionnement utile de la main.

Le plâtre doit rester en place pendant peu de temps, huit à dix jours chez les jeunes, dix huit à vingt chez les gens âgés, pour donner place à la mobilisation et au massage, et la cure ne doit pas occuper plus de trente à trente-cinq jours et laisser après ce temps une main dont on puisse commencer à se servir. L'application de ces données ne présente aucune difficulté sérieuse et gardera le praticien contre certains insuccès toujours désagréables, quelquefois sérieux, en rendant aux malades leur poignet blessé, en rendant aux malades leur main utile, résultat d'autant plus important que dans la très grande majorité des cas de cette nature, c'est la main droite qui est affectée.

P.

## NOTES D'HYGIÈNE PRATIQUE

## LES HABITATIONS INSALUBRES

Devons-nous parler des habitations insalubres? Il me semble que non, si nous avons le droit de profiter de l'expérience de nos devanciers sur ce sujet. La plupart des médecins, hygiénistes ou autres qui ont tenté d'aborder de front cette question, n'ont pas eû la bonne fortune de plaire à ceux qui occupent des habitations laissant plutôt à désirer, d'une part; et d'autre part, ils ont suscité, chez ceux qui habitent des maisons non seulement hygiéniques, mais souvent aussi, spacieuses, confortables, parfois même luxueusement aménagées, des protestations sans nombre, qui à la fin ne servaient nullement à atteindre le but que l'on se proposait : instruire le public.

Partie d'un point de vue d'ordre général, la question a presque toujours été reportée immédiatement sur un terrain d'ordre particulier : tel groupe, sans connaître bien à fond la question, a cru devoir revendiquer, pour les siens du moins, l'honneur de n'habiter que des logements parfaitement sains d'après eux; telle région, qui se croyait particulièrement désignée, a trouvé chez elle des défenseurs généralement habiles mais pas toujours suffisamment avertis pour nous démontrer que les médecins exagèrent et qu'ils n'ont pas su bien observer ce qu'il leur a été donné, de voir et de constater au cours de leurs visites chez les clients; enfin d'autres, sociologues, économistes, éducateurs, à cause de leur formation spéciale et de l'orientation naturelle de leur esprit, laissant de côté la question salubrité, ont fait appel à notre organisation sociale, économique et éducationnelle et ont fini par convaincre le public que la situation, en ce qui concerne l'habitation, n'est pas aussi mauvaise que les médecins le prétendent.



Est-ce à dire que les opinions émises de temps à autres par les médecins que le problème de l'habitation saine, salubre, hygiénique, intéresse, doivent toujours être reçues comme émanant ex cathedra? ou encore que nous ne reconnaissons pas aux chefs de groupes, représentants de régions, éducateurs, économistes et sociologues, le droit de discuter ce problème à leur stricte point de vue? Non. Loin de nous ces prétentions. Mais nous voulons tout simplement souligner combien il est difficile pour le médecin de signaler nos erreurs les plus communes, nos fautes les plus fréquentes contre l'hygiène de l'habitation. On se souvient assez du tollé que suscita un de nos confrères, il n'y a pas très longtemps, lorsqu'il entreprit de faire connaître le résultat de ses observations personnelles, tant à la ville qu'à la campagne. Et si, dans cette circonstance notre confrère a quelque peu exagéré dans la forme, il n'avait pourtant pas tout à fait tort dans le fond. J'ai parfaite souvenance qu'un peu plus tard, deux ou trois mois à peine après la communication de notre confrère, traversant une de nos régions les plus belles et les plus salubres à la campagne, j'entrai par hasard dans une maison. Une famille y logeait. Je ne tenterai pas de décrire même le plus discrètement possible, les conditions sanitaires qui s'offrirent à mes yeux : la moitié de mes concitoyens, par scepticisme, me taxeraient d'exagération ; l'autre moitié, inspirée sans aucun doute par les meilleurs sentiments, se croirait obligée de protester pour défendre les susceptibilités froissées d'un très grand nombre. De sorte que tout compte fait, cette description serait superflue. Qu'il me soit permis de dire toutefois, que l'habitation en question, salubre par elle-même, était rendue excessivement insalubre par ses occupants. Et ce que je dis d'un cas en particulier, tous les médecins savent que c'est d'occurrence fréquente. Tous les médecins savent aussi, et ils ne l'oublient jamais, que dans la question de l'habitation insalubre, il y a un problème composé de deux grands facteurs principaux :

d'une part, le site, la bâtisse etc, et de l'autre les occupants. Ces deux facteurs sont intimement unis, ils influent l'un sur l'autre. ils sont pour ainsi dire inséparables, à tel point que, vienne la suppression d'un des facteurs, et le problème n'a plus sa raison d'être. Mais cette éventualité me paraît d'une réalisation plutôt impossible. Tant que nos habitations ne seront pas toutes parfaitement salubres, et que les notions d'hygiène privée n'auront pas été parfaitement assimilées dans toutes nos familles, nous aurons ici comme partout ailleurs, à résoudre le problème de l'habitation insalubre. Or, il ne fait aucun doute pour tous ceux qui ont à cœur l'amélioration du sort de leurs concitoyens, que nous sommes bien loin de cet idéal, et que, par conséquent, tous, tant que nous sommes médecins ou hygiénistes, nous devons durant plusieurs années encore, apporter à la solution de cette question le mince bagage des observations que nous aurons pu faire au jour le jour. Car il faut le reconnaître, ce qui nous a le plus fait défaut dans les campagnes de cet ordre, entreprises jusqu'ici, ce sont les faits bien déterminés, les données précises, les renseignements exacts sur lesquels il nous eut été impossible d'appuyer nos affirmations.

Les théories spéculatives, l'érudition livresque, les observations faites en passant, ont leur mérite, sont mêmes nécessaires; elles ne suffisent pas. Pour être pratique ce qu'il nous faut, c'est le casier sanitaire des habitations. Le jour où ce casier sanitaire aura été établi dans les villes, villages, paroisses, grandes et petites, la profession médicale sera en mesure de se prononcer avec beaucoup plus d'autorité: elle possédera alors une source d'information permanente et elle aura entre les mains un instrument puissant contre lequel ne prévaudront pas plus les apathies somnolentes que les activités extérieures des incroyants.

Dr EDGAR COUILLARD.



## NOTES DE PRATIQUE OPHTALMOLOGIQUE

## CORPS ÉTRANGERS DE LA CONJONCTIVE ET DE LA CORNÉE

Les corps étrangers de la conjonctive sont des poussières, grains de sable ou de blé, parcelles de charbon, etc., etc. Neuf fois sur dix ils viennent se fixer à la face interne de la paupière supérieure, non loin du bord libre. Pour les découvrir il suffit de retourner la paupière supérieure suivant le procédé habituel, qui est le suivant: Vous faites regarder le malade fortement en bas et vous saisissez le bord libre de la paupière supérieure entre le pouce et l'index de la main gauche et avec un porte-cotton tenu dans la main droite vous exercez une légère pression de haut en bas sur la face externe de la paupière. Le corps étranger apparaît alors sur la conjonctive palpébrale et il suffit de passer un petit stylet recouvert à son extrémité d'un peu de coton absorbant pour l'enlever. Pas n'est besoin de se servir de cocaïne pour cette opération.

Les corps étrangers de la cornée, souvent très petits, ne sont pas toujours bien visibles. Le meilleur moyen pour bien les voir c'est l'éclairage oblique. Le sujet étant placé à côté d'une source lumineuse on fait converger un rayon lumineux sur la cornée au moyen d'une loupe interposée entre la source lumineuse et le malade, et placée à quelques centimètres de l'œil que l'on examine. Une fois le corps étranger bien localisé, 3 ou 4 gouttes d'une solution de cocaïne à 2 pour cent sont instillées dans l'œil. Quelques instants après, l'œil étant insensible, l'opérateur écarte les paupières entre le pouce et l'index de la main gauche, tandis qu'avec la pointe de l'aiguille à corps étranger (aiguille de Bowman) il énuclée le corps étranger. Si le corps étranger a séjourné plusieurs heures dans l'œil avant d'être enlevé et que l'on craigne

une légère infection il serait bon de maintenir un petit pansement occlusif pendant une journée.

Il ne s'agit ici, bien entendu, que des corps étrangers non pénétrants et qui n'ont amené aucune complication.

J. V.

— :00 : —

## ECHOS ET NOUVELLES

Parmi les récentes découvertes qui ont fait le sujet de communications importantes aux Sociétés Savantes, il importe de signaler les travaux de M. le professeur Nageotte sur le tissu conjonctif et la greffe au moyen de tissus non vivants, conservés dans l'alcool.

La série des travaux de M. Nageotte, travaux poursuivis depuis nombre d'années au Collège de France, a conduit cet expérimentateur habile et ce chercheur consciencieux à des constatations importantes non seulement dans le détail, mais plus encore par leur portée d'ordre général. Il semble en effet nettement démontré par ces recherches que le tissu conjonctif n'est pas un tissu vivant, mais seulement un réceptacle de cellules vivantes, dérivant de la fibrine du sang. La spécificité cellulaire est de plus largement ébranlée dans ses conceptions antérieures, au point que l'histogénèse semble devoir se compliquer d'inconnues de plus en plus manifestes.

Enfin appliquant avec le professeur Sencert, ces notions scientifiques nouvelles à la clinique, M. Nageotte en arrive à la greffe morte substituée aux greffes de Carrel. Ce nouveau pro-



cédé, en supprimant les phénomènes nécessaires de phagocytose et les produits de déchet qui s'en suivent donnerait au dire des auteurs des résultats beaucoup plus rapides et beaucoup plus constants.

---

Le prochain congrès de la Canadian Medical Association, aura lieu à Qubec en juin prochain sous la présidence de M. le professeur Grondin. Ce congrès constituera la cinquantième réunion de l'Association depuis sa fondation. Il est très probable qu'un délégué français et des délégués anglais ou américains y assisteront et y présenteront d'importants travaux. Nos confrères canadiens-français devraient s'inscrire en grand nombre pour cette prochaine réunion qui promet d'être une des plus importantes de l'Association.

---

Les ostéopathes présenteront de nouveau à la prochaine réunion de l'Assemblée Législative, un projet de loi pour obtenir la permission de pratiquer la médecine dans la province. Il est à espérer que nos députés comprendront l'importance de la lutte contre ce charlatanisme si peu déguisé et des plus dangereux. Chaque médecin doit avoir à cœur d'y intéresser personnellement le représentant de son comté et insister auprès du député de sa région pour que cete demande soit encore rejetée et de façon aussi définitive que possible.

---

Deux nouveaux hôpitaux ont été récemment ajoutés aux maisons d'enseignement de la Faculté de Médecine de l'Université Laval. Ce sont l'hôpital Général et l'hôpital du Sacré-Cœur. Ces deux institutions fourniront à la clinique un précieux support qui

élargira considérablement le champ d'étude ouvert aux élèves de la faculté.

---

L'année scolaire commencée au mois de juin dernier, s'est terminée les premiers jours de février. Professeurs et élèves ont fourni durant cette année une somme de travail considérable. Plus de cent soixante élèves se sont présentés aux examens des différentes années. L'année scolaire nouvelle a été reprise aussitôt et se terminera maintenant en août prochain.

---

Le Conseil Supérieur d'Hygiène de la Province a soumis récemment à l'approbation du conseil des ministres tout un système de réglementation pour la lutte contre les maladies vénériennes. Les principaux points de ce nouveau règlement portent sur les articles suivants :

1<sup>o</sup> Education morale du public par des tracts, affiches, etc. Education des malades par le médecin qui devra fournir à ses clients les publications spécialement préparée dans ce but par le Conseil et mettre les vénériens en garde contre les dangers de contagion.

2<sup>o</sup> Demande au gouvernement fédéral de considérer à l'avenir comme un acte criminel, le fait de transmettre sciemment la syphilis. Inscription de ce fait au code criminel et législation en conséquence.

3<sup>o</sup> Traitement obligatoire des détenus vénériens dans les prisons.

4<sup>o</sup> Permission pour le médecin d'être relevé du secret professionnel, lorsqu'il s'agit de protéger un milieu quelconque contre un infecté recalcitrant.

Voilà comment peuvent se résumer en quelques lignes l'im-



portant réglément qui dans les circonstances actuelles surtout devrait être pris en sérieuse considération et appliqué aussi sévèrement que possible, si l'on veut prévenir dans toute la mesure de nos forces les désastres incalculables d'une contagion qui se répand actuellement avec une rapidité vertigineuse.

Les statistiques de l'Hôtel-Dieu de Québec pour l'année qui vient de se terminer témoignent encore du nombre important de malades de toutes catégories qui passent par cette institution hospitalière. Ces statistiques se lisent comme suit :

Nombre de malades .....	3132
Nombre de jours.....	58,106
Malades guéris .....	2076
Soulagés .....	493
Non soulagés .....	118
Pas traités .....	189
Morts .....	132
Nombre d'opérations .....	1393
Petite chirurgie .....	428
Op. Ophtalmologie .....	955
Op. Electrothérapie .....	65
Travaux de laboratoire .....	3019

#### DISPENSAIRES

Malades traités .....	4,294
Petites opérations .....	1,148
Traitements .....	29,392
Consultations .....	7,963
Prescriptions .....	9,033

## LES CHEVALIERS DE COLOMB ET L'HOPITAL LAVAL.

---

Dans quelques jours commencera la campagne de souscription organisée par les Chevaliers de Colomb au profit de l'Hôpital Laval. Il n'est sûrement pas nécessaire d'attirer de nouveau l'attention de tous nos confrères sur l'importance de cette institution et sur le joli geste des Chevaliers de Colomb qui veulent manifester par là et leur esprit patriotique et leur charité bien comprise. En voulant participer à cette fondation, développer l'œuvre et en assurer pour l'avenir le fonctionnement, l'extension et tous les perfectionnements nécessaires, ils indiquent à toute notre population l'importance de ce nouvel organisme hospitalier et tracent en même temps la voie à suivre, l'orientation nécessaire de la mentalité chez nous.

Les œuvres d'assistance, et surtout comme celle-ci d'assistance prophylactique, sont à la base de notre survivance physique comme les institutions d'enseignement supérieur président à notre survivance intellectuelle. Il importe par conséquent de porter de ce côté le meilleur de nos sacrifices.

Le corps médical tout entier, dont on connaît les constants dévouements et la totale abnégation, devra prêter son plus entier concours à cette manifestation charitable



qui traduisent si nettement sa mission la plus noble : soulager et prévenir, enseigner et soutenir.

Nous ne doutons pas de l'attitude que prendront à cette occasion nos confrères. Ils voudront non seulement y fourni leur appui financier dans la mesure du possible mais ils sauront surtout y apporter l'appui moral le plus large. Leur influence salutaire auprès de nos populations saura trouver dans la circonstance son application la plus utile.

Tous répondront à l'appel. Chacun voudra voir dans le geste large à provoquer un devoir que lui impose la situation particulière de par sa profession, et le patriotisme éclairé dont il doit faire preuve en toutes occasions.

“ La tuberculose est un trop grand péril national pour qu'on hésite à la combattre ”

Vient de paraître

Leçons de  
Chimie Médicale

PAR

A. VALLÉE

Professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval

---

Petit volume de 100 pages, cartonné. Utile au praticien comme à l'élève en médecine pour effectuer les recherches courantes de chimie clinique.

**Prix de vente . . . . \$1.00**

**Par la malle. . . . 1.10**

S'adresser

LABORATOIRE DE CHIMIE  
UNIVERSITÉ LAVAL  
QUÉBEC