

## LES SUITES IMMEDIATES DE LA CHOLECYSTECTOMIE

## INDICATIONS OPERATOIRES ET RADIOLOGIQUES

Par le **Dr Alexandre ACHPISE,**

de la Faculté de Médecine de Paris, Licencié du Conseil Médical du Canada,

Licencié du Conseil Général de l'Empire Britannique.

Les premières opérations faites pour calculs biliaires sont déjà anciennes. Dès le XVIII<sup>ème</sup> siècle, nous voyions J. L. Petit intervenir dans la lithiase et enlever les calculs. Mais J. L. Petit, par crainte d'infecter le péritoine n'opérait que dans les cas où, par suite de procédés inflammatoires, la vésicule avait contracté des adhérences avec la paroi abdominale. En 1878, nous voyons encore Rocher conseiller l'opération en deux temps. En 1887, cependant, Marion Sims et Keen avaient déjà opéré en un temps. La cholécystostomie à partir de ce moment était entrée dans la pratique. En 1882 Lauzenbuch pratiquait la cholécystectomie. En 1884 Qummel, la cholédochotomie. Ces diverses opérations furent vulgarisées en France par Tessier et ses élèves. On peut dire que depuis une quarantaine d'années l'opérabilité des calculs biliaires est établie. Une seule question est discutée celle des indications opératoires et tout dernièrement les indications radiologiques. Dans le courant d'une année environ nous avons eu l'occasion d'assister et d'opérer sept cas de cholécystite qui se répartissent ainsi. Quatre cas de cholécystite calculeuse, un cas de cholécystite calculeuse avec obstruction du cholédoque, deux cas de cholécystite non calculeuse. L'examen attentif de cette série opératoire appuyé par une statistique chirurgicale moderne nous permet il me semble de tirer quelques conclusions chirurgicales et radiologiques.

Ces sept interventions ont été pratiquées cinq fois sous anesthésie générale à l'éther et deux sous anesthésie rachidienne haute, d'après la méthode de la clinique chirurgicale du professeur Gosset.

Six fois nous avons adopté l'incision transversale de Schroder et une fois l'incision en baionnette de Kehz, enfin cinq fois nous avons pratiqué une cholécystectomie et une fois une cholécystectomie avec cholédocotomie et drainage par la voie biliaire principale.

Sur ces sept opérés une seule malade continue à présenter quelques troubles gastriques: ballonnement épigastrique, céphalée après les repas, éructations, troubles qui ont une tendance manifeste à disparaître, les cinq autres ont joui depuis l'opération d'une santé parfaite, et une, atteinte

de cholécystite non calculeuse, a repris 26 livres quatre mois après l'intervention. Ainsi nous avons 85% des résultats parfaits d'emblée.

Hartman et Petit - Detaillis indiquent un pourcentage de 92% de bons résultats des cholécystectomie pour cholécystite calculeuse et sans calcul. Nous pouvons dire que peu d'interventions chirurgicales donnent des résultats tellement encourageants.

Ces bons résultats doivent donc conduire à étendre les indications de la cholécystectomie "trop limitée encore en France" (Hartman et Petit - Detaillis), beaucoup trop limitée au Canada. Quelle intervention doit-on pratiquer? La cholécystostomie idéale, l'opération de Meredith n'a plus d'adeptes aujourd'hui. La cholécystostomie (opération de Lawson Tait) est une opération facile rapide, dont la mortalité opératoire ne dépasse pas deux à trois pour cent (Gosset) mais elle ne met pas à l'abri des récives vraies, elle expose à la persistance de fistules interminables. Aussi Balfour et Ross de la Clinique Mayo observe 90% des cas des fistules après une cholécystostomie et seulement 10% après une cholécystectomie.

Il y a peu de temps encore, l'opérateur qui intervenait pour une cholécystite ne se croyait pas en droit de pratiquer l'exérèse de la vésicule quand l'exploration directe ne révélait pas la présence des calculs. Il se contentait de la cholécystostomie, opération inutile et même mauvaise dans le cas présent. Ainsi Chiray et Semelaigne dans leurs articles sur la "cholécystite chronique non calculeuse" sont très affirmatifs. La seule opération normale est ici comme dans la lithiase, la cholécystectomie. C'est la ligne de conduite que suivent de plus en plus les médecins et chirurgiens avertis, tant en France qu'à l'étranger. Elle nous a donné dans notre pratique personnelle des résultats satisfaisants et durables." L'opération de choix est donc la cholécystectomie, c'est elle seule que nous envisagerons ici, simple ou complémentaire d'une opération sur le cholédoque.

Un point de technique opératoire sur lequel nous voulons attirer l'attention, et qui est devenu classique depuis les travaux de Gosset et Desmaret (1911) c'est la ligature de l'artère cystique au cours de la cholécystectomie. L'artère cystique est sujette à de nombreuses anomalies; elle peut naître du tronc même de l'artère hépatique, soit de la gastro-duodénale et présente un assez long trajet: on l'appelle alors l'artère cystique longue par opposition à la cystique normale dite artère cystique courte. Mais quelque soient ses variations elle aborde toujours la vésicule à l'union du corps avec le col (de Rio-Brancho). C'est donc là, à ce point fixe qu'il faut découvrir l'artère pour la lier au cours de la cholécystectomie. Il suffit, pour cela, après avoir dans un premier temps détaché la vésicule de son lit

hépatique, d'écarter cette dernière en bas à droite (voir planche 2). On entraîne par cette manoeuvre, le col de la vésicule hors de la région dangereuse, le triangle des voies biliaires, on tend le pédicule artériel, il ne reste plus pour terminer l'opération qu'à lier l'artère et à sectionner le canal cystique au ras du cholédoque (planches 1 et 2).

Doit-on, ou non, drainer les voies biliaires après l'ablation de la vésicule? D'après Graham de Toronto il y a tout au moins, quatre éventualités où ce drainage s'impose: 1°—Pancréatite sub-aiguë avec augmentation du volume du pancréas; 2°—Vésicule pleine du sable fin; 3°—État de dénutrition et d'anémie du malade, par suite d'une longue maladie; 4°—Ictère non calculeux de longue durée. Wellie Meyer considère le drainage temporaire dans les cholécystites chroniques non calculeuses comme une absolue nécessité. Nous nous sommes contentés de pratiquer le drainage de la voie principale dans un seul cas de cholécystectomie avec cholédocotomie pour cholécystite calculeuse avec ictère et obstruction du cholédoque. Dans tous les autres cas nous n'avons pas drainé, ayant soin de ne jamais oublier de mettre un drain au contact du cystique dont la ligature est toujours susceptible de céder (Gosset). En reprenant notre série opératoire nous étions frappés de la coïncidence de l'appendicite et de la cholécystite. Un malade a été opéré pour appendicite deux ans avant notre cholécystectomie, un autre a subi une intervention sur les voies génitales avec ablation d'un appendice malade. Dans un troisième cas nous avons enlevé personnellement en même temps que la vésicule un appendice manifestement atteint.

Ainsi dans notre statistique nous avons 35% pour cent des cas, d'appendicite et cholécystite associées. Ce nombre nous semble excessif et n'explique peut être pas un hasard d'une série opératoire. Mais d'autre part Hartman et Petit Détaillis indiquent un pourcentage d'associations-appendiculo-vésiculaire à huit, à treize pour cent. Wellie Meyer insiste aussi sur cette association possible et fréquente. Nous sommes donc autorisés de dire que l'exploration de la fosse iliaque droite au cours de la cholécystectomie est de rigueur. "Il est indiqué d'enlever, s'il y a lieu, l'appendice, toutes les fois que cette appendicectomie complémentaire ne semble pas devoir compliquer l'intervention" (Hartman et Petit Détaillis). Nous croyons même qu'il y a lieu dans certains cas d'élargir les indications opératoires. Nous nous basons sur l'étude de l'observation de notre dernière opérée, c'est que nous considérons comme observation type et que nous permettons de reproduire ici.

Soeur X, 42 ans, française, nous consulte pour douleurs dans l'hypochondre droit, datant depuis quinze ans avec crises douloureuses se pro-

pageant vers l'épaule droite. Crises presque syncopales, vomissements bilieux, amaigrissement notable, nausées, renvois, éructations, poussées diarrhéiques après les crises, pas d'ictère.

A l'examen clinique grosse vésicule, sensible et perceptible, région coeco-appendiculaire, douloureuse à la palpation.

A l'examen radioscopique (Docteur Albert Comtois de Montreal) :

Estomac—Morphologie.—Hypoatonique, situé à gauche de la ligne médiane. Pôle inférieur à trois travers de doigts au dessous de la ligne bi-iliaque. Pylore légèrement à droite de la ligne médiane, entre la troisième et quatrième lombaire. Contours de l'estomac régulier. Chambre à air volumineuse, l'hémidiaphragme gauche n'est cependant pas surélevé.

Fonctions—Pas de résidu après la troisième heure. Pas d'hypersécrétion décelable. La tête du repas est rendue au tiers du transverse. L'illon est à peu près vide et séparable du coecum. L'évacuation du premier repas a été rapide. Celle de la seconde bouillie est dans la limite du normal. Le péristaltisme presque nul dans la position verticale est au contraire très actif et de plus irrégulier dans le décubitus horizontal. Il se manifeste surtout dans la région de l'antra pylorique.

Le duodénum est rarement visible en position verticale, étant situé sous le foie, sensible à la palpation; en position horizontale il apparaît de volume plutôt considérable, triangulaire de forme avec une dépression sur son côté externe, dépression due à la compression d'un organe extérieur probablement la vésicule distendue.

Le coecum est immobile, ptosé, très sensible à la pression. L'angle hépatique est aussi ptosé, il a la forme d'un canon de fusil, et il ne semble pourtant pas exister d'adhérence étendue entre la première partie du transverse et l'ascendant, les deux étant séparables à la palpation profonde.

L'appendice n'est pas visible.

Intervention—Anesthésie générale à l'éther (appareil d'Ombredane). Docteur Baulac. Opérateur, Docteur Achpise. Aide, Docteur Beaudry, Soeur Lucila.

Incision en baionnette de Kehr. Hémostase de la paroi. La vésicule grosse et turgescente apparaît immédiatement après l'ouverture du péritoine. Pas de calcul. Adhérence entre le bas fond de la vésicule et la face latérale du duodénum. Libération. Cholécystectomie faite dans les conditions normales en partant du bas fond vers le cystique.

Drainage au contact du cystique.

Exploration de la fosse iliaque droite. Appendice invisible. Prolongement de l'incision le long du grand droit. La main plongée dans le bassin sort l'appendice adhérent, long et très gros. Appendicectomie laborieuse, à cause d'adhérence. Pas d'enfouissement.

Exploration de la région opératoire. Présence de la membrane de Jackson et d'une vésicule membraneuse, étendue, depuis l'angle sous hépatique jusqu'à la partie supérieure du coecum. L'angle droit coudé se déplie facilement après libération des adhérences à la compresse. Fermeture à trois plans.

Les suites opératoires sont normales. Ablation du drain à la quatrième journée. Réunion par première intention. Guérison parfaite.

L'examen de cette observation type confirme la coïncidence de l'appendicite au cours de la cholécystite. Fait important à souligner, c'est le service réel que peut rendre la radioscopie et la radiographie dans ces affections de l'hypochondre droit et de la fosse iliaque droite. Cet examen pratiqué dans notre cas nous relève la distension vésiculaire, puis la déformation du duodénum par la vésicule, images radiographiques qui constituent un signe indirect, mais fréquent des cholécystites. Il est évident que la notion de ces altérations conduit à une thérapeutique chirurgicale plus raisonnable.

Nous pouvons conclure avec Pierre Duval Gatellier et Beclere, que l'examen radiologique de la lithiase biliaire est indispensable actuellement. Il fournit des données de premier ordre sur la co-existence de lésions périduodénales ou coliques. Dans environ 50% des cas, cet examen fournit un indice radiologique quelconque. (Duval Gatellier et Beclere).

Le même examen radiologique pratiqué dans notre cas relève l'appendicite chronique avec son syndrome inflammatoire: brides coecales, péri colite membraneuse. Dans ces cas particuliers en plus de la cholécystite nous avons de l'appendicite chronique avec son syndrome inflammatoire ou mécanique.

Le chirurgien doit entreprendre l'ablation des placards épiploïques (Walter), la section des adhérences péri colites (Jackson).

(Jackson, Pierre Duval, Grosseu).

L'indication chirurgicale s'élargit donc ici et en plus de la cholécystectomie, il faut envisager dans ces cas l'appendicectomie accompagnée du traitement chirurgical de l'appendicite chronique dans sa conception actuelle.

#### BIBLIOGRAPHIE.

1—Monsieur Chiray et G. Semelaigne — La cholécystite chronique non calculeuse. Presse médicale, 12 août 1922, page 585-587.

2—Henri Hartman et Petit Detaillis — Les suites éloignées de la cholécystectomie. Journal de Chirurgie, tome XX, page 349 à 357.

3—Lejars—Des résultats immédiats éloignés de l'intervention chirurgicales dans les cholécystites calculeuses. Treizième congrès français de chirurgie 1899. Page 435.

4—Petit-Detailis—Études sur les suites éloignées de la cholécystectomie pour cholécystite après cent opérés revus. Thèse de Paris, 1922.

5—Achpise Alexandre—La conception actuelle de l'appendicite chronique. Les syndromes inflammatoires et mécaniques. Septième congrès des médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, Montréal, 1922. Page 479-485.

6—Hartman D.—Traitement opératoire des calculs biliaires. Journal de médecine et de chirurgie. Paris 1920, page 473.

7—Deaver, J. B.—Opération and re-operation for gallstone disease. Journal of the American Medical Association. Chicago, 17 avril 1920.

8—Clerk J. G.—Ultimate result secured from surgical intervention in simple cases of chololithiasis and in chololithiasis discovered during operations for other conditions. John Hopkins Hospital Bulletin, Baltimore, 1915, Tome XXVII, page 196 à 207.

9—Specht. Giessen—Contribution à l'étude de la question de la vésicule biliaire après la cholécystectomie.

10—Bestreige—Zur klinischen, chirurgie, 1921. Tome 123, Fasc. 3, page 507 à 540.

11—Hinz. Kopenien—Résultat immédiat et tardif de la cholécystectomie. Archiv. Perklinische. Chirurgie. 1921. Vol. CXVII, fasc. 1, page 106 à 137.

12—F. D. Moore (Chicago)—Étude comparative des résultats éloignés de la cholécystostomie et de la cholécystectomie Surgery Gynecology and Obstetrics 1921, Vol. 33, page 41 à 44.

13—Graham (Toronto)—Cholecystite: Étiologie diagnostic et traitement. (Archives of surgery 1921, Tome 3, W. L., page 154 à 158.

14—Welly Meyer—Des cholécystites chroniques non calculeuses. Diagnostic et traitement. Annals of surgery, 1921. Volume LXXIV, No. 4, page 438 à 448.

**INFECTIONS ET TOUTES  
SEPTICÉMIES**

**Traitement LANTOL**  
— PAR LE —

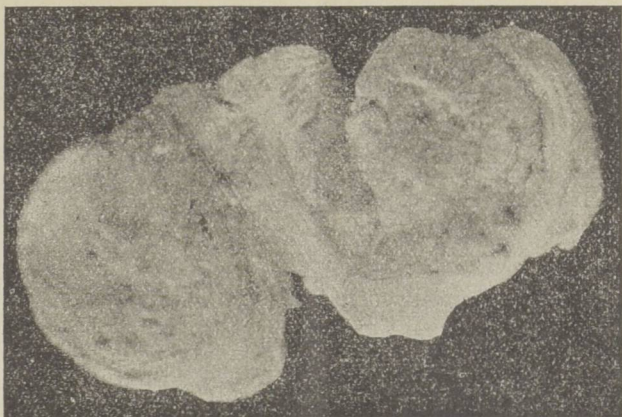
(Académie des Sciences et Société  
des Hôpitaux du 22 décembre  
1911.)

Rhodium B. Colloïdal  
électrique

...LABORATOIRE COUTURIEUX...  
18, Avenue Hoche, Paris.

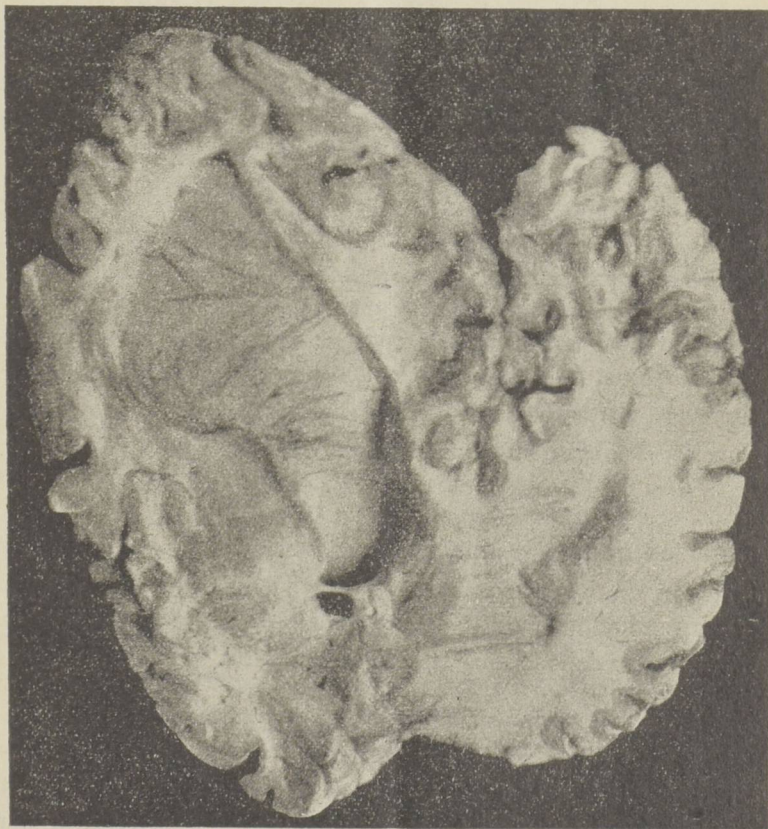
AMPOULES DE 3 C'M.

PLANCHE I



TUMEUR (GLIOME) DU CERVELET.

PLANCHE II



DILATATION ENORME DES VENTRICULES.

## OEDEME PAPILLAIRE DOUBLE : TUMEUR INCLUSE DU CERVELET

Par le **Docteur Albert LASSALLE,**

Professeur agrégé d'ophtalmologie à l'Université de Montréal.

*Observation*: L'enfant A. F., âgé de 6 ans, est présenté à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu le 25 juin 1923, pour *troubles de la vue*.

*Examen du fond de l'oeil*: Oedème papillaire double très prononcé; vaisseaux *rouges*, tortueux, congestionnés, surtout les veines; les bords papillaires effacés; enfin, la papille elle-même présente le bourrelet caractéristique de la *papille étranglée*. En outre le fond de l'oeil gauche présente une large plaque de chorioretinite déjà ancienne.

*Champ visuel*: Pas de rétrécissement appréciable; scotomes difficiles à obtenir à cause du jeune âge du malade. Vision égale  $\frac{1}{2}$  c.c.

*Mouvements oculaires* parfaits, à l'exception d'une légère parésie du droit externe gauche.

Les *pupilles dilatées* réagissent mal à la lumière, mais très bien à la convergence.

*Intelligence* parfaite.

Ce qui frappe c'est le volume exagéré du crâne et la démarche indécise du petit malade.

Les antécédents familiaux ne donnent guère de renseignements: père, 37 ans, mère, 30 ans. La mère a eu cependant une fausse-couche. Les examens subséquents ne révèlent aucune tare spécifique.

Examens, coeur, poumons, reins, négatifs.

Ponction lombaire: albumine présence +3.

globuline " +2

sang " "

Formule leucocytaire nulle.

Ponction pratiquée avec réserve afin d'éviter une trop brusque décompression qui aurait pu être fatale.

Wassermann dans le sang et le liquide négatif.

### EXAMEN NEUROLOGIQUE.

*Mobilité*: Il n'existe aucun déficit moteur au niveau du tronc ou des membres; la force musculaire paraissant en effet sensiblement normale



lorsque l'enfant exécute des mouvements volontaires ou qu'il s'oppose aux déplacements des divers segments des membres. Cependant, le petit malade ne peut ni marcher, ni se tenir debout sans appui. En marchant, il fait bien les pas nécessaires, mais, le tronc tout d'une pièce s'incline en avant et il tomberait s'il n'était point retenu (antépropulsion). L'équilibre est donc compromis d'une façon globale et pour la station et pour la marche, ce qui indique avant tout une atteinte profonde des fonctions cérébelleuses.

Lorsque l'enfant est assis et l'équilibre du tronc assuré, on constate encore des perturbations de la coordination et de la synergie musculaire dans les mouvements isolés des membres. L'épreuve du doigt porté sur le nez montre que l'orientation est normale, mais il y a brusquerie dans l'ensemble, le doigt dépasse le but (hypermétrie) et la main oscille légèrement, réalisant ainsi un ébauche du tremblement intentionnel. Quant à la diadococinésie, elle est profondément troublée et se traduit tant dans le mouvement de flexion-extension que dans l'épreuve classique du renversement de l'avant-bras. Tous ces troubles de la coordination sont beaucoup plus prononcés à gauche qu'à droite et sont surtout nets au niveau du membre supérieur. Il existe en outre de ce même côté une certaine raideur ou hypertonie musculaire décelable lors des mouvements passifs de flexion et d'extension de l'avant-bras en particulier.

*Sensibilité*: L'exploration n'a pas été poursuivie en détail, mais il n'y a ni *astéréognosie* ni troubles du sens musculaire, de sorte que l'on peut affirmer que la maladresse, l'ataxie et l'asynergie du petit malade dépendent bien d'un trouble dans le fonctionnement de l'appareil cérébelleux et non pas d'une perturbation de la sensibilité profonde.

*Réflexes tendineux*: Plutôt faibles aux membres supérieurs, plutôt vifs au contraire aux membres inférieurs, où le réflexe rotulien prend le caractère "myotonique" (décontraction ralentie). Des deux côtés, on constate un signe de Babinski classique, ainsi qu'un clonus du pied, mais ce dernier phénomène est toutefois plus persistant à droite.

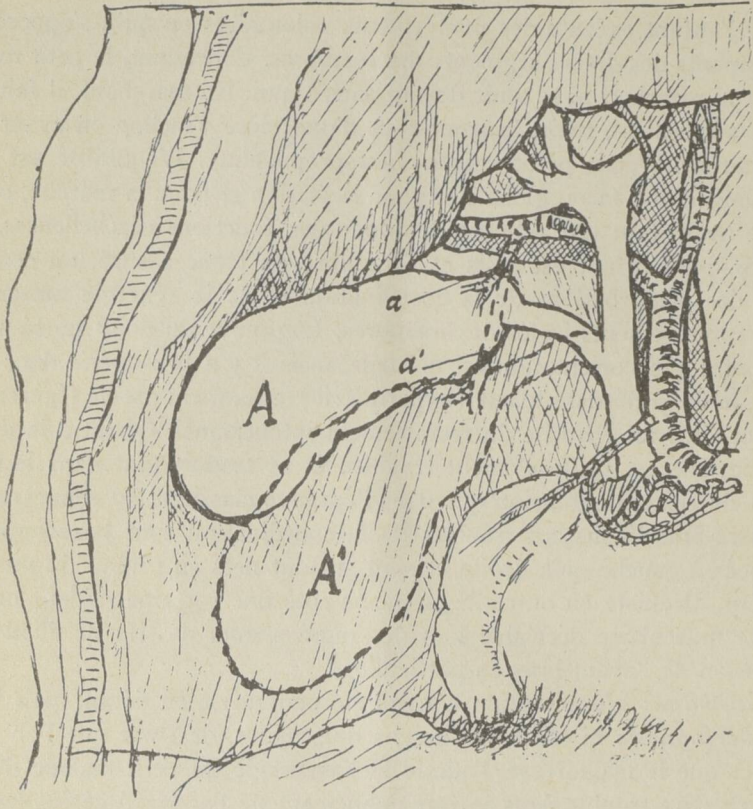
*Nerfs crâniens*: Négatifs exception faite d'une parésie du droit externe gauche. Les pupilles sont larges, réagissant fort bien lors de la convergence, mais, semblent réagir très peu à la lumière.

Macrocéphalie notable,

Psychisme intact,

Absence de phénomènes d'irritation corticale.

*Diagnostic neurologique*: Néoplasme vraisemblablement intra-cérébelleux occupant la région para-médiane gauche et ayant déterminé de bonne heure l'hydrocéphalie interne par compression de l'aqueduc de Sylvius—ceci expliquerait la prépondérance des phénomènes d'hypertension (et la présence des signes dits "hypophysaires").



**Rapport du col de la vésicule biliaire et de l'artère cystique avec le triangle des voies biliaires (d'après Testut et Jacob).**

A, le vésicule étant en place; A', la même vésicule (en pointillé) attirée en bas et à droite; a—point où doit être fait la ligature de l'artère cystique; a'—ce même point après séparation de la vésicule d'avec le foie et réclinaison en bas; il n'est plus en rapport avec les organes dangereux.

## Ingram & Bell, Ltd.

Articles pour les hôpitaux et médecins

TORONTO — MONTREAL — CALGARY

Assortiment pour pharmacies et laboratoires

SUCCESSALE A MONTREAL — 160, RUE STANLEY.

Représentant à Québec: GEORGE SAINT PIERRE.

Téléphone: 2-1647

AGENTS CANADIENS: WAPPLER X-RAY CO.—BURDICK CABINET CO.—  
HOSPITAL SUPPLY CO., NEW YORK, BRANHALL DEANE CO.

*Traitement institué*: Iodure de soude, mercuriaux.

*Marche*: Les symptômes vont toujours en s'aggravant. L'enfant ne peut plus se tenir debout. Incoordination motrice de plus en plus prononcée. Sa vision demeurant cependant sensiblement la même jusqu'à une semaine précédant sa mort alors qu'il peut à peine distinguer les objets qu'on lui présente.

Les POINTS IMPORTANTS à considérer sont les :

1. *Symptômes objectifs*; oedème papillaire double, conséquence de la compression intra-crânienne, et la *macrocéphalie*.

2. *Symptômes subjectifs*; signes de déficit cérébelleux, se révélant dans la marche et l'incoordination des mouvements, et, en dernier lieu, ces crises de céphalée intense suivies de vomissements et de raideur de la nuque, qui se sont produites si fréquemment jusqu'à sa mort, survenue le 3 octobre 1923, à la suite de phénomènes de congestion bulbaire.

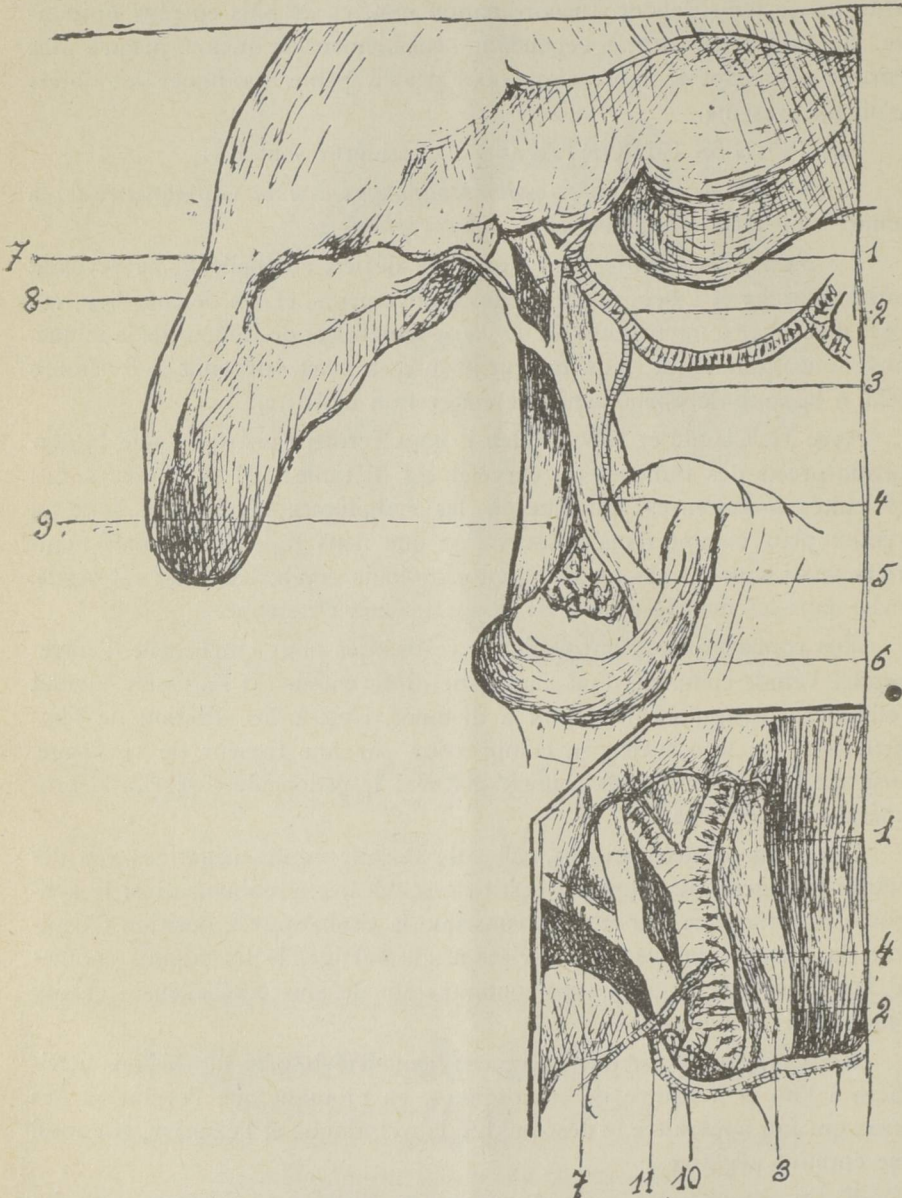
Avec H. Claude et Levy Valensi, nous ferons remarquer que le diagnostic précis des tumeurs du cervelet est difficile: "Il se heurte à des difficultés nombreuses; quelquefois les symptômes cérébelleux sont au premier plan, comme dans l'observation que nous rapportons, mais nombreux aussi sont les cas où la symptomatologie cérébelleuse est estompée, noyée dans les manifestations de l'hypertension crânienne.

Nos connaissances neurologiques restreintes nous empêchent d'entreprendre l'étude complète d'un diagnostic différentiel. Il s'agissait surtout d'éliminer les signes cérébelleux à distance, c'est-à-dire l'action de l'hypertension sur le cervelet, sa compression par une tumeur de voisinage, ainsi que l'altération de ses connexions avec le pédoncule cérébral, la protubérance et le bulbe.

Les épreuves acoustiques, celles de Barany, toutes négatives, ont démontré l'intégrité de l'appareil vestibulo-cochléaire, éliminant ainsi le syndrome labyrinthique, car nous savons que la titubation, la position d'équilibre, la marche ébrieuse, les déviations, le vertige, le nystagmus spontané, les vomissements, etc., sont communs aux lésions cérébelleuses et aux lésions labyrinthiques.

Nous croyons avoir suffisamment démontré la part des lésions attribuées à l'un et à l'autre de ces organes, en ajoutant que l'occlusion des yeux, qui fait apparaître le déséquilibre labyrinthique et l'exagère, fut aussi une épreuve négative.

Enfin, citons cette règle de Graniger, Stewart et Holmes, que les symptômes cardinaux des néoplasmes intra-crâniens (céphalée, vomissements, tumeurs, névrite optique) sont d'apparence précoce dans les tumeurs intra-cérébelleuses et tardifs dans les extra-cérébelleuses.



**Disposition des voies biliaires.**—(d'après Testut et Jacob, Marion).—1. Canal hépatique.—2. Artère hépatique.—3. Veine porte.—4. Canal cholédoque.—5. Pancréas.—6. Angle duodénal recliné en bas et en dedans.—7. Canal cystique.—8. Vésicule biliaire.—9. Veine cave.—10. Artère gastro-duodénale.—11. Artère pylorique.

Notre malade n'ayant pas de passé otitique, nous avons mis de côté toute supposition d'un abcès du cervelet; en effet si l'on est en droit d'attendre la guérison d'un abcès à la suite d'une intervention chirurgicale, il n'en est pas de même des tumeurs et à l'heure actuelle l'opération ne peut être considérée que comme un traitement palliatif. La ponction ventriculaire, la résection crânienne peuvent diminuer les souffrances et les progrès des lésions de compression; l'énucléation d'une tumeur enkystée a déjà donné de bons résultats; les statistiques d'interventions cérébelleuses sont peu encourageantes, et l'état avancé du néoplasme chez notre malade ne pouvait justifier une opération avec chance de succès.

Signalons que toutes ces interventions sont d'une extrême gravité et qu'elles peuvent être suivies de mort à bref délai, en quelques heures ou quelques jours, au milieu de phénomènes de congestion bulbaire.

*Description sommaire de la pièce, specimen du Musée de la Faculté, No. 489, faite par le Dr Eugène Latreille:*

Le cervelet, qui pèse 270 grammes, est sensiblement et uniformément augmenté de volume, paraissant cependant un peu plus renflé dans son hémisphère gauche.

Une coupe transversale (lactéro-latérale) fait voir la surface uniforme et homogène d'une large tumeur molle, de consistance gliomateuse, grosse comme une mandarine, et occupant le centre du cervelet (tumeur en amende) tout en empiétant largement sur l'hémisphère gauche et faisant même saillie, à la surface, sous la forme d'un lobule arrondi gros comme une noisette, sur la partie antérieure la plus interne de cet hémisphère. Cette tumeur est irrégulièrement arrondie mais parfaitement circonscrite et facilement énucléable.

Sa structure histologique est celle d'un gliome à petites cellules polymorphes ou plutôt d'un glio-sarcome. Elle est composée d'amas de cellules dont les unes sont petites, arrondies ou fusiformes, et les autres plus volumineuses, de forme irrégulière, et à prolongements filamenteux (cellules araignées?). En certains points, ces cellules sont groupées les unes près des autres à la manière du sarcome; ailleurs elles sont isolées, séparées, dissociées par des faisceaux de filaments névrogliaux formant un véritable feutrage entre les divers éléments cellulaires, et aussi entre les vaisseaux qui sont très nombreux et pourvue de parois minces (embryonnaires).

Nous ne saurions terminer cette observation sans remercier cordialement messieurs les Docteurs LaSalle-Archambault et le Dr E. Latreille, le premier, pour son examen au point de vue neuralogique, et le second, pour son rapport macroscopique et microscopique de la tumeur.

## ART DE FORMULER ET L'ATTENTION QU'ON DOIT Y APPORTER.

*L'art de formuler* constitue l'application des connaissances acquises en chimie, en histoire naturelle et en thérapeutique, à l'emploi des médicaments. Pour être pratiqué avec succès, il exige donc des connaissances approfondies et variées, auxquelles il faut joindre des qualités qui ne s'enseignent pas, c'est-à-dire un tact parfait et discernement à toute épreuve. Un homme profondément versé dans la plupart des connaissances médicales, qui ne saurait pas les appliquer, est un savant mais non un médecin; car on l'a dit il y a longtemps, le vrai médecin est celui qui guérit. Une formule, ou dans un sens plus étendu, une prescription magistrale, est un écrit déterminant les substances qui doivent être administrées à un patient. Les prescriptions sont écrites en latin, pour trois raisons: *Premièrement*, c'est une langue scientifique qui peut être comprise dans toutes les parties du monde. *Deuxièmement*, les noms latins sont bien définis, et comme langue morte elle n'est pas sujette aux changements d'une langue existante. *Troisièmement*, parce qu'il est souvent nécessaire de cacher aux clients les médicaments donnés, et toujours préférable qu'il n'en sache rien.

### PARTIS D'UNE PRESCRIPTION.

Si nous examinons et étudions une prescription nous constatons qu'elle se divise en six parties.

1—*La suscription.*

2—*Le nom du patient.*

3—*L'inscription.*

4—*La souscription.*

5—*L'instruction.*

6—*Le nom ou les initiales du médecin avec la date.*

1—*La suscription.*

L'on a donné le nom de *suscription* à cette lettre symbolique **R**, qui est une abréviation du mot latin "*Recipe*", prends. Le trait dans la queue du **R** nous vient d'une coutume, qui existait aux anciens jours de superstition, voulant que ce signe soit une prière invocatoire à un dieu favori. De nos jours il reste le même et sert d'ornement à la suscription.

2—*Le nom du patient.*

Le *nom du patient* devrait toujours être inscrit au haut d'une prescription, pour être mentionné ensuite sur l'étiquette par celui qui la rem-

plit. C'est ainsi que le nom Monsieur, Madame ou Bébé un tel rendra un grand service: le médecin trouvera une référence facile s'il a à s'enquérir soit du mélange même, soit des doses données: Le pharmacien sera assuré sur les drogues qu'il donne; et l'on évitera chez le client des accidents déjà survenus, où il fut donné une dose adulte à un enfant, cause de la similitude en apparence de certaines médecines placées au même endroit, mais le nom ne paraissait, ni sur la prescription, ni sur l'étiquette.

### 3—L'inscription.

L'inscription est la partie la plus importante et requiert beaucoup de soins. Quand un médecin veut faire un composé pour y insérer ses médicaments, il est supposé suivre cet ordre, qui comprend cinq différentes parties.

1—La *base*, qui est une substance médicamenteuse sur laquelle il compte le plus.

2—L'*adjuvant*, substance qui aide à l'assimilation de la base.

3—Le *correctif*, substance qui est destinée à masquer la saveur ou l'odeur désagréable de la base.

4—Le *véhicule* ou excipient, est comme l'indique son nom, le corps qui absorbe tous les autres, les dilue et donne au tout, sa consistance, sa forme, et sa couleur. Cet ingrédient pharmaceutique peut être sec (poudre, sucre) il peut être mou (extrait, conserve, graisse), enfin, il peut être liquide, (hydrolé, hydrolat, huile).

5—Le cinquième et dernier élément d'une formule est l'*intermède*. On désigne ainsi les substances propres à unir deux ou un plus grand nombre d'autres substances, (le plus souvent la *base* et l'*excipient*) qui ne formerait sans elle un mélange homogène. Dans une formule le médecin suit ordinairement cette méthode-ci, qui est d'écrire d'abord tous les ingrédients sans se préoccuper des quantités, puis après avoir décidé du nombre de doses, ou la quantité de pillules, lozanges, capsules, suppositoires, etc., il multiplie l'unité (une seule dose) par les fois qu'elle doit être prise.

## MÉTHODE POUR CALCULER LES QUANTITÉS.

Parties	Ingrédients	Quantités de doses		Une dose	Quantité de chaque ingrédient
Base	Chloralis	16	Multiplié par	0gr. 50cgr.	8 grammes
Adjuvant	Pot, Bromid,	16		1 gramme	16 —
Correctif	Syr. zinziber	16		2 —	32 —
Véhicule	Syrupus	16		6 —	96 —

Dans ces *prescriptions improvisées* nous ne parlerons pas des formes solides qui ne présentent que très peu de difficultés; mais nous en mentionnerons trois liquides les plus usités et qui sont couramment employés.

Nous avons la *solution* qui sert dans les préparations liquides où les substances solides sont entièrement dissoutes; les *mixtures* qu'on emploie quand les liquides ne nous donnent qu'une solubilité partielle, les particules insolubles sont alors tenues en suspension; et les *émulsions*, pour mélanger des substances huileuses ou résineuses à l'eau et en faire un liquide homogène.

Avant de quitter l'inscription des médicaments, nous indiquerons au praticien quelques précautions qui s'y rattachent.

Ne pas faire d'*incompatibilité*, sachant que ce terme s'emploie pour désigner une composition chimique, une dissociation physique, ou une opposition thérapeutique. Cependant certaines d'entre elles sont parfois voilées, comme on peut le constater dans cet antagonisme suivant, qui est souvent administré avec de très bons résultats.

Exemple :

Atropine sulph. ....	grain	⅞
Morph. sulph. ....	grain	ii
Aquae q. s. ad.....	once	i

F. S. A.

Sig. : Pour usage hypodermique.

On évitera de donner des *doses supérieures* à la dose *maxima*, sans les faire précéder des signes connus tels que : *QR.* (*Quantum Rectum*) du mot voulu, ou encore en soulignant d'un trait la quantité, pour que l'on sache bien qu'il n'y a pas inadvertance, mais intention mûrie et délibérée.

Exemple :

Morph. sulph. ....	grains	vi
Syr. aurantii .....	drachmes	ii
Aquae q. s. ad.....	once	i

F. S. A.

Sig. : Une cuillerée à thé toutes les deux heures.

#### 4—*La souscription.*

La *souscription* comprend des détails relatifs à la manière d'opérer, qu'on ne donne plus d'ordinaire. Généralement le médecin met un mot ou des lettres d'usages, F. S. A. *Misce*, *solve*, etc.



5—*L'instruction.*

La *direction* qui est souvente fois appelée *signature*, s'indique par l'abréviation Sig. ou S. La signature concernant surtout le malade s'écrit dans son idiome et d'un langage vulgaire, facile à comprendre. L'habitude négligée de ne pas mentionner de direction et marquer, tel que prescrit, direction connue, etc., est à désapprouver. Fréquemment le patient oublie la direction donnée verbalement, ou l'a mal comprise et il demande au pharmacien: "Comment prend-on cette médecine?" De toute nécessité la réponse est donnée vaguement, et c'est plutôt en questionnant le client qu'il essaie de lui en faire souvenir. Même aussi le patient peut se rappeler sur le moment la direction, et plus tard l'ayant oubliée, il fait erreur et prend une double dose.

6—*Le nom ou les initiales du médecin.*

Celui qui prescrit signe son nom et son adresse, pour que le pharmacien puisse, s'il se présente une erreur ou une ambiguïté quelconque, communiquer avec lui. Si le médecin se sert de formules de prescription imprimées à son nom, il ne fera qu'initialer sa copie. La date est placée au bas de la feuille et la prescription est terminée.

## MODELE D'UNE PRESCRIPTION BIEN FAITE.

*La suscription* .....R

*Le nom du patient*.....M. Duplessis.

*Inscription:*

*Base* .....Tincturae aconiti .....2 gouttes

*Adjuvant* .....Spiriti aetheris nitrosis .....64 grammes

*Correctif* .....Syrupi aurantii .....16 grammes

*Véhicule* .....Aquae q. s. ad.....96 grammes

*Souscription* ..... F.S.A.

*Instruction* ..... Sig.: Une cuillerée à thé dans de l'eau, toutes les deux heures.

*Le nom du médecin*.... A. Roussin, M. D.

*La date* .....1-8-1896

C. Athanase Leclerc,  
Pharmacien.

## ERYTHEME INFECTIEUX

## "OBSERVATION"

Il m'a été donné, tout dernièrement d'observer un cas d'exanthème infectieux. La rareté de l'observation m'engage à la rapporter.

Il s'agit d'un bébé de six mois, que je vis, pour la première fois, le 3 janvier dernier.

A première vue, ce nourrisson, de sexe féminin, nous parut souffrir de coryza et de catarrhe des voies respiratoires supérieures. Nous étions en temps de grippe. C'était donc banal.

Mais, en l'examinant de plus près, nous vîmes que cette enfant était une adénoïdienne, respirant mal, ayant des écoulements du nez, et faisait de la fièvre. De plus, la mère nous apprit que son enfant toussait depuis très longtemps.

Enfin, ce qui n'améliorait pas la situation, l'état général de l'enfant était mauvais. Elle était chétive, peu développée, se nourrissait de peu, et ne pesait que 11 livres.

Pour un bébé de six mois, il était pour le moins en retard.

Pourtant l'histoire de la famille était bonne. Le père et la mère jouissaient d'une bonne santé; les frères et soeurs également. Seules les conditions hygiéniques laissaient quelque peu à désirer.

Bref, nous étions en face d'un rachitique, souffrant de catarrhe de voies respiratoires supérieures.

L'avenir ne nous paraissait pas brillant. La suite va le démontrer.

*Le 8 janvier*, je revois l'enfant pour la seconde fois; elle était pratiquement dans le même état.

*Le 24 janvier*, l'on me rappela de nouveau. Cette fois-ci, son état grippal s'était quelque peu amélioré; mais un autre phénomène était venu se greffer sur son état antérieur. L'enfant avait des spasmes de la glotte. Ce qui, naturellement et avec raison, inquiétait la mère.

Je mis ces spasmes, d'ailleurs légers et n'allant jamais jusqu'à la cyanose, sur le compte du catarrhe laryngé et pharyngé, dont souffrait encore notre petit malade. Ses végétations adénoïdiennes auraient d'ailleurs suffi à provoquer ces spasmes.

Comme ce dernier symptôme n'offrait aucune gravité, je fis une médecine expectative, me bornant à désinfecter les fosses nasales et l'arrière-gorge, et à prescrire un expectorant à base de miel.

Le 2 février, nouvel appel. Cette journée même, la mère était allée au dispensaire de la Goutte de Lait, et le médecin consultant lui avait dit que son bébé avait, en toute probabilité, la scarlatine, et la pria d'appeler son médecin immédiatement.

A ma visite, l'enfant présentait en effet les apparences de la scarlatine. Tout le corps était pratiquement couvert de rougeurs, d'une rougeur diffuse. Le cou, le dos était d'un rouge écarlate. Les membres étaient d'un rouge plus sombre. La poitrine présentait une teinte qui ressemblait en tous points à celle de la scarlatine. On y voyait en effet un pointillé d'un rouge vif se détachant sur une peau d'une teinte rouge pâle.

La fièvre était élevée, 104° F.

Le coryza persiste, de même que les spasmes de la glotte qui sont, comme je le disais précédemment, très légers.

Était-ce de la scarlatine ?

L'éruption sur tout le corps en donnait bien l'apparence. Et c'était bien le diagnostic qui l'on était porté à faire à première vue.

Mais ce qui a commencé à mettre des doutes dans mon esprit, c'est l'état de la langue qui n'est jamais devenue rouge, vernissée, framboisée, comme la chose a lieu dans la scarlatine.

La desquamation est venue augmenter encore mes doutes.

D'ordinaire, dans la scarlatine, la desquamation commence 12 à 15 jours après le début de la maladie, d'abord faiblement, puis elle augmente graduellement pour se continuer ensuite pendant près d'un mois.

Ici, la desquamation est contemporaine de l'éruption. Elle a commencé avec elle, et très intense dès le début. Je vis l'enfant au 2e jour de son éruption cutanée; et déjà la paume des mains et la plante des pieds desquamaient par larges lambeaux. Sur le tronc la desquamation était plutôt farineuse, furfuracée. Cette desquamation des extrémités a persisté toute la semaine; même les ongles de certains orteils menaçaient de tomber.

Cela ressemblait à de la dermatite exfoliatrice.

L'âge du bébé—6 mois—augmentait encore mes doutes sur la possibilité d'une scarlatine. C'est, d'ordinaire, de 3 à 10 ans qu'on est plus sujet à avoir cette maladie. Et puis c'est extraordinaire que la scarlatine entre dans une maison par le bébé. Ce sont plutôt les aînés qui, après l'avoir contractée à l'école ou ailleurs, l'apportent à la maison. En tout cas, depuis cette date, aucun autre cas de scarlatine n'est survenu chez les autres enfants de cette famille qui ont vécu en contact intime avec le petit malade, et qui l'auraient bien contractée, si c'eût été de la scarlatine.

Le signe du pli du coude manquait, ce signe qui se manifeste par un exanthème rosé, puis lie de vin, et que l'on provoque en mettant le bras en extension forcée.

J'ai bien constaté le signe de la bande élastique, signe que l'on provoque en serrant l'avant-bras avec une manchette élastique, et qui se manifeste par des pétéchies. Mais ce signe n'est pas pathognomonique de la scarlatine. On le rencontre dans d'autres pyrexies.

Avec cela qu'il n'y avait pas de scarlatine, à Québec, du moins pas que je sache. Le milieu épidémique est en effet un bon critérium de l'existence d'une maladie.

Il y avait bien à cette saison, un peu de grippe. C'est à cette idée que je me suis rattaché pour expliquer cette éruption chez ma petite malade, d'autant plus que le nez et le pharynx étaient le siège d'une infection assez prononcée, et étaient remplis pratiquement de mucosités purulentes.

Je me rappelle avoir rapporté dans le "Bulletin Médical", il y a 2 ans, une observation, quasi semblable, d'exanthème infectieux chez une femme grippée.

Comme elle, mon petit nourrisson était grippé; comme elle aussi, il avait l'arrière-gorge remplie de mucosités purulentes. Or les cas d'érythème infectieux se rencontrent surtout dans les maux de gorge.

En résumé, mon malade n'avait pas la scarlatine, mais souffrait de la grippe, compliquée de pharyngite et d'exanthème.

L'enfant resta dans cet état de toxémie, toute la première semaine de février, i-e, abattu, mangeant très peu, avec une température toujours élevée: 103°, 104°F., et toujours couvert de rougeurs, et desquamant surtout aux extrémités.

Il avait aussi, de temps à autre, des spasmes de la glotte, mais toujours légèrement.

Dans la journée du 8 février, son état s'aggrava. Les spasmes de la glotte, qui ne sont autre chose que des convulsions du larynx, se transformèrent en convulsions généralisées. Il en eut 8 dans l'espace de 12 heures; et il en mourut.

Deux ou trois heures avant sa mort, ses rougeurs pâlirent.

Comme fiche de consolation, je dois ajouter que les rachitiques ne résistent guère à ces sortes d'infections. Ce sont eux en général qui paient le plus lourd tribut à la maladie et à la mort.

*Albert Jobin.*

## CE PROJET D'ASSURANCE - VIE.

M. le Dr Jobin, dans le "Bulletin Médical" de décembre dernier, démontre avec raison, l'impraticabilité du projet d'assurance-vie, soumis à la dernière assemblée du Bureau, par M. le Docteur Archambault de Hull.

Veut-il trouver de nouveaux arguments confirmant la thèse exposée à ses lecteurs? Qu'il prenne le procès-verbal de l'assemblée du Collège des Médecins du 20 septembre 1920 et il pourra y lire, page 56, un plaidoyer des plus convaincant contre le "système d'appels". On y trouve les affirmations suivantes :

"Etablir une caisse sur le système d'appels à chaque décès serait "ignorer les principes élémentaires de la science de l'assurance-vie. Les "appels ne répartissent pas équitablement les pertes entre les assurés "parce qu'ils procèdent d'une manière simpliste, élémentaire, sans prévoir "l'avenir, etc.

".....Le système d'appels constitue une hérésie scientifique, parce- "qu'il ne tient pas compte de la réserve nécessaire, etc."

Chose singulière, ce plaidoyer porte la signature de J. U. Archambault, M. D., l'auteur du projet de septembre 1924.

En vertu de quelle évolution, M. le Dr Archambault a-t-il modifié ses convictions de 1920 et versé dans l'hérésie, il ne nous appartient pas de l'expliquer.

A tout événement, si nos informations sont exactes, la loi de la Province de Québec, éclairée par l'expérience du passé, ne reconnaît plus ce système désuet d'appels à chaque décès, et il serait oiseux d'en parler davantage.

Si M. le Dr. Archambault tient absolument à doter la profession d'un système d'assurance-vie, il lui faudra revenir à son projet de 1920. C'est le seul qui réponde aux exigences de la loi régissant les sociétés de secours mutuels dans notre province. Après lui avoir fait subir certaines modifications nécessitées par cette loi et requises par l'actuaire consultant du Bureau.

Mais cette assurance ne saurait être, comme le demande M. le Dr Jobin, *obligatoire* et *économique*.

En la rendant *obligatoire* : 1<sup>o</sup>—Vous violez la liberté individuelle des membres de la profession. Car il importe de ne pas oublier le résultat du referendum sur cette question : 293 ont voté pour, 30 ont voté contre, environ 2000 se sont abstenus de voter ; 2<sup>o</sup>—Vous commettez une injustice

envers les médecins âgés de cinquante ans et plus, qui se trouveront dans la nécessité de verser des primes énormes, tout-à-fait disproportionnées aux bénéfices éventuels; 3<sup>o</sup>—Vous compromettez l'existence de cette société en assurant les malades, les invalides, les infirmes, les *toxicomanes*, etc., dont la disparition prématurée diminuera les ressources du fonds de réserve.

L'assurance *au prix coûtant*, les leçons du passé le prouvent, est synonyme de banqueroute. Tous les organisateurs de sociétés de secours mutuels qui se sont appuyés sur ce principe ont eu des désastres financiers, dont malheureusement les sociétaires ont payé la casse. La plupart des médecins en savent quelque chose. Scientifiquement organisée, toute compagnie d'assurance doit exiger de ses membres une prime suffisante pour couvrir la somme de tous les risques, créer un fond de réserve assez élevé pour parer à toute éventualité, et enfin de payer toutes les dépenses d'administration. Basés sur l'expérience acquise des compagnies d'assurance les plus solides et les plus prospères, les taux minima nécessaires pour atteindre cette triple fin ne sauraient varier.

Monsieur le Dr Jobin croit pouvoir pratiquer de petites économies dans l'administration de l'assurance médicale en la confiant au régistraire du Bureau. Nous regrettons de ne pouvoir partager son optimisme.

Après obtention d'un permis gouvernemental, ou acquisition de personnalité civile, ce qui exigera un travail difficile et considérable, quels seront, en résumé, les devoirs de l'administrateur de l'assurance médicale? Cautionnement donné, sur réception des examens médicaux, (qui les revisera?) il émettra les polices, percevra les primes, donnera des accusés de réception, placera les fonds, retirera les intérêts, sur preuves de décès paiera les héritiers, préparera les rapports au trésorier provincial, enfin fera de temps à autre une évaluation de toutes les polices en force. Ces multiples opérations exigeront donc une correspondance étendue, un classement de pièces méticuleux, une comptabilité spéciale, requise par la loi et l'inspecteur des assurances, qui nécessiteront la "création d'une nouvelle charge", bien plus l'obligation "de donner un fromage à gruger", non pas à un monsieur quelconque, mais à un homme du métier, versé dans toutes ces questions, qui, par conséquent, devra être bien payé...sans oublier l'inévitable silhouette de la sténo-dactylo se projetant à l'horizon.

Le Bureau doit-il assumer toutes ces dépenses? Ce ne serait pas juste pour les médecins qui pour des raisons de santé, d'âge, ne pourront faire partie de l'association; ce serait aussi imprudent: car il est difficile de prévoir dans quelle impasse cette aventure peut placer le Collège des médecins.

Donc, l'association devra subvenir à toutes ses dépenses, fixer ses taux en conséquence, sans compter sur des économies aléatoires.

Laisant de côté les formules sentimentales: unité, fraternité, solidarité professionnelle, envisageant la question au simple point de vue *affaires*, la fondation d'une telle assurance-vie est-elle utile, est-elle nécessaire? Après avoir étudié les divers projets soumis au Bureau durant les dernières dix ou quinze années, nous avouons ne pas être convaincus de son opportunité, de son utilité, encombre moins de sa nécessité.

Que recherche un médecin dans l'assurance-vie? Garantir aux siens, en cas de disparition inopinée, un capital suffisant pour les mettre à l'abri de la misère, soit encore une pension s'il devient invalide, ou enfin une annuité pour ses vieux jours. Trouvera-t-il ces avantages réunis dans la société de secours mutuels médicale? Non. Il devra donc s'adresser à une de ces compagnies à fonds social qui par leurs systèmes d'assurance variés et perfectionnés: primes à paiements limités, bénéfiques d'invalidité, pouvoir d'emprunt, valeur de rachat, certificat de participation acquise, prolongation d'assurance, etc., leur capital et leur réserve élevés, lui fourniront une police répondant à ses besoins avec les meilleures garanties de sécurité et d'économie.

Si une assurance-vie professionnelle, qui après tout ne sera pas et ne devra pas être une oeuvre de charité, ne peut ambitionner de faire mieux, bien plus aussi bien envers ses assurés, à quoi bon tenter une entreprise dont l'organisation peut être la source d'ennuis, de déboires et de pertes pour le Collège des médecins?

La modeste caisse de secours pour les médecins nécessiteux dont la création a été autorisée par la loi de 1918, tenant compte de la population médicale de la Province, doit suffire à notre ambition. Dix mille piastres, c'est-à-dire, la moitié des épargnes du Bureau, placées en valeurs de tout repos, assureraient déjà un revenu suffisant pour aider ceux de nos confrères que la maladie, un accident, une infirmité ou la vieillesse auraient privé de leur gagne-pain. Avec le temps les ressources augmenteront, et il sera possible de secourir les médecins tombés dans l'indigence et le dénue-ment, par exemple, ce confrère tuberculeux à la dernière période qui, comme suprême ressource, mettait sa montre en loterie pour donner du pain à sa femme et ses deux enfants, ou encore ce vénérable vieillard du district de Joliette n'ayant pierre où reposer sa tête.

Éviter la répétition de situations aussi pénibles, voilà certes de la franche solidarité, de la vraie fraternité et de l'intelligente charité.

St-Ferdinand d'Halifax, 1 fév. 1925.

*L. J. O. Sirois, M. D.*

N.D.L.R.—Nos remerciements à M. le Dr L. J. O. Sirois pour son intéressante communication, qui est comme une sorte de mise au point de la question “*assuranve-vie*”. Sa compétence en la matière lui faisait presque une obligation de communiquer ses vues. Et il l’a fait pour le plus grand profit des lecteurs du “Bulletin Médical”.

Il nous permettra bien cependant de nous inscrire en faux contre certaines de ses assertions.

Ainsi, par exemple, lorsque combattant mon projet d’assurance, il affirme que, lors du referendum, 203 ont voté pour, et 30 contre, avec environ 2000 abstentions, il a commis une petite erreur. Il a confondu le projet “Archambault”, purement *facultatif*, avec le mien qui était *obligatoire*. Ce qui fait une différence du tout au tout.

Du reste, c’est sur le premier projet, que les médecins se sont déjà prononcés. Mais quant au second,.....la porte reste ouverte aux conjectures.

Donc son raisonnement tombe à faux, lorsqu’il conclut que les médecins ne sont pas favorables à mon projet.

Je ne puis non plus souscrire à cette autre affirmation de M. le Dr Sirois, à savoir que mon système *obligatoire* “violerait la liberté individuelle des membres de la profession”.

Ce n’est pas à un homme de la valeur de notre correspondant qu’il faille démontrer que la liberté individuelle doit céder le pas devant l’intérêt général. De plus ce serait faire injure à l’intelligence de nos lecteurs que de faire la démonstration de cette vérité.

Qu’il me suffise cependant de dire que l’assurance des retraites ouvrières est obligatoire en Allemagne. Ce pays ne s’en porte plus mal; les ouvriers non plus. Et tous les économistes s’accordent à dire que ce système fonctionne très bien, et même mieux qu’ailleurs où cette assurance n’est que facultative.

Un pareil système obligatoire, établi dans notre province, ne peut manquer de produire des effets semblables, et donc de travailler au bien commun de notre profession.

M. le Dr Sirois dit encore: “Vous commettez une injustice envers les “médecins âgés de 50 ans et plus, et qui se trouveront dans la nécessité de “verser des primes énormes, tout à fait disproportionnées aux bénéfiques éventuels”.

Où, diable!, le Dr Sirois a-t-il pris cela? Certainement pas dans mon article. Voyons. Mon projet d’assurance n’est autre que celui du Dr Archambault, seulement, il est obligatoire. Or dans l’assurance “Archambault”, les versements à chaque décès d’un confrère sont les mêmes pour tous les médecins, vieux comme jeunes, i-e, une piastre par décès. Donc pas d’injustice pour nos confrères aînés.



“Vous compromettez, dit-il, l'existence de cette société en assurant “les malades, les invalides, les infirmes, les toxicomanes, etc., dont la disparition prématurée diminuera les ressources du fonds de réserve.”

Et pour répondre à cette objection “des malades”, qu'est-ce qui empêcherait qu'il soit stipulé que, durant les cinq premières années, chaque assuré, en cas de décès, ne reçoive qu'une partie de son montant. Ainsi, s'il meurt dans la première année de son assurance, ses héritiers ne recevront qu'un cinquième de sa police; dans la deuxième année, deux cinquièmes, et ainsi de suite. Voyez-vous d'ici le fonds de réserve se constituer très vite. A raison de 2,000 assurés, ce fonds de réserve s'éleverait à \$80,000, au bout des 5 premières années, sans compter les intérêts.

Du reste, l'affirmation, que mon système compromettrait l'existence de cette société, est un peu trop gratuite, puisque, malgré tout, la mortalité globale de notre corps médical n'est que de 8 pour cent, précisément le taux de mortalité des compagnies d'assurance.

Enfin pour démontrer que mon système ne serait guère économique, il le charge, à volonté, de tout le rouage administratif des compagnies d'assurance à stock.

J'admets que, la première année, la besogne serait onéreuse pour notre régistiaire. Mais il n'aurait qu'à se flanquer d'une deuxième sténodactylo, pour cette année-là, pour faire cette besogne préparatoire. Dans les années suivantes, le rouage serait de beaucoup simplifié.

Je comprends que les autres compagnies d'assurance ne verraient pas d'un bon oeil la naissance de notre société de secours mutuels. Mais que voulez-vous, si c'est pour le plus grand bien de notre profession.

A. J.

---

## VIIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE.

ROME, LES 7, 8, 9 ET 10 AVRIL 1926.

Le VIIème Congrès de la Société Internationale de Chirurgie se tiendra à Rome, les 7, 8, 9 et 10 avril 1926.

Les questions inscrites à l'ordre du jour sont les suivantes :

- 1) Curiethérapie du cancer utérin.
- 2) Thérapeutique des tumeurs cérébrales.
- 3) Chirurgie de la rate.
- 4) Abcès du foie.
- 5) Résultats éloignés du traitement de l'épilepsie jacksonnienne.

Un voyage sera organisé avant et après le Congrès. Les congressistes visiteront Milan (1er avril), Padoue (2 avril), Venise (3 avril), Bologne (4 avril), Florence (5 avril).

Gènes (13 avril), Pavie (14 avril), Turin (15 avril).

Pour tous renseignements, s'adresser à Monsieur le Docteur L. Mayer, Secrétaire de la S. I. C., 72, rue de la Loi, à Bruxelles.

## LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC.

175<sup>E</sup> SEANCE

Québec, 19 décembre, 1924.

M. le Dr. J. E. Bélanger occupe le fauteuil.

Les membres présents sont Messieurs les Docteurs : J. E. Bélanger (Lauzon), Chs. Vézina, Jos. Vaillancourt, Henri Laliberté, René Turcotte, Arthur Lavoie (Sillery), Odilon Leclerc, Alph. Lessard, Alex. Èdge, Jos. Caouette, Arthur Simard, A. Brousseau, Mercier, Larue, Caron, Albert Paquet, Geo. Courchesne, Arthur Rousseau, Verreault, Saluste Roy, Albert Jobin, Achille Paquet, H. Pichette, Édouard Samson, Lavergne, Rainville, Geo. Audet, P. C. Dagneau, Jos. de Varennes, Geo. Racine, J. B. Lacroix, René Plamondon, W. Verge, Jos. Guérard, Léonide Reid, Paul Dupré, C. O. Samson, Jules Vallée, Adolphe Marcoux, Geo. Ahern, Euclide Faucher, P. V. Marceau, G. Bissonette, et le secrétaire.

M. le Docteur Jos. Vaillancourt, présente une communication intitulée : "L'Amygdalectomie ; ses raisons", dont voici le résumé :

Physiologie de l'amygdale ; son pouvoir absorbant ; l'amygdale porte d'entrée des infections. Sa fonction. Opinion diverses d'auteurs donnant les raisons pour lesquelles l'ablation de l'amygdale doit être totale et non partielle.

Microbes de l'amygdale ; l'amygdale foyer d'infection locale et à distance.

Examen microscopique et hémoculture.

Procédés variés d'examen.

Raisons de l'amygdalectomie : 1<sup>o</sup>—Lorsque les amygdales sont grosses, qu'elles se déplacent facilement, et qu'elles obstruent le passage de l'air surtout dans le décubitus dorsal.

2<sup>o</sup>—Après amygdalites répétées, aiguës, abcès, phlegmons.

3<sup>o</sup>—Rétention dans les cryptes ayant pour résultat de modifier l'odeur de l'haleine.

4<sup>o</sup>—L'infection locale.

5<sup>o</sup>—L'infection à distance ; après avoir eu soin d'éliminer d'abord toute autre cause d'infection.

Préparation du malade avant l'opération : durant les trois jours qui précèdent l'intervention, le docteur prescrit toujours le chlorure de calcium : Sur 600 observations il n'a pas eu une seule hémorrhagie sérieuse.

L'opération sera faite toujours à froid.

L'énucléation ou amygdalectomie a été préconisée par Celsus, date par conséquent de 19 siècles avant nous.

Procédés opératoires. Clichés. Opérer à ciel ouvert et toujours bien voir ce que l'on fait.

Les statistiques personnelles du Dr. Vaillancourt portent sur des sujets âgés de 3 à 45 ans.

Anesthésie générale profonde toujours.

L'éclairage sera direct: Le Dr. Vaillancourt fait voir son appareil frontal à éclairage direct dont il a eu l'idée et qu'il a fait faire par un électricien.

Présentation de nombreux clichés faisant voir les divers temps de l'intervention, divers instruments, etc.

Complications: Hémorrhagie: sur 600 opérés, 2 fois il lui a fallu mettre une suture. L'hémorrhagie n'est pas à redouter, elle est rarement sérieuse. Puis viennent les suites opératoires.

Opinions des auteurs concernant l'amygdalectomie et l'amygdalotomie.—Différence au point de vue des suites et des résultats entre l'amygdalectomie et le morçèlement.

Conclusion: l'Amygdalectomie électrique après examen complet du malade, est l'opération de choix. Sur 600 opérés, âgés de 3 à 45 ans il y a eu deux hémorrhagies sans importance: une est survenue chez une fillette hémophile; l'autre chez un homme ayant des amygdales très anchatonnées.

Mr. le Dr. René Turcot félicite le Dr Vaillancourt de son travail tout-à-fait complet, et des résultats qu'il a obtenus chez un certain nombre de malades qu'il a eu l'occasion de voir.

Il ajoute que l'examen du sang, et l'étude de la pression artérielle, avant l'intervention, rendent de grands services. Il croit devoir signaler qu'il est très important de bien enlever tout le tissu lymphoïde dont un prolongement descend le long du pilier sur la paroi latérale du pharynx.

M. le Dr. Rousseau félicite le Dr. Vaillancourt, mais croit devoir attirer l'attention sur une raison mauvaise d'enlever les amygdales; ce sont les mycoses amygdaliennes qui ressemblent à s'y méprendre aux amygdalites lacunaires. Dans les infections de cette nature il ne faudrait pas enlever l'amygdale. L'éclairage postérieur fait voir des points mycosiques sur la base de la langue; puis l'ensemencement et l'examen direct au microscope permettent de reconnaître sans crainte de s'y tromper les filaments mycéliens.

En réponse, le Dr. Vaillancourt dit qu'il a vu un cas de mycose amygdalienne il y a quelque temps, et qu'il a fait le diagnostic par l'aspect des points blancs mycosiques en forme de pointes d'aiguilles, et qui ne res-

semblent nullement dans ce cas à l'amydalite lacunaire. Il n'y a pas eu d'examen microscopique de la nature des points; mais traité par l'iode le malade a parfaitement guéri.

M. le Dr. J. E. Bélanger demande des renseignements au sujet de la diathermie préconisée à Montréal par le Dr. Wagner.

Le Dr. Vaillancourt dit qu'il a eu une opinion il y a deux ans à Paris, chez Lermoyer, concernant la diathermie: c'est un traitement ou méthode problématique. De même aussi l'électro-coagulation est dangereuse.

M. le Dr. Toussignant félicite son confrère le Dr. Vaillancourt et ajoute que l'hémorragie n'est pas à craindre. Les amygdales peuvent être opérées à tout âge sans aucun inconvénient; son dernier opéré à 65 ans et se porte très bien.

Le Président félicite le Dr Vaillancourt et conclut en recommandant aux spécialistes de s'accorder pour ne plus faire à l'avenir que l'amygdalectomie.

Le Président présente Messieurs les Docteurs Langevin et Robert de Montréal, délégués par l'Action médicale, pour nous exposer le programme et le but de la nouvelle société médicale d'intérêts professionnels, sur invitation de la Société médicale de Québec.

M. le Docteur Langevin: La question intéresse toute la profession. Il existe un grand nombre de rebouteurs, ostéopathes, masseurs et nous devons nous demander comment cela se fait-il ?

1<sup>o</sup>—Insuffisance dans nos moyens d'investigations (cite des faits à l'appui). 2<sup>o</sup>—Insuffisance de notre enseignement médical du moins en ce qui concerne Montréal.

Nos méthodes d'observation et de traitements sont incomplètes, perfectionnons les et gardons nos patients.

Abus des dispensaires: D'abord dans l'état actuel des choses, le médecin d'un dispensaire peut drainer la clientèle en appelant les clients chez lui, parce qu'il reçoit un trop faible salaire. Faisons donner des salaires convenables à tous les médecins des dispensaires afin qu'il soit bien indépendant.

Puis il y a les faux indigents protégés par le médecin en clientèle. Il faudrait plutôt protéger le médecin en clientèle contre ces faux indigents.

Pratique illégale de la médecine; commerce clandestin de la cocaïne, de la morphine, etc. L'indulgence du Collège des médecins est une question discutable.

La vente des médicaments brevetés est un désastre pour les médecins et aussi pour les pharmaciens. Le premier perd ses clients et le pharmacien fait de la médecine au comptoir. Le gouvernement donne un brevet à n'importe qui sans tenir compte de la valeur curative du médicament vendu.

Hôpitaux privés, qui ne sont à Montréal que des mauvaises maisons, annoncent dans les journaux. Ceux-ci annoncent à propos de tout n'importe quoi. L'hôpital privé devrait être obligé d'obtenir d'abord une autorisation du Collège des médecins, en lui donnant le nom du médecin en charge de l'hôpital.

Les gardes-malades qui soignent trop. Pour les accidents du travail le Collège devrait faire appeler le médecin d'abord, puis la garde-malade ensuite.

L'Assistance Publique: Par notre influence nous avons été les premiers à intervenir auprès de Sir Lomer Gouin pour faire créer l'Assistance Publique. La loi actuelle dit que les municipalités pourront payer, au lieu de devront payer pour les malades indigents. De plus la loi oblige les hôpitaux à payer un tiers du soin des indigents. C'est beaucoup trop pour les hôpitaux.

La collection médicale: L'Action médicale a trouvé un collecteur honnête, qui a des valeurs et qui est assuré. Il fait de la collection pour environ 50 médecins à Montréal, à raison d'un taux de 15%. Il faudrait fusionner les centres de collection médicale.

Formation de centres d'Action Médicale: La nouvelle organisation n'en veut pas au Collège et ne s'érige pas à côté du Collège des médecins, mais a pour but de grouper les médecins fort apathiques d'ordinaire, afin de seconder le Collège. L'union des deux fera beaucoup au point de vue professionnel.

Expansion d'un journal: Le Collège n'a pas de journal mais pourrait très bien en avoir un. Les annonceurs paient le journal.

L'Action Médicale est en état de distribuer un journal à tous les médecins de la Province.

Enquêtes à faire, concernant les faux indigents.

Experts médicaux auprès des tribunaux: le choix devrait être non-politique.

Contrôle par le Collège des activités médicales dans toute la Province. Mouvements des organisations de Tag-Day, quêtes faites un peu partout sous le manteau des médecins; ces mouvements devraient tout d'abord avoir été approuvés par le Collège.

Le Dr Langevin remercie la Société Médicale de Québec de son bon accueil et espère que ses membres prendront en considération les remarques qu'il a cru devoir leur soumettre.

M. le Dr. Arthur Simard: Félicite le Dr Langevin pour l'habileté et le tact avec lesquels il nous a présenté l'Action Médicale. Croit devoir relever quelques points soumis: Les experts médicaux. Le Collège en a fait la demande officielle à la Commission chargée d'étudier la loi des

accidents du travail, et que les nominations soient faites en-dehors de la politique en passant par les foyers universitaires. Les aurons-nous? Espérons-le.

Un journal médical dans la province: Il y en a déjà, inutile croyons-nous d'en avoir un autre. "L'Union Médicale" de Montréal et le "Bulletin Médical" de Québec discutent depuis deux ans pour en arriver à se fusionner, et constituer un seul grand journal de médecine. Il n'y a pas d'animosité entre Québec et Montréal. Il y en a peut-être à Montréal, mais certainement pas à Québec.

Un journal publié par le Collège, ne demandez pas cela. Le Collège encourage les sociétés médicales, en payant les conférenciers. Les groupements médicaux existent, mais les médecins ne s'occupent pas de leurs affaires. Il ne serait pas mauvais que la profession fut secondée.

Hôpitaux privés: Le Conseil Législatif a refusé qu'ils soient tenus d'obtenir l'approbation préalable du Collège des Médecins.

Les ostéopathes: Ils n'ont pas le droit de pratiquer dans la province de Québec. Lorsque le Collège a voulu empêcher ceux qui s'y trouvent de pratiquer, une requête venue de Montréal contenant près de 5000 noms avec tout ce qu'il y a de mieux dans la ville tels que Sir William Taylor, Shaungnessey a été soumise aux ministres, et la demande a été renvoyée.

Les charlatans: Lorsqu'ils sont poursuivis c'est toute la paroisse qui paie y compris le curé et parfois le premier ministre. D'où il vaut mieux ne pas les poursuivre. De plus il faut établir la preuve que le charlatan a pratiqué; c'est difficile, souvent impossible.

Le Conseil Médical du Canada veut annihiler le Collège des médecins dans la Province de Québec; nous discutons cette question depuis dix ans, il faut bien y faire attention.

Il est favorable à la propagande que fait l'Action médicale, mais il faut y aller *sotto voce* et avec prudence.

M. le Dr Jules Vallée: La société médicale de St-Sauveur a étudié la question de savoir s'il était opportun de poursuivre un charlatan qui pratique dans St-Sauveur. Mais comme la bêtise humaine comprend 95% de la population, elle a décidé de ne pas intervenir et de ne pas faire de réclame en faveur de ce charlatan.

M. le Dr Robert, secrétaire de l'Action Médicale, prend la parole: Il remercie le Dr Simard et le félicite pour sa grande activité en faveur de la Profession médicale. Les experts doivent être en-dehors de toute attache politique. Si le Collège et les groupements professionnels présentent un front uni, ils obtiendront du succès auprès des autorités le cas échéant.

Il n'y a pas d'animosité entre Montréal et Québec.

Le journal de l'Action médicale est tout organisé et il n'est pas de trop ; il fera connaître les revendications de chacun et de tous les médecins.

En général les sociétés médicales sont des sociétés d'études scientifiques, et ne s'occupent pas des intérêts professionnels ; l'Action Médicale, société d'intérêts professionnels s'en occupera pour vous.

Les hôpitaux privés (ici le président intervient pour souligner le fait que si l'Action Médicale connaît des hôpitaux privés qui sont des mauvaises maisons à Montréal, pourquoi ne pas en avertir le Procureur-Général qui interviendra immédiatement. Le Dr. Robert dit qu'au contraire il faut nous occuper nous-mêmes de ces questions.

Le Dr. Lessard : Des Dispensaires Anti-tuberculeux ont été préconisés par le Service Provincial d'Hygiène et plusieurs ont été établis depuis un an. L'établissement de ces dispensaires est une question sociale au premier degré. Vu les plaintes qui s'étaient élevées à leur sujet il a comparu devant le Collège des médecins en septembre dernier. En même temps que le Dr. Dorval a comparu au nom de l'Action Médicale. Il faut qu'il soit entendu que ces dispensaires ont été établis pour y rester. Comme directeur il a lui-même donné des instructions sévères et aux médecins et aux gardes-malades de ces dispensaires qui ne doivent pas être des centres de traitement mais des centres de dépistage et de prophylaxie, et cela pour les indigents seulement. Si vous avez des plaintes signalez les moi et je m'empresserai de les réprimer. Mais ce qui me surprend surtout c'est que vous soyez partie en campagne à travers toute la province et auprès des médecins, et jusqu'à présent je n'ai pas encore eu votre visite. Vous auriez dû venir me voir, nous nous serions entendus, avant d'aller prêcher partout et vous plaindre des dispensaires.

L'Assistance Publique : J'en suis aussi le Directeur. Laissez-moi vous dire que la coercition n'a jamais donné de résultats dans la Province de Québec.

M. le Dr. A. Rousseau félicite et remercie les Drs Langevin et Robert de l'Action Médicale de Montréal d'avoir eu l'amabilité de venir nous rencontrer.

Le Dr. Jules Vallée signale combien il est difficile pour le médecin en clientèle de refuser un certificat de complaisance aux indigents qui ne le sont pas. Il demande s'il n'y aurait pas moyen de faire reconnaître ces certificats par un signe conventionnel.

M. le Dr. O. Leclerc dit qu'il y a deux ans ici même, à la Société Médicale, il a demandé d'être averti lorsque des certificats de complaisance seraient donnés. Depuis deux ans de cela il n'a jamais reçu aucun avis de qui que ce soit.

Le Dr. Toussignant demande s'il ne serait pas possible de faire signer une formule de serment aux indigents.

Le Dr. Rousseau dit qu'il faut être prudent parce que la signature d'une formule de serment par les indigents en détournerait un très grand nombre du dispensaire, et empêcherait l'expansion de cette oeuvre éminemment sociale.

On procède aux élections des officiers pour l'année 1925: Il est proposé par le Dr. Jos. Vaillancourt, secondé par le Dr. Henri Laliberté, que le Dr. Albert Paquet soit élu Président.

Il est immédiatement proposé en amendement par le Dr. Geo. Ahern, secondé par le Dr. Jos. Caouette, que M. le Dr. Odilon Leclerc soit élu Président.

Avant que le vote soit pris le Dr Ahern retire son amendement et le Dr. Albert Paquet se trouve élu sans opposition à l'unanimité.

M. le Dr. Odilon Leclerc propose, secondé par le Dr. Ahern, que M. le Dr. Jos. Vaillancourt soit élu premier Vice-Président. Adopté.

Proposé par le Dr. Geo. Rarine, secondé par le Dr Geo. Audet, que le Dr Jos. Guérard soit élu 2ème vice-Président. Adopté à l'unanimité.

Le Trésorier et le Secrétaire sont réélus à l'unanimité pour un nouveau terme.

La séance est levée à 11.30 heures p.m.

*Dr. E. Couillard, Sec.*

---

## LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES TROIS-RIVIÈRES.

---

La Société médicale des Trois-Rivières vient de procéder à l'élection de ses officiers pour l'année 1925. Elles ont donné le résultat suivant: président: Dr C.-N. DeBlois; vice-président, Dr J.-B. Ayotte; secrétaire, Dr O.-E. Desjardins.

Cette élection des officiers de la Société Médicale fut précédée d'une causerie par le Dr Arthur Vallée, de l'Université Laval de Québec. Il a été présenté à l'auditoire par le Dr J.-C. Gélinas, président sortant de charge. Le Dr Vallée a pris comme sujet: "Chimie et laboratoire; échantillonnage et interprétation." Le docteur O. Tourigny a remercié et félicité le conférencier. Le Dr J.-C. Gélinas a résumé le travail fait par les officiers sortant de charge et a rappelé qu'il avait à son crédit dix réunions régionales.

---



## DEUX PETITS FAITS.

Il n'y avait pas assez des infirmières et des multiples dispensaires, voilà que certaines religieuses font de la médecine, et privent ainsi les médecins du fruit de leurs études.

Un petit exemple pour illustrer ma pensée.

Au cours du mois de janvier dernier, je fus appelé chez un de mes clients, qui demeure sur la rue Lavigueur, à Québec, pour donner mes soins à son enfant.

Tout en examinant mon petit malade, j'apprends qu'une religieuse de l'Espérance (de Québec) le soignait depuis quelques jours; mais comme elle était à bout de sa science, elle conseilla alors à la famille d'appeler le médecin.

Heureusement l'enfant n'était pas gravement malade.

Mais cette bonne religieuse ne se contentait pas de soigner l'enfant, elle donnait aussi ses soins à la mère. A tous les jours, elle lui faisait une injection sous-cutanée.

Cette pratique des injections hypodermiques se fait habituellement à Québec, par ces bonnes soeurs.

Il serait temps que les autorités religieuses missent ces bonnes dames à l'ordre.

C'est enlever aux médecins leur pain quotidien.

\* \* \*

Dans la paroisse de St-Sauveur (Québec), on donne aux parents d'un nouveau-né qu'on porte au baptême la carte suivante :

Conduisez vos bébés au dispensaire de la Goutte de lait.

462, rue St-François.

Consultation gratuite.

Les lundis, mercredis et vendredis à 10 heures du matin.

Vous recevrez sur les soins à donner à vos enfants tous  
les conseils nécessaires.

Cette carte se donne à tout le monde, aux riches comme aux pauvres.

Il est temps que les médecins protestent et s'organisent pour arrêter ces abus.

La vie va réellement devenir difficile pour les praticiens. La profession va en s'encombrant très vite.

Les dispensaires augmentent en nombre, et enlèvent aux praticiens une bonne partie de leur clientèle.

Voilà maintenant que certaines religieuses et les infirmières viennent aggraver ce mal.

Il est temps de réagir, si nous ne voulons pas être en face d'un état de choses décourageant.

Et puis, n'y-a-t-il pas un peu de notre faute, à nous médecins? N'est-il pas vrai que, du moment que s'ouvre un dispensaire, il y a une course entre les médecins à qui en deviendrait le titulaire ?

Il n'y a qu'un moyen de rétablir la justice,—je l'ai déjà dit ailleurs,—c'est que le médecin, qui est en charge d'un dispensaire, n'ait pas le droit de pratiquer la médecine.

Sans doute, il faudrait lui donner un salaire pour vivre. Et la chose est possible. Il suffirait par exemple pour la Cité de Québec, de n'en nommer qu'un seul qui se transporterait dans les différents dispensaires de la Goutte de Lait pour y donner ses consultations.

Celui-ci vivrait, tout en se perfectionnant dans cette branche de la médecine. Il n'aurait pas d'intérêt à dérober la clientèle de ses confrères. Et tout le monde serait content, parce qu'il y aurait plus de justice.

Comme les choses se passent actuellement, il y a des injustices.

*A. J.*

---

## ALBUM MEDICAL

Les lois de l'abstinence et du jeûne sont presque aussi anciennes que le monde, et leur raison d'être fut le bien de l'homme et de la société. Les médecins dignes de confiance ont toujours dit, avec raison, que l'usage constant de la viande dispose à la maladie et particulièrement à l'arthritisme avec ses manifestations aussi pénibles que variées. Ils ont même reconnu, inconsidérément, il est vrai, que l'institution du carême n'était qu'une loi exclusivement sanitaire et que les privations prescrites ne sont point de leur nature nuisibles à la santé.

Une nourriture végétale est au contraire, souverainement hygiénique. La loi du carême est une loi de conservation; et il est admirable que l'Eglise ne l'impose qu'à l'âge où le développement physiologique de l'homme est achevé. L'intempérance des viandes, l'abus des mets sont de véritables causes d'empoisonnement qui, sous des apparences attrayantes, recèlent un principe de maladie et un germe de mort.

*Dr J. Vincent.*

---