

INFORMATION SANITAIRE

Vaccination Antivariolique

En réponse à la lettre circulaire de l'Office International d'Hygiène Publique relative à la vaccination antivariolique, le Chief Executive Assistant Department of Pensions & National Health of Canada, formule ci-après l'expression officielle de l'opinion du Département des Pensions et de la Santé publique du Canada.

1. En ce qui concerne la récolte et la préparation de la lymphé: N'étant pas familiarisés avec la technique pratiquée en Europe, il ne nous est pas possible de présenter de suggestions. En ce qui concerne la culture en tissus du virus vaccinal: bien que la culture en tissus du virus ait fait ses preuves dans les laboratoires à diverses reprises, la technique actuelle ne pourrait suffire à la production sur une vaste échelle que les demandes de vaccin exigent, en conséquence, on ne peut suggérer la substitution de ce procédé au procédé de récolte sur la génisse.

2. En ce qui concerne la mise en évidence de l'immunité contre la variole et la vaccine: Il serait possible de substituer à la revaccination, comme épreuve d'immunité, une méthode sérologique, si l'on parvenait à instituer un procédé pratique sur les bases indiquées par le Dr. M. H. Gordon (Medical Research Council, Special Report Series, No. 98, 1925) ou par extension de la réaction de floculation de la vaccine du Dr. J. Graigie (Br. Jour. Exp. Pat. 1932, XIII, 259).

En ce qui concerne spécialement les commentaires du délégué de l'Allemagne, sur le rôle des "germes associées" dans le vaccin je puis présenter ci-après le résultat de notre expérience au Canada. (a) D'après l'expérience des fonctionnaires de ce Département dans l'examen des différentes lymphes vaccinales qu'on trouve sur le marché canadien, on peut constater que la présence de staphylocoques peut être diminuée dans une large mesure par la pulvérisation quotidienne sur les zones d'inoculation de la génisse, d'une solution de Vert brillant à 1,500 en commençant une demi-heure après la scarification (Defries et McKinnon, Transac. Roy. Soc. Canad. 1932, Sec. V, 259). On estime que tous les efforts doivent être faits, dans la préparation du vaccin, pour éliminer autant que possible ces microcoques. (b) En dehors de l'addition de phénol dans la glycérine, employée couramment ici, concurremment avec le vieillissement de la lymphé pendant quelques semaines, on ne connaît pas de méthodes pour détruire les staphylocoques, ni, ce qui serait préférable, pour limiter le nombre des bactéries en général. Les règlements canadiens tolèrent dans la lymphé vaccinale un nombre total de 2,500 microorganismes par millilitre (cent. cube) ou dose équivalente, soit 5 microorganismes par deux milligrammes. Il doit être signalé sous ce rapport, que le nombre de bactéries trouvées dans la lymphé vaccinale vendue sur le marché canadien est en général inférieur au chiffre limite indiqué par le règlement; très fréquemment même on trouve des tubes capillaires stérils. (c) En ce qui concerne les méthodes pour éprouver les caractères pathogènes des staphylocoques, on peut inoculer à des lapins par voie intraveineuse une dose de 0 millilitre 5 d'une culture en bouillon ou d'une suspension de culture sur gélose provenant du vaccin, et après avoir sacrifié l'animal au bout d'une semaine, rechercher dans les tissus les foyers d'infection. On peut aussi inoculer dans la peau 0 cc 1 soit de culture en bouillon, soit de suspension d'une culture sur gélose et noter les résultats. (Haegerty, J. J.: Communication faite au Comité permanent de l'Office International d'Hygiène publique, dans sa session de mai 1933.)

Le Syndrome Splénique Supérieur dans l'Équateur

La République de l'Équateur, quoique située en plein centre de la zone tropicale, jouit dans ses hautes plaines interandines d'un printemps perpétuel, et sur ses côtes d'un climat qui n'est nullement torride, grâce au courant maritime de Humboldt qui baigne ses plages et les rafraîchit. Ces conditions climatologiques, qui rendent la vie si agréable dans notre pays, n'empêchent pourtant pas les maladies tropicales d'y coexister avec celles des pays tempérés et celles des pays froids. La rate se trouve communément intéressée dans les processus pathologiques observés chez nous. Il y a donc trois syndromes bien définis: supérieur ou thoracique pur, inférieur ou abdominal pur et intermédiaire ou thoraco-abdominal. Une bonne inspection de la rate doit être générale; l'inspection locale est insuffisante. Pour bien la conduire, le médecin doit regarder simultanément le thorax et l'abdomen, complètement découverts, sous un fort éclairage. Le malade doit être debout. L'inspection permet d'apprécier une série de symptômes indirects produits par l'augmentation de la glande liénique. La rate normale, invisible à l'inspection, est également inaccessible à la palpation; dès qu'elle augmente de volume, elle devient d'autant plus palpable que son hypertrophie est plus grande. L'endroit et la direction dans lesquels la rate doit être palpée, sont variables et dépendent de plusieurs facteurs: d'abord de la configuration anatomique du sujet; chez ceux du type bréviligne, la rate, qui a une direction s'approchant de l'horizontale, apparaît dans l'épigastre, en dessous et à gauche de l'appendice xiphoïde; chez ceux du type longiligne, sa direction est plutôt verticale; alors, elle apparaît beaucoup plus bas, au niveau de l'extrémité antérieure de la X^e côte; et, dans les types intermédiaires, la rate apparaît à un point interposé entre les deux précédents, et suit une direction oblique. En second lieu, il y a un autre facteur physiologique dépendant de la mobilité de la rate, qui, d'après l'état de réplétion ou de vacuité des organes abdominaux creux, l'estomac et le côlon, change de position, approchant ou éloignant son grande axe du plan vertical. En troisième lieu, il y a un facteur pathologique dont l'influence se fait sentir sur la position de la rate: les adhérences. La palpation doit donc se faire dans les trois points et dans les trois directions notées plus haut, suivant le rebord costal depuis l'appendice xiphoïde, jusqu'à l'extrémité inférieure de la XI^e côte. La percussion de la rate, pour la grande majorité des auteurs, est très difficile à faire. Nous adoptons la position conseillée par Colombini, et percutons sur la zone de projection de la loge splénique de Constantinesco, commençant dans l'espace inter-scapulo-vertébral gauche, dès le II^e espace intercostal, à 3 cm de la ligne médiane, de haut en bas, jusqu'à trouver un son mat, qui nous permettra de signaler un premier point, correspondant au pôle supérieur de la rate. Nous continuons à percuter dans le même sens, de haut en bas, suivant des lignes verticales, parallèles à la première, à une distance de 2 centimètres l'une de l'autre, marquant les points de transition du tympanisme à la matité que nous trouverons un peu plus bas et au dehors chaque fois, au fur et à mesure que nous nous éloignons de la colonne vertébrale, jusqu'à 1, 2 ou 3 centimètres de la ligne axillaire dans les rates normales, tout au plus sur cette même ligne, mais jamais en dehors d'elle. La réunion de tous ces points dessinera le contour supérieur de la rate, depuis le pôle supérieur jusqu'au pôle inférieur. Par la même méthode, nous délimiterons ensuite le contour inférieur, laissant ainsi complètement dessinée la forme ellipsoïde de la matité splénique. En mesurant avec un centimètre ses grand et petit axe, nous évaluerons avec une certaine précision les dimensions de la rate. L'auscultation est une méthode d'exploration très peu pratiquée. La phonendoscopie permet de contrôler les résultats de la percussion, quand ils sont douteux, généralement chez les sujets obèses. La radioscopie est très difficile à réaliser pour les rates normales, même en employant l'insufflation d'oxygène dans l'intestin, ou l'adminis-

tration de poudres effervescentes qui dilatent l'estomac. Dans les grandes rates du syndrome thoraco-abdominal et du syndrome abdominal pur, il faut compléter l'examen radioscopique au moment où le malade ingère un repas opaque qui rend visibles les contours liéniques. Par l'examen radiologique, on peut apprécier la fréquence des ptoses spléniques même dans les rates de poids et de volume normaux. Si la radioscopie doit être pratiquée, le malade dans la position debout, parce qu'elle facilite l'exploration spléno-dynamique, par contre, la position en décubitus dorsal est la meilleure pour la radiographie. La ponction exploratrice est très discutée. Certains auteurs la proscrivent comme dangereuse et nuisible, tandis que d'autres la pratiquent avec succès. L'action défensive de la rate se trouve en rapport avec la spléno-contraction. Cette dernière est troublée au cours de certaines infections parasitaires et bactériennes (septicémies, fièvre typhoïde, paludisme, kala-azar, etc.). L'ergotine, la spartéine, la strychnine, la quinine, ont une influence sur la spléno-contraction, bien que leur action ne soit pas encore aussi connue que celle de l'adrénaline.

Dans un cas, l'étiologie du lequel n'a pas d'importance pour le but l'auteur se trouva devant une splénomégalie de dimensions appréciables qui avait passé inaperçue à des examens cliniques répétés et minutieux, pratiqués systématiquement selon les règles classiques. Dans un autre cas, il était en présence d'un syndrome thoracique bien défini, produit par l'hypertrophie d'un organe contenu dans la cavité abdominale, syndrome qui, du côté l'abdomen, ne se révélait par aucun symptôme. Le sujet, cachectique, présentait dans le sang les formes évolutives des trois variétés de plasmodiums et dont le paludisme datait de six ans. Chez ce malade l'exploration de la rate faite dans la forme habituelle classique donnait cette conclusion: ni percutible ni palpable. Pourtant, elle devait bien être hypertrophiée comme chez tous les impaludés. Pourquoi cette rate augmentée de volume n'était-elle point apercevable à notre exploration? Où donc était-elle? La matité ellipsoïde comprenant la zone liénique de Constantinesco fit déduire que, très probablement, elle était produite par la rate qui devait se trouver dans une position analogue à celle de la rate que nous avons vue à l'autopsie du cas précédent. L'examen radioscopique, en oblique postérieur gauche, nous permit de voir à l'expiration une ombre allongée et triangulaire à sommet supérieur, s'insinuer dans l'espace médiastin postérieur, et monter et descendre avec le diaphragme à chaque inspiration. Après cet examen, qui équivalait à une autopsie in vivo, l'hypothèse se transforma en certitude. Le traitement quimique fit disparaître les schizontes, la plasmochrome anéantit les gamètes du falciparum qui avaient résisté à l'action de la quinine, de telle sorte que, trois semaines après, le malade avait le sang libéré de parasites, n'avait plus de fièvre, son poids ayant augmenté, le nombre des globules rouges dépassant 3,000,000. La matité, recherchée au cours de ce traitement, avait diminué lentement et, à ce moment, mesurait 12 cm x 8 cm; c'est-à-dire qu'elle avait subi une involution analogue à celle des rates palpables chez les paludéens traités par la quinine. Il ne restait plus le moindre doute; la rate était la cause de la matité. Les cas analogues observés par l'auteur, au cours des années qui suivirent, sont fort nombreux. En une seule fois, il pût présenter simultanément une série de 9 cas comprenant les trois syndromes spléniques: supérieur ou thoracique pur, inférieur ou abdominal pur, et intermédiaire ou thoraco-abdominal.

Dieulafoy (1911) excluait les splénomégalies leucémique, paludique et autres, de la possibilité de produire des symptômes thoraciques, considérant ceux-ci comme exclusifs, propres, uniquement au type ascendant des kystes hydatiques qu'il décrivit. Si, en France, eussent abondé les splénomégalies, comme dans la République de l'Équateur, Dieulafoy aurait eu l'occasion de les observer fréquemment et aurait sûrement modifié son opinion. Peut-être, il aurait exploré la rate dans la forme qu'on a en indiquée haut. Quant à la fréquence de chacun des trois types de rates splénomégaliques, de ces trois syndromes, le type inférieur se montre

dans les 66 pour cent; le thoraco-abdominal dans les 29 pour cent et le throacique pur, ou supérieur, dans les 5 pour cent. En résumé, il est nécessaire d'uniformiser la technique de l'exploration physique de la rate. Il y a trois syndromes spléniques: supérieur ou thoracique pur, inférieur ou abdominal et intermédiaire ou thoraco-abdominal, bien individualisés. Dans les splénomégalies, la direction de la rate n'a pas de valeur pour juger du facteur étiologique en cause. (Valenzuela, A. J.: *Rev. Sud-Am. Méd. & Chir.*, 263, av. 1933.)

Service de santé militaire.—C'est dans l'armée française que l'on voit apparaître pour la première fois un Corps de Santé régulièrement constitué, et c'est à Louis XIV que revient le mérite de cette création par l'édit du 17 janvier 1708. Cet édit prévoit d'une part, la formation de 50 hôpitaux militaires dans les forteresses dont Vauban avait entouré la France et d'autre part il institue un Corps spécial et permanent de médecins et chirurgiens militaires. Une ordonnance du 20 décembre 1718 parle pour la première fois d'enseignement. A cet enseignement encore bien inorganique, s'ajoute à l'Hôtel des Invalides, un enseignement prescrit par le règlement du 11 août 1727. Le 1^{er} janvier 1747, un règlement général concernant les hôpitaux militaires, prescrit dans les principaux hôpitaux, un cours d'anatomie et d'opérations et un cours d'ostéologie et de bandages avec examens clôturant l'année scolaire. Une ordonnance du 4 août 1772 institue une Commission de santé, devenue aujourd'hui le Comité consultatif qui, entre autres attributions, doit préparer dans l'hôpital principal de chaque grand département, une école d'instruction. Une ordonnance et un règlement du 22 décembre 1775, organisent les premières écoles du service de santé à Strasbourg, Metz, Lille, sous le nom d'hôpitaux amphithéâtres. En 1780 sous prétexte d'économies, une ordonnance supprime les trois, mais l'ordonnance du 2 mai 1781 les rétablit et aux trois amphithéâtres s'ajoutent deux autres à Toulon et à Brest. En 1788 un projet, déjà émis en 1776 mais repoussé à cette date, fut adopté et les cinq hôpitaux-amphithéâtres devinrent hôpitaux auxiliaires mais leur fonctionnement fut peu modifié. Un décret de l'Assemblée législative en date du 18 août 1792, supprime ces amphithéâtres comme il ferme les Facultés de médecine et les Collèges de chirurgie, et le modeste *Journal de Médecine Militaire* est supprimé subissant le même sort que l'Académie royale de chirurgie. Une loi du 7 août 1793 institue des cours dans les hôpitaux de Lille, Metz, Strasbourg et Toulon. Elle reste lettre morte. Un décret du 21 février 1794 renouvelle ces prescriptions et désigne les hôpitaux écoles sous le nom d'hôpitaux d'instruction. Pratiquement ces dispositions ne purent être réalisées. Il fallait aviser à la réorganisation des écoles et Facultés supprimées. C'est ce que fit la loi du 14 frimaire an III (4 décembre 1794) créant trois écoles centrales de médecine à Paris, Montpellier et Strasbourg. Ouvertes en février 1795 ces écoles étaient destinées à fournir des médecins à l'armée et à la population civile. Mais ces trois écoles se révélèrent bientôt insuffisantes. Aussi le 30 floréal an IV (19 mai 1796) un règlement rétablit les hôpitaux d'instruction à Lille, Metz, Strasbourg, Toulon et au Val-de-Grâce, devenu hôpital militaire depuis le 31 juillet 1793. Malheureusement cette organisation rationnelle ne dura pas. Les élèves, puis les professeurs, furent envoyés aux armées suivant les besoins. Au début de 1801, il n'y avait plus ni élèves, ni professeurs dans les hôpitaux d'instruction et le 2 décembre 1803 ces hôpitaux étaient officiellement supprimés. La chirurgie de bataille des armées de l'Empire nous apparaît auréolé du prestige de Larrey, de Percy. Malgré la gloire qui entoure les maîtres du Corps, malgré la faveur personnelle dont ils jouissent près de l'empereur, le Corps de santé périclité. De l'ordonnance royale du 30 décembre 1814 jusqu'à nos jours, l'organisation de nos écoles s'est progressivement perfectionnée. (Clavelin: *Prog. Méd.*, 25 mars, 1933.)