

## III. — RAPPORTS.

1. **RAPPORT** de la Commission qui a examiné le travail manuscrit soumis à l'Académie par M. le docteur R. DUTHOIT, assistant à l'Hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles, portant pour titre : Communication préliminaire sur le traitement sérothérapique de la coqueluche. — M. VANLAIR, Rapporteur.

Nous avons à vous rendre compte, M. Heger et moi, d'un travail adressé à l'Académie par M. le docteur Duthoit, assistant de la Clinique infantile à l'hôpital Saint-Pierre, travail qui s'occupe d'un sujet absolument original : le traitement de la coqueluche par le sérum de Bordet et Gengou.

Déjà en juillet 1911 et juillet 1912, M. Duthoit avait fait part à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles du résultat de ses premiers essais. La présente communication en forme le complément.

Les cas traités par lui depuis ses précédentes publications sont au nombre de 71, comprenant des enfants de trois mois à douze ans, hospitalisés ou non, et dont la coqueluche était pleinement avérée. La méthode — remarquablement simple — consiste en une seule injection de 10 à 30 centimètres cubes suivant l'âge du sujet. Celle-ci aurait exercé une action des plus favorables sur la marche de la maladie : elle en aurait abrégé la durée tout en réduisant le nombre et atténuant l'intensité des quintes. Voici, en chiffres proportionnels, les effets observés à la suite de ladite injection : diminution rapide des quintes dans 71. 7 p. c., atténuation minime ou nulle dans 28. 3 p. c. des cas. A part quelques phénomènes sériques insignifiants l'injection n'a provoqué aucune espèce d'accident. Ainsi qu'on devait s'y attendre le remède s'est montré d'autant plus efficace que l'intervention avait été plus précoce.

Pour préciser davantage, la période des quintes n'aurait pas dépassé le terme de 8 jours chez 12 p. c., celui de 15 jours chez 46 p. c., celui de 28 jours chez 42 p. c. des sujets, alors que cette même phase atteindrait *en moyenne* une durée de 5 à 6 semaines.

On ne peut mettre en doute la valeur de ces chiffres. Ils comportent toutefois cet élément d'incertitude qui se rencontre dans toutes les évaluations numériques tendant à fixer la valeur curative de n'importe quel remède ; je veux parler de l'inévitable variabilité qui s'observe dans l'évolution individuelle des cas. Et l'on sait dans quelles limites imprévues oscille la durée de la coqueluche infantile. Une *moyenne* est loin d'être une constante ; basée, dans l'espèce sur un nombre considérable de cas, elle peut très bien ne pas s'appliquer à la série toujours relativement courte des observations dont on veut faire état. Une objection du même genre peut être opposée à toutes les conclusions touchant au pouvoir *préventif* d'un agent thérapeutique quelconque. C'est même cette circonstance qui a empêché l'auteur d'étudier à ce dernier point de vue l'action de son sérum.

M. Duthoit ne nous dit pas non plus dans son travail si en même temps que les symptômes a disparu le microbe lui-même : point important car de lui dépend la contagiosité du mal. Des relations détaillées y font aussi défaut. Mais nous convenons volontiers que la monotonie et la banalité des accidents coquelucheux eussent rendu de telles observations extrêmement fastidieuses.

En fait, les résultats sont assez nets pour établir la valeur curative d'une méthode à la fois très simple dans son application et inoffensive dans ses effets, et dont une technique plus parfaite pourra dans la suite assurer mieux encore le succès. Nous verrons de la sorte une fois de plus, après la découverte géniale relative au mécanisme intime de l'immunisation qui a illustré le nom de notre Collègue Bordet, nous verrons le travail fécond du laboratoire placer aux mains du clinicien, mûris en une gestation silencieuse, des agents thérapeutiques d'une merveilleuse, d'une incomparable puissance.

Votre Commission estime que le mémoire de M. Duthoit figurera avantageusement dans les publications de l'Académie. Elle vous prie en conséquence d'en autoriser l'insertion dans son *Bulletin* et d'adresser à l'auteur des remerciements pour son intéressante communication. — Ces conclusions sont adoptées.

2. **RAPPORT** de la Commission qui a été chargée d'examiner le mémoire manuscrit de M. le D<sup>r</sup> F. DE BEULE, à Gand, intitulé : *Quelques considérations pratiques au sujet de la chirurgie gastrique.* — M. LAUWERS, Rapporteur (1).

Dans la nouvelle communication qu'il adresse à l'Académie de médecine, M. le docteur De Beule commence par établir la statistique de ses opérations gastriques.

Nous regrettons qu'il n'ait pas joint à son travail la relation détaillée des opérations qu'il nous présente.

Sur un total de 52 interventions, nous trouvons :

1. D'abord 11 pylorectomies dont deux pour ulcère calleux suivies de guérison, et neuf pour cancer du pylore avec 2 décès. Parmi les 7 opérés de cancer qui ont résisté à l'opération, une femme est encore bien portante après 6 ans, et deux autres opérées sont encore sans récurrence après 2 1/2 ans, et après 3 mois.

2. Ensuite, une résection médio-gastrique pour ulcère calleux de la petite courbure, suivie de mort par insuffisance des sutures.

3. Puis 57 gastro-entérostomies, à savoir :

27 pour sténose de bonne nature avec un décès par hémorragie au second jour, et 10 pour cancer du pylore avec deux décès.

Parmi les 26 opérés guéris de leur gastro-entérostomie pour affection bénigne, 3 seulement n'ont pas bénéficié d'une guérison parfaite. Ajoutons que dans 4 cas d'ulcère extra-pylorique et 3 cas d'ulcère duodénal, M. De Beule a eu soin de compléter l'anastomose gastro-intestinale par une exclusion du pylore (par pylorraphie).

Les résultats obtenus par la gastro-entérostomie dans le cancer du pylore ont été moins satisfaisants : la survie

(1) La Commission était composée de MM. Dandois et Lauwers.