

Bibliothèque numérique

medic@

**Legendre, Paul. - Le médecin et la
vérité**

*In : Presse médicale, 1906, pp.
281-284*

Cote : 100000

LE MÉDECIN ET LA VÉRITÉ¹

par

Paul LE GENDRE

Médecin des hôpitaux de Paris

Dans l'exercice de la profession médicale un rôle considérable est dévolu aux qualités morales. C'est une considération sur laquelle on n'a pas toujours insisté en parlant aux étudiants. Avoir beaucoup lu et beaucoup disséqué, examiné beaucoup de malades et fait beaucoup d'autopsies ne suffit pas pour faire un médecin complet, digne de ce beau nom, rouage indispensable dans une société bien organisée.

Dans la formation d'un futur médecin, les maîtres, qui en assument la lourde responsabilité, ne doivent pas seulement avoir en vue le développement des aptitudes techniques, enseigner à l'étudiant à regarder, à palper, à percer, à ausculter, à recueillir des humeurs et à cultiver des microbes, occupations physiques et intellectuelles. Ils doivent encore lui enseigner l'art, déjà plus difficile, d'interroger les malades et de gagner leur confiance, car il y faut, outre la sagacité et la méthode, qualités intellectuelles, la douceur, la bonté, la prudence et l'autorité, qualités morales. Les maîtres doivent encore faire pénétrer dans l'âme du futur médecin, dès le début de sa carrière, la notion de ses devoirs présents vis-à-vis de ses condisciples et des malades qui servent à son instruction et, dans l'avenir, vis-à-vis de ses confrères, de ses clients, de la société et de la science médicale.

Dans les conférences que je consacre à la pratique médicale et à la déontologie, je reviens souvent sur les qualités morales nécessaires au praticien, qualités qui sont innées ou héréditaires chez certains étudiants, et dont ils n'ont qu'à développer les germes, qualités qui font malheureusement défaut à quelques-uns, mais que tous peuvent et doivent acquérir s'ils veulent réussir dans leur carrière. Les principales sont : la patience et la bonté, la dignité, la discrétion, la fermeté. Aujourd'hui je veux parler d'une qualité que je crains d'avoir laissée dans l'ombre et dont en vieillissant j'apprends, au spectacle de la vie médicale, à déplorer trop souvent l'absence ou l'insuffisance. Cette qualité, dont vous serez peut-être surpris, scandalisés, voire indignés de m'entendre prononcer le nom, parce que vous croirez que je vous fais injure en supposant que vous pouvez ne pas la posséder ou la pratiquer,... c'est le respect, le culte de la vérité.

Contenez pourtant votre juvénile indignation. Quand vous aurez vieilli dans la pratique de la médecine et dans la connaissance du milieu médical, vous penserez comme moi que l'on peut, sans pessimisme, exprimer le regret que, dans trop de circonstances, il y ait des médecins qui manquent de bonne foi et de sincérité. Ne vous hâtez pas de vous récrier que je fais tort à votre profession et que les médecins sont en moyenne aussi respectueux de la vérité que les membres des autres professions libérales et non libérales, que les avocats et les marchands, par exemple; il serait particulièrement ha-

bile de m'opposer ces exemples, si j'entreprendais une comparaison entre les qualités nécessaires et suffisantes à l'exercice des différentes professions, puisque l'avocat doit, par définition, travestir souvent la vérité dans l'intérêt de son client et que le marchand est par malheur trop souvent tenté de le faire dans le sien propre. Mais je ne suis pas ici pour vous faire une conférence de sociologie ou de morale générale; je prétends rester sur le terrain de notre déontologie professionnelle spéciale et je précise mon affirmation en l'expliquant et en la limitant. L'infirmité morale inhérente à tous les humains et qui les pousse trop souvent au mensonge par intérêt, par vanité ou par haine, n'est pas plus répandue chez les médecins que chez leurs frères en humanité; j'ose même dire qu'elle l'est moins que chez beaucoup d'autres, parce que la culture morale moyenne est plus élevée chez nous, et je proclame que le mensonge intéressé est exceptionnel parmi nous. Mais ce qui est beaucoup moins rare, ce qui est même assez fréquent à certains points de vue, c'est une déformation involontaire ou semi-consciente de la vérité.

Avant d'aller plus loin dans le développement de ma pensée, je dois me hâter de vous dire que vous me comprenez mal si vous croyez que je déclare que le médecin doit toujours dire la vérité. Évidemment non : il est au contraire des circonstances nombreuses où notre devoir professionnel est de la taire, de l'atténuer ou de la nier; il y a incontestablement des cas où le médecin doit mentir avec assurance, avec énergie, avec la conviction qu'il agit bien, et avec un art d'autant plus consommé qu'il est meilleur homme et meilleur praticien.

De telle sorte que le problème complexe qui se dresse devant nous, au seuil de cette étude de psychologie professionnelle, est celui-ci : quand le médecin doit-il respecter la vérité avec la plus scrupuleuse préoccupation de n'en pas déformer le moindre trait? quand doit-il la travestir?

Vous avez maintenant compris que, dans les rapports du médecin et de la vérité, il faut distinguer le côté professionnel et le côté scientifique; que dans tout médecin il y a deux hommes, celui qui soigne ses semblables et a le devoir de leur mentir parfois par humanité, et celui qui collabore plus ou moins, mais toujours dans une certaine mesure, aux progrès de la médecine ou tout au moins à la saine vulgarisation des vérités médicales actuellement connues; celui-là doit scrupuleusement veiller à ne pas déformer ce qu'il croit être la vérité.

Mais cette distinction fondamentale est insuffisante; car une courte réflexion nous fait apercevoir que, si le praticien doit souvent mentir à ses malades par humanité, quand la connaissance de la vérité ne peut leur apporter qu'un désespoir inutile, il est certains cas où son devoir est, au contraire, de leur dire une vérité douloureuse, soit dans leur propre intérêt, soit dans celui de leurs proches; enfin il est des cas où l'intérêt social exige que le médecin garde pour lui la vérité, bien que la divulgation de cette vérité doive être utile au malade qu'il soigne ou à la mémoire de celui qu'il a soigné. L'étude minutieuse des circonstances dans lesquelles le praticien doit ou

non la vérité au malade et aux pouvoirs publics est un des plus graves chapitres de la déontologie, celui du secret médical que je n'aborde pas ici. Mon but est aujourd'hui d'analyser les circonstances par suite desquelles le médecin, en tant que savant, chercheur modeste ou simple praticien, collaborateur forcé, conscient ou non, de l'évolution médicale, est trop souvent amené à altérer la vérité.

C'est surtout dans la clinique et dans les résultats de la thérapeutique que l'erreur se glisse. Car, dans les multiples sciences qui servent de base à la pratique médicale, le contrôle est toujours possible et les erreurs sont plus ou moins rapidement démasquées, plus vite à notre époque qu'à toute autre, parce que les travailleurs innombrables de tous les pays, ayant entre eux des moyens de communication incessants, ne tardent pas à redresser les fautes d'observation ou de technique; la physique, la chimie, la bactériologie, l'anatomie normale et pathologique, la physiologie et la pathologie expérimentales sont moins exposées à la pénétration d'erreurs durables par la faute d'un seul mauvais observateur, sans être pourtant à l'abri de certaines causes d'une nature particulière dont je parlerai plus loin. Mais, en pathologie humaine, la variété indéfinie des réactions morbides individuelles est telle que nulle affirmation nouvelle ne peut être repoussée à priori et que la rareté de certains faits d'observation clinique ou thérapeutique ne permet pas pendant longtemps de nier qu'ils soient possibles, lorsqu'ils ont été une fois signalés par un observateur. Cet observateur a presque toujours été de bonne foi (je suis obligé de dire *presque*, car il n'est pas inouï que des observations aient été fabriquées de toutes pièces). Mais, si le menteur en clinique et en thérapeutique est heureusement un malfaiteur exceptionnel, en dehors du monde des charlatans, il faut envisager les causes si nombreuses qui peuvent rendre inexacte une observation.

Savoir observer est un don naturel chez un petit nombre d'hommes heureusement doués, mais qui fait défaut ou n'existe qu'en germe chez la plupart. Tous les étudiants en médecine n'ont pas subi, avant d'aborder le malade, une préparation intellectuelle convenable, par des études suffisantes dans les divers ordres de connaissances qui peuvent développer l'aptitude à bien observer. Ces études doivent être multiples; les mathématiques n'y suffisent pas plus que la logique, pas davantage l'étude exclusive des sciences naturelles; il faut la réunion de toutes ces études, en proportions convenables, pour développer non seulement la précision, qui est l'essence de l'esprit mathématique et qui est bon juge dans la constatation des faits matériels, mais l'esprit de finesse, dont a parlé Pascal et qui doit intervenir dans la recherche et l'appréciation des faits de conscience, des phénomènes psychiques incessamment mêlés aux analyses de la clinique humaine.

Pour bien observer, il faut avoir non seulement la justesse d'esprit, mais la justesse des sens, la finesse, l'acuité des moyens sensoriels qui nous permettent de recueillir des données exactes: savoir regarder, palper efficacement, ne pas se tromper sur les ren-

¹. Conférences de pratique médicale faites à l'hôpital Lariboisière.

seignements que fournissent la percussion et l'auscultation sont des qualités qui s'acquièrent et se développent par la pratique, tout comme l'art d'interroger, à la condition qu'on n'ait pas négligé de le faire dès le début des études cliniques. La transmission héréditaire de ces qualités professionnelles est attestée par l'histoire de ces belles familles médicales où une lignée de praticiens obscurs aboutit à l'élosion d'un médecin illustre. Mais quand l'étudiant, qui n'a pas eu la rare bonne fortune de la trouver dans son héritage, a négligé de développer pendant son passage dans les hôpitaux son aptitude à l'observation, cet ensemble de qualités et d'habitudes dont la réunion constitue le sens et l'esprit cliniques, il fera, devenu praticien, des observations incomplètes ou erronées, à coup sûr au préjudice de ses malades, mais quelquefois aussi de la science médicale. Car un médecin mal instruit ne laisse pas quelquefois d'être un ambitieux et même un chercheur de bonne foi, qui ne négligera aucune occasion de publier des observations recueillies par lui et radicalement faussées par son instruction mal faite. Il est à noter malheureusement que cette mauvaise éducation clinique n'est pas incompatible avec une érudition assez étendue, si bien que de tels mauvais observateurs peuvent pendant assez longtemps faire illusion au lecteur qui ne les connaît que de nom et qui est tenté de faire crédit à leur esprit clinique en considération de l'étagage d'érudition dont s'entourent les faits inédits publiés par eux.

Aussi le strict devoir de quiconque contribue à diriger les premières études d'un futur médecin est-il de lui faire examiner sous ses yeux les malades, en suivant pas à pas les détails de cet examen avec une attention assez soutenue pour lui signaler au fur et à mesure non seulement les causes d'erreur qui peuvent fausser son interprétation des faits (ce qui n'est que la seconde étape de l'examen clinique), mais les erreurs inévitables qui se glissent à chaque instant dans la récolte même des faits d'observation et dans l'interrogatoire d'un débutant. La plus fréquente des causes d'erreur en clinique est l'existence chez les médecins de mauvaises habitudes d'observation ou, pour mieux dire, l'*absence de bonnes habitudes* prises à l'hôpital dans les premières années, dans les premiers mois de la scolarité.

Le rôle du maître ne doit pas se borner à surveiller l'examen et l'interrogatoire; il doit avec autant de soin veiller à la *rédaction de l'observation*; car c'est là que l'erreur peut à chaque instant se glisser et se glisse effectivement, involontaire presque toujours, mais non toujours, hélas! de la part de l'étudiant.

Pourquoi et comment se produisent les altérations de la vérité?

L'analyse des causes d'erreur qui peuvent entacher les publications médicales et même l'enseignement, troubler d'une manière plus ou moins durable les progrès de notre art, ou tout au moins retentir fâcheusement sur la pratique d'un certain nombre de praticiens, trop confiants dans les nouveautés, montre qu'elles peuvent appartenir à trois catégories.

Il y a des erreurs par *omission* ou sup-

pression, auxquelles s'ajoutent celles qui découlent d'une fausse et trompeuse simplification; — des erreurs par *addition* ou exagération; — des erreurs par *supposition* ou hypothèse téméraire.

— Les erreurs par *omission* sont inévitablement communes chez les débutants, et les plus excusables au début, puisqu'elles découlent de leur insuffisante instruction; elles doivent devenir de plus en plus rares, si les étudiants sont assez étroitement surveillés et, si elles sont encore commises par des praticiens, c'est en conséquence des mauvaises habitudes qu'ils ont contractées ou parce qu'ils n'ont pas pris de bonnes habitudes dès le début de leurs études. Combien d'observations publiées sont inutilisables et sans conclusions possibles par insuffisance de renseignements thermométriques précis, d'analyses d'urines, de poids des malades, de certaines explorations (naso-pharynx, organes génitaux, rectum, etc.).

Il y a des cas où le rédacteur d'une observation, rencontrant pendant son enquête un fait ou un commémoratif dont il ne sait pas le lien avec le diagnostic admis, supprime sans scrupule ce renseignement parasite, dont la mention, provisoirement inutilisée et inutilisable, pourrait devenir précieuse aux travailleurs de l'avenir.

Une autre cause d'erreur par omission, imputable à certains maîtres, est de trop simplifier les descriptions de maladies pour diminuer les efforts de mémoire aux auditeurs et aux lecteurs, en ramenant les types morbides à des schémas. L'intention est louable, et, dans une certaine mesure, il peut être nécessaire, quand on enseigne à des débutants, de simplifier les descriptions, mais cette simplification ne doit pas dépasser certaines limites. Récemment, un des maîtres de la clinique chirurgicale, le professeur Guyon, signalait « le danger de la fausse simplification qui, loin de rendre la tâche plus aisée, égare et conduit à l'erreur. » Quand on s'est accoutumé à éloigner de toute description de maladie les symptômes contingents, on finit par ne plus avoir dans l'esprit qu'une pathologie schématique et une ontologie fantomatique, qui constitue le fond commun de la littérature des mauvais manuels. Celle-ci peut servir à passer devant des juges distraits un examen, qui n'aura certes rien de probatoire au point de vue de l'aptitude à l'exercice médical.

On peut également reprocher à la méthode mécanique et artificielle, qui tend à prévaloir dans la préparation de nos concours de l'externat et de l'internat, de bâti sur ce fondement trompeur l'éducation d'un trop grand nombre de médecins. Elle peut permettre à un étudiant encore très jeune de faire deux ou trois épreuves suffisantes sur des sujets prévus par ses chefs de conférence; mais, si le lauréat, trop fier de ce résultat et s'estimant assez instruit désormais, ne doit voir, pendant son temps d'hôpital, les innombrables cas particuliers que la réalité fera défiler sous ses yeux qu'à travers les cadres simplistes de ses tableaux synoptiques appris par cœur, il est voué à rester toute sa vie un pitoyable observateur, n'ayant pour explorer les réalités incessamment changeantes de la clinique qu'une lunette qu'il ne sait pas mettre au point.

— Les erreurs par *addition* sont faites

le plus souvent après coup, lorsque le rédacteur d'une observation, relisant les notes prises au jour le jour, s'aperçoit qu'il manque à sa description quelques traits de nature à la faire rentrer dans les cadres classiques, à la rendre superposable aux schémas précisés, dont il faut tant se méfier. Il ne résiste pas toujours à la tentation de corriger ça et là certaines lacunes ou anomalies, pensant avoir oublié de noter au jour donné ce qui « devait être ». Ce maquillage à demi volontaire est assez fréquent de la part des étudiants; on s'en rendra aisément compte en relisant comparativement les notes prises quotidiennement par l'élève et la rédaction définitive qu'il vous remet quelques semaines ou quelques mois plus tard.

Il n'est pas exceptionnel que des observations frelatées inconsciemment soient utilisées dans des publications à prétention scientifique. Pour peu qu'un étudiant réunisse des matériaux en vue d'une thèse à soutenir, il a une tendance naturelle à faire rentrer dans son cadre le plus de faits possible à l'appui de l'opinion qu'il défend et c'est alors que le « coup de pouce » à demi-conscient n'est pas rare. Il m'est arrivé de lire, dans une thèse imprimée, des observations de malades dont j'avais suivi l'évolution et qui différaient assez notablement de la réalité pour semer des germes d'erreur; il nous est impossible de contrôler toujours avant la publication la rédaction de faits puisés dans nos services, si actifs et où se succèdent tant d'élèves; d'ailleurs, bon nombre sont utilisés sans notre aveu et même à notre insu. La conclusion qui s'impose est, pour les chefs de service, la préoccupation constante d'imprimer de toute leur force à leur entourage le souci scrupuleux de la vérité; d'écartier autant que possible les causes d'erreur. Une température mal prise par le malade lui-même, oubliée par l'infirmier, reconstituée de mémoire inexactement par la surveillante, un médicament oublié ou administré à une dose différente de celle qui avait été prescrite, qui donc, ayant vécu longtemps dans les hôpitaux, affirmera que ce sont des éventualités si exceptionnelles qu'elles soient négligeables comme causes d'erreur?

Et les statistiques globales portant sur l'ensemble des hôpitaux, sur un hôpital, sur un seul service même, qui peut leur attribuer une valeur incontestable et une bien haute portée? Combien de causes d'erreur s'y glissent! Combien de fois le diagnostic n'a-t-il pas été inscrit par un autre que celui qui connaissait réellement le malade et avant une autopsie qui vient démentir le diagnostic! Et, dans ce cas, la rectification est-elle souvent faite sur la feuille statistique et sur le registre de l'hôpital? Ces causes d'erreur sont inévitables dans des établissements où le mouvement est aussi actif, le personnel médical et administratif aussi surmené que dans nos grands hôpitaux parisiens. Luttons de toutes nos forces pour réformer cette situation fâcheuse. Mais reconnaissions que présentement toute statistique, dans laquelle un chef de service ou un interne utilise d'autres matériaux que ceux qu'il a recueillis lui-même, avec un souci constant d'éviter toutes les causes d'erreur imaginables, est un document à écarter, pour cause de suspicion légitime, de toute discussion vraiment scientifique.

— La troisième catégorie des erreurs qui se commettent en médecine est celle qui a pour point de départ une pure supposition, une *hypothèse sans fondement*. Je suis bien loin de penser que l'hypothèse doive être bannie du domaine scientifique, puisqu'il est évident que la marche en avant n'est possible que par le moyen d'hypothèses, constructions volantes, provisoirement nécessaires aux architectes de la science pour tâter la solidité du terrain sur lequel ils s'engagent, et qui sont non seulement légitimes, mais nécessaires, utiles et non nuisibles, à la condition que leurs auteurs les démolissent eux-mêmes lorsque leurs propres constatations ultérieures ou les justes critiques d'autrui leur en ont fait comprendre l'instable équilibre. Les causes d'erreur résident non pas dans l'essai d'une hypothèse, mais dans la dénaturation inconsciente ou demi-consciente des faits qui sont appelés à étayer cette hypothèse. L'histoire de la médecine est pleine de ces aventures de théoriciens, emportés par le désir de défendre leurs hypothèses et entraînés soit à refuser de tenir compte des critiques de leurs contradicteurs, soit à nier, sans les contrôler, la validité des expériences ou des faits qui leur sont opposés. Les médecins sont comme tous les hommes, quand ils ne se maintiennent pas l'esprit libre et sont portés aux tendances extrêmes : les uns sont misonéistes, réfractaires aux idées nouvelles ; les autres, néomanes, engoués de toute nouveauté. Si les premiers, par leur obstination dans l'immobilité, entravent le progrès de la science, les autres, par leur engouement impulsif et irréfléchi, peuvent aussi le contrarier, en l'aiguillant temporairement dans des voies sans issue. Les uns et les autres, s'ils se multipliaient dans le monde médical, seraient également des fauteurs d'erreur. Car, suivant la forte parole de mon maître le professeur Ch. Bouchard, « il y a deux manières de ne pas voir la vérité, c'est de fermer obstinément les yeux devant elle ou d'être aveuglé par elle ».

III

Nous avons vu comment naît l'erreur, quels sont ses modes pathogéniques. Il nous reste à dire comment elle se propage, quels sont ses processus de généralisation.

C'est par les livres et par les journaux que l'erreur se propage. Entendons-nous : par les livres mal composés et par les périodiques mal dirigés. Ayant pris part, pendant plus de dix ans, comme rédacteur et comme secrétaire de la rédaction, à la confection de plusieurs journaux médicaux, je crois pouvoir, avec quelque compétence, signaler la genèse de ces erreurs, qui manquent à la classification célèbre de François Bacon ; les « idoles » de la Typographie méritent une place à côté de celles du Forum et du Théâtre.

L'erreur peut d'abord être purement graphique, conséquence d'une simple faute d'écriture ou d'imprimerie : c'est le lapsus de l'auteur ou la coquille du typographe, qui échappent à l'auteur parce qu'il n'a pas bien corrigé ses épreuves et au secrétaire de la rédaction qui la laisse passer à son tour. Ces lapsus, s'ils ne sont que des erreurs d'orthographe ou de mots sans importance, n'ont pas plus de gravité dans les imprimés

médicaux que dans tout autre imprimé : le lecteur corrige mentalement l'erreur. Mais, dans notre littérature médicale, de quelle importance ne sont pas les erreurs de dates, de symptômes, d'âge des malades, de doses des médicaments ! Et cependant nous en voyons à chaque instant dans nos livres et nos journaux. L'erreur typographique, une fois née, à la vie dure, sachez-le : on la trouve reproduite dans plusieurs éditions successives du même livre et par d'autres journaux que celui qui l'a engendrée. Pourquoi ce genre d'erreur est-il si vivace ? Pour plusieurs raisons.

D'abord les publications scientifiques ou pseudo-scientifiques en médecine ont pris, dans le dernier quart du siècle, une extension que je n'hésite pas à qualifier de déplorable. Est-ce seulement à cause des progrès rapides de la science ? Non, car la multiplication des publications se serait vue au même degré dans toutes les sciences, et c'est seulement en médecine que sévit abusivement la prolifération extraordinaire de l'imprimé.

La raison doit en être cherchée principalement dans le développement extraordinaire de la publicité commerciale des médicaments, par suite de laquelle d'innombrables journaux, soi-disant médicaux, ont été fondés par des industriels pour favoriser la vente de produits pharmaceutiques ou connexes à la pratique médicale. La rédaction de ces feuilles a été confiée d'abord à des personnes incomptentes ou mal rétribuées, étudiants ou médecins besogneux, qui tantôt se contentaient de découpures des journaux parus antérieurement, tantôt procédaient à un démarquage maladroit. Mais, que les vecteurs de l'erreur aient été des ciseaux aveugles ou des plumes ignorantes et trop pressées, la conséquence fatale devait être le travestissement fréquent de la vérité.

Une seconde cause a été l'internationalisation rapide des connaissances médicales à l'époque contemporaine. Après avoir si longtemps dédaigné le mouvement scientifique étranger, à tel point qu'à l'époque où j'ai commencé mes études le professeur Jacobcoud étonnait tout le monde par sa connaissance des littératures étrangères, le public médical français s'est pris tout à coup d'un engouement peut-être excessif pour tout ce qui s'écrit en médecine dans les plus lointains pays. Chaque périodique, même parmi les plus modestes, a voulu avoir son reportage étranger à l'instar des plus grands journaux :

Tout bourgeois veut bâtir comme les grands seigneurs.

Le nombre des rédacteurs assez familiarisés avec les langues vivantes pour dépouiller correctement les publications étrangères n'égalant pas les besoins des éditeurs de journaux de médecine, les analyses et revues des publications étrangères ont été trop souvent rédigées de façon inexacte ou incomplète. Les dangers des erreurs en pareille matière ne sont pas si minces qu'on pourrait le supposer.

En conséquence de l'engouement pour la médecine étrangère, on a vu des médecins néomanes, sur la foi de comptes rendus inexacts ou incomplets, appliquer sans hésitation le remède nouveau ou la médication exotique, et c'est une imprudence qui peut n'être

pas sans inconvénient grave pour leurs malades, quand le traducteur avait mal compris ou laissé passer des erreurs de posologie, substituant, comme je l'ai constaté, des centigrammes ou même des grammes aux milligrammes.

A côté des inexactitudes des traductions qui justifient le vieux proverbe italien « traduttore, traditore », se placent les erreurs dans les comptes rendus des sociétés savantes et des congrès, dans les analyses des travaux même français, et elles fourmillent, si on veut prendre la peine de les relever. Si les auteurs de communications ne se donnent pas la peine de faire eux-mêmes le résumé de ce qu'ils ont dit avec leurs conclusions très précises, ils doivent s'attendre trop souvent à ne plus reconnaître leur pensée, dans les comptes rendus de beaucoup de journaux ; heureux, si elle n'est que tronquée et incomplètement rendue ! Il peut arriver qu'on leur fasse dire le contraire de ce qu'ils ont dit.

Ces grossières erreurs, qui sont relativement rares dans les journaux médicaux, sont la règle dans la presse générale et malheureusement vous savez combien le public est friand de vulgarisation des « choses de la médecine ». Ils sont rares, les grands périodiques politiques qui se sont assuré la collaboration de rédacteurs compétents pour traiter ces questions ; la plupart démarquent les journaux médicaux et de démarquage en démarquage nous pouvons juger chaque jour ce que devient la vérité médicale !

Une autre cause d'erreur en médecine, celle-ci d'un ordre plus relevé, mais non moins importante, est l'opinion erronée que beaucoup d'écrivains prétendent de bonne foi à leurs devanciers, faute de s'être reportés aux travaux originaux, de remonter aux sources. Notre si regretté collègue et ami Delpeuch, érudit sincère, qui savait remonter aux sources, avait relevé de bien curieux exemples d'erreurs médicales perpétrées à travers les âges, et consistant soit à attribuer à un auteur la paternité d'une opinion qui émanait d'un autre, soit à dénaturer un texte dès l'origine par une erreur de traduction ou d'interprétation.

A tant de causes d'erreur y a-t-il des remèdes ? Je le crois. Une attention soutenue de la part de beaucoup d'entre nous pourrait singulièrement favoriser une réaction contre tant de fâcheuses habitudes. Pour ce qui est de la presse médicale, de fréquentes protestations des intéressés contre les comptes rendus inexacts dont ils sont victimes amèneraient peu à peu les rédacteurs à remplir plus soigneusement leur tâche. Il faudrait signaler sans se lasser des erreurs qui nous frappent à la lecture des choses que nous connaissons bien, et même quand ces erreurs ne nous touchent pas personnellement. Quand on ne réclame la vérité que dans l'intérêt public, on ne peut être taxé de vouloir faire du bruit autour de son propre nom.

Le remède sort parfois du mal lui-même, et, la concurrence aidant, de la masse des périodiques sans valeur, qui servent de base à la réclame, s'en dégagent déjà quelques-uns qui sont convenablement rédigés, avec une allure scientifique, les industriels qui les ont créés ayant compris qu'une publicité, pour être efficace, doit avoir un fondement capable d'inspirer à ceux auxquels elle s'adresse le désir d'en lire l'organe.

Il serait très souhaitable que les médecins qui dirigent nos grands périodiques scientifiques s'assurassent toujours des collaborateurs spécialistes, journalistes professionnels, assez bien rétribués pour pouvoir vivre de leur plume et desquels on pourrait exiger plus d'exactitude que de tant de collaborateurs occasionnels et amateurs.

Il faudrait développer chez les étudiants le sain esprit critique et le culte des « historiques » sincères. Mais l'historique devrait être banni de toutes les épreuves des concours qui se font de mémoire, car ils sont inévitablement inexacts.

Enfin tous ceux qui ont charge d'enseignement devraient faire les plus grands efforts pour inspirer aux étudiants le souci de l'exactitude scrupuleuse et les convaincre que, si, dans l'ordre professionnel, toute vérité n'est pas bonne à dire, dans l'ordre scientifique la plus belle devise pour le médecin est : *Vitam impendere vero.*

SOCIÉTÉS DE PARIS

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE

Avril 1906.

Opération césarienne pratiquée pour prévenir une rupture utérine imminente. — *M. Potocki.* La rupture utérine est un accident des plus graves au cours de l'accouchement. Le pronostic en est cependant amélioré aujourd'hui, grâce aux interventions chirurgicales.

Dans cette observation, il s'agit d'une femme à bassin petit dans toutes ses dimensions, annelé, dont le diamètre promonto-sous-pubien était de 9 cm, 5. Cette femme accoucha une première fois à l'aide du forceps, une deuxième fois spontanément d'un enfant vivant.

Lors de son troisième accouchement, la tête resta au-dessus du détroit supérieur, malgré des contractions très énergiques et presques incessantes, la dilatation étant complète depuis longtemps et la lèvre antérieure étant cédémateuse. L'utérus ayant la forme d'un sablier, avec segment inférieur cédémateux et col revenu sur lui-même, l'auteur estima que l'utérus devait être évacué rapidement; il fit l'extraction par la voie abdominale. On trouva le péritoine décollé du tissu musculaire de l'utérus et de l'infiltration du tissu cellulaire lâche.

Bien entendu, cette opération césarienne fut conservatrice et se termina heureusement pour la mère et l'enfant.

— *M. Pinard* félicite *M. Potocki* de sa décision. Il a observé un cas de ce genre dans lequel il eut tort de faire la symphyséotomie. Pour lui, il est nécessaire de mettre dans l'esprit de tous le cortège symptomatique qui imposera l'accouchement par la voie haute. Tout tissu infiltré ayant perdu son élasticité et étant, par suite, menacé de déchirure, toute autre opération eût été contre-indiquée.

— *M. Champetier* s'associe aux paroles de *M. Pinard* et regrette de n'avoir pas pris plus souvent la détermination de *M. Potocki*.

Métrite cervicale et caustique Filhos. — *M. Richelot* vient de traiter par sa méthode une métrite cervicale qui était accompagnée d'entéro-colite. Ces deux affections guérissent, et l'état nerveux de la malade se modifie beaucoup : ce qui prouve qu'on doit toujours traiter les métrites cervicales même légères.

L'auteur s'élève contre les différents traitements qu'on a employés dans le cas de métrite — curetages, opérations diverses sur le col, injections vaginales chaudes, etc. —, pour préconiser à nouveau la destruction des glandes malades par le Filhos, surtout chez les arthritiques nerveuses, chez lesquelles la moindre métrite se traduit par des réactions très vives.

Pour *M. Richelot*, le réflexe utérin commande le spasme intestinal et détermine l'entéro-colite chez les arthritiques nerveuses.

— *M. Pinard* estime que, cette observation étant de date très récente, on n'est pas autorisé à affirmer que

la disparition d'une lésion du col utérin a fait disparaître à tout jamais l'entéro-colite.

Il n'est pas douteux que les neuro-arthritiques ne présentent des poussées saisonnières avec folliculite du col. Or, chez ces femmes, tout cela disparaît en un mois, sous l'influence d'injections chloralées et d'une bonne hygiène, sans recourir à aucun topique. Pour lui, ces femmes sont des intoxiquées qu'il faut traiter par le régime lacto-végétarien.

— *M. Pozzi.* Le caustique Filhos n'est pas une panacée. Jusqu'à présent, il ne s'agit que d'observations isolées.

— *M. Monod* emploie volontiers le caustique Filhos dans les cas de col gros, avec sensations de pesanteur et troubles réflexes. Il en a obtenu de bons résultats, comme d'ailleurs avec les caustiques anciens.

— *M. Pinard* pense que le caustique Filhos peut rendre de grands services dans les cas de mètrite infectieuse, avec follicules ouverts se réinfectant constamment, mais, pour les cols qui présentent des granulations analogues à celles de la gorge, l'hygiène suffit, d'autant plus que ces cols deviennent de plus en plus malades quand on intervient.

Quant à l'entéro-colite, c'est souvent un réflexe, qu'on observe également dans les cas d'appendicite, et qu'on voit disparaître après l'intervention chirurgicale ; mais il faut surtout chercher la cause de ce réflexe dans l'insuffisance des émonctoires. C'est évidemment dans ces cas que l'hygiène est toute-puissante.

— *M. Richelot* n'appelle pas *mètrite infectieuse* le catarrhe glaireux : c'est là un simple exsudat d'un col congestionné, sur lequel il ne met pas de caustique Filhos. Le type de l'emploi de ce traitement, ce sont tous les cas de sécrétion muco-purulente.

L. BOUCHACOURT.

XV^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Lisbonne, 19-26 Avril 1906.

Suite¹

SECTION VI. — PÉDIATRIE

20 Avril

RAPPORTS.

La chirurgie orthopédique dans les affections d'origine nerveuse, spastiques et paralytiques. — *M. O. Vulpius* (Heidelberg), rapporteur, déclare qu'il s'occupe depuis dix ans tout particulièrement du traitement des paralysies et spécialement de la paralysie spinale infantile.

Au début, il s'était d'abord intéressé à étendre les indications et à perfectionner la technique de la greffe tendineuse. Et, comme il arrive souvent, avec l'intérêt augmentait le nombre de ses observations. Il en vint ainsi naturellement à essayer également d'autres méthodes de traitement. Actuellement, grâce à une expérience portant sur plusieurs centaines de cas, il se déclare en mesure de pouvoir juger de la valeur de toutes les méthodes de traitement.

M. Vulpius envisage successivement l'emploi des appareils orthopédiques, l'application de l'arthrodèse et enfin celle de la transplantation tendineuse.

— *L'appareil orthopédique moderne* permet une fixation excellente des articulations ballantes, il permet même une fixation temporaire et au gré du malade ; mais il est coûteux, pénible à porter. Enfin, chaque appareil orthopédique a un certain poids, qui n'est peut-être pas une surcharge pour une extrémité saine, mais qui devient un fardeau pour une jambe affaiblie par la paralysie.

L'appareil orthopédique le mieux fait doit être considéré comme un pis aller.

— *L'arthrodèse* est indiquée dans les cas de paralysie totale de tous ces muscles appartenant à une articulation ou bien si les muscles sont réduits à si peu de chose qu'ils ne peuvent pas empêcher le ballonnement articulaire. *M. Vulpius* a exécuté très souvent cette opération aux articulations du pied, du genou et de l'épaule. Il a évité par contre de rechercher l'ankylose opératoire des articulations de la hanche, du coude et de la main.

Sa technique est la suivante : les surfaces articulaires sont largement mises à nu et les cartilages sont complètement abrasés de telle sorte que l'os apparait

par place et que les surfaces deviennent irrégulières et ridées. Il ne suture les deux os qu'à l'épaule et il fait cette suture avec du fil d'argent. En outre, il abandonne l'ankylose de l'articulation détruite à la guérison naturelle qu'il favorise par la fixation dans un appareil plâtré exactement adapté pendant au moins trois mois.

L'arthrodèse fournit des résultats excellents et durables si elle est exécutée sous des indications précises et avec une bonne technique.

— *La transplantation tendineuse* trouve son domaine et ses indications dans les paralysies partielles, celles où, à côté des muscles totalement paralysés et dégénérés, s'en trouvent de complètement sains, même hypertrophiés ou alors atrophiés par l'inactivité, ces derniers faciles à reconnaître par leur couleur rose. Cette sorte de paralysie entraîne non seulement la perte partielle de la fonction, mais aussi une contracture et, plus tard, une disformité paralytique fixe.

On a su depuis longtemps corriger de telles disformités par le redressement et la ténotomie. Mais, par ces procédés, le malade n'est pas protégé contre une récidive, parce que la cause du mal, le trouble de l'équilibre musculaire, n'est pas supprimé définitivement. Or, c'est le rétablissement de cet équilibre, le rétablissement, tout au moins, des fonctions les plus importantes de l'articulation que vise la transplantation tendineuse.

La technique de cette opération, telle que la pratique *M. Vulpius*, est la suivante : les tendons sains et paralysés doivent être mis à nu jusqu'à l'extrémité périphérique de leurs muscles, pour se rendre compte de l'état de ces derniers par la biopsie. Autant que possible, *M. Vulpius* fait la transplantation totale, c'est-à-dire qu'il coupe et utilise le muscle et le tendon sains en totalité. Si la transplantation partielle est nécessaire, il divise le tendon jusque dans le muscle pour assurer à la partie à transplanter l'indépendance fonctionnelle possible. Presque toujours il suture tendon sur tendon et renonce à la fixation périostée du tendon à transplanter.

Il choisit pour la transplantation des muscles apparentés au point de vue fonctionnel avec les muscles paralysés, mais on peut aussi se risquer à employer des antagonistes, en fixant par exemple les fléchisseurs sur les tendons extenseurs.

La tension suffisante des tendons, la fixation exacte dans l'appareil et le traitement post-opératoire soigneux sont d'une importance particulière.

Quant aux résultats, s'ils ne justifient pas tout à fait l'enthousiasme de la première heure, ils n'en restent pas moins très encourageants.

La greffe tendineuse produit dans la plupart des cas une amélioration fonctionnelle sous condition d'un bon choix des cas, d'une technique exacte et d'un traitement post-opératoire suffisant.

Ces résultats sont durables, ainsi que *M. Vulpius* a pu s'en assurer par sa pratique qui remonte à plusieurs années.

— *M. P. Redard* (Paris), co-rapporteur, lit les conclusions de son rapport dans lequel il étudie la valeur des diverses opérations chirurgicales orthopédiques dans le traitement des affections spastiques et paralytiques. Il expose longuement la technique des transplantations tendineuses et affirme la très haute valeur de cette opération, qui peut, dans quelques cas, rétablir l'équilibre musculaire, améliorer la fonction, maintenir la correction de la disformité et s'opposer à son retour.

— *M. Salazar de Sousa* (Lisbonne), co-rapporteur, estime que le milieu portugais n'est pas bon pour l'étude des disformités, car la plupart des gens du peuple préfèrent abandonner les disformes aux seules ressources de la nature. Aussi son opinion sera-t-elle peut-être différente de l'opinion courante dans les autres pays.

Il estime que, pour les affections paralytiques, l'arthrodèse est plus souvent indiquée que les transplantations tendineuses ; celles-ci ont seulement la préférence pour les disformités des mains, où l'on recherche plutôt la dextérité que la force.

En ce qui concerne les affections spastiques, le rapporteur croit que, excepté pour les cas invétérés, les traitements de choix sont les ténotomies, les approchements tendineux suivis d'hypercorrection et d'imobilisation dans un appareil plâtré. Les transplantations seront réservées pour les cas rebelles, soit par l'ancienneté, soit par l'exagération de la contracture, accompagnée d'une manifeste atrophie des antagonistes, puisqu'elles vont agir : a) par la ténotomie des muscles contracturés ; b) par l'abolition permanente d'une partie de ces muscles ; c) par le trans-

(1) Voir *La Presse médicale* 1906, n° 33, p. 364, n° 34, p. 274 et n° 35, p. 280.