

---

## PRÉFACE.

---

Voici un livre considérable à tous égards qui va soulever d'intéressantes controverses et retenir l'attention du monde médical de notre pays et de l'Etranger par la matière qu'il traite et la façon dont elle est traitée. Livre original, tout plein de vues et d'idées personnelles, qui revêt un cachet de saisissante actualité et dont l'urgence s'imposait pour la mise au point des dernières acquisitions de la pratique médicale intertropicale.

L'auteur a eu la coquetterie de nous demander de le présenter au public, comme si cela eût été nécessaire et que le renom depuis longtemps établi du Dr AUDAIN ne dût pas suffire à lui attirer et conquérir des lecteurs. Un tel ouvrage était impatientement attendu.

Rendons cet hommage à notre confrère, qu'il s'est trouvé prêt à l'écrire avant nous tous, soit qu'il ait pris la bonne habitude de ne rien perdre de ses « observations » cliniques ou que son labeur méthodique et patient lui ait permis de condenser en un corps de doctrines logique et savant, ce que son sens médical affiné lui a fait surprendre sur le vif, en plein champ de bataille de nos épidémies récentes.

Sans doute trouvera-t-on prématurées quelques-unes de ses conclusions, et lui-même s'attend-il à une certaine résistance, mais on admettra sans peine avec nous la puissance de sa dialectique, la force et la sincérité de sa conviction, sa grande élévation de pensée, la fécondité ingénieuse de ses aperçus et de ses hypothèses, et volontiers dirai-je de lui ce qu'écrivait HUCHARD, à propos d'un livre récent :



« il ne sépare pas ces deux qualités : l'esprit philosophique et le talent d'observation; il les associe, au contraire, l'une à l'autre dans une union toujours présente. »

Bien des traités et des monographies ont été faits sur les maladies des pays chauds et les noms de ROUX, de CORRE, de KELSCH et KIENER, de LAVERAN, de CRESPIN ( pour ne citer que les plus récents ), sont attachés à des œuvres remarquables, mais celles-ci sont devenues incomplètes en beaucoup de leurs parties, en ce qu'elles ont paru longtemps avant les dernières recherches bactériologiques ou qu'elles n'en n'ont tenu compte que dans une mesure restreinte. La gloire de LAVERAN est cependant hors de doute, surtout à cause de la découverte de l'hématozoaire qui porte son nom et au point de vue de la clinique, nous devons ajouter que les travaux de KELSCH et KIENER sont marqués au coin d'une finesse pénétrante et d'une observation méticuleuse.

Si, comme je vous y engage, vous ouvrez le présent traité, sans préméditation de dénigrement systématique ni d'enthousiasme outré, vous serez tout de suite intéressé par la lecture de l'introduction magistrale où l'auteur expose, avec son tempérament combatif habituel, la doctrine qu'il va développer au cours de son œuvre, puis, votre curiosité éveillée se portera sur les premiers chapitres consacrés au foie et aux poisons, aux congestions et inflammations de cet organe, aux entérites toxiques; vous noterez le soin minutieux avec lequel il décrit l'œuvre de destruction qui s'opère incessamment dans ce vaste atelier de microbes qu'est le tube digestif; la lutte continue du foie contre les poisons de toutes sortes qui lui viennent du dehors ou contre les toxines fabriquées dans l'intimité de nos tissus; vous vous arrêterez plus particulièrement au passage où il donne la solution élégante et curieuse du problème de la

respiration chez le blanc et le noir et où il indique comment on devient plus ou moins tuberculisable suivant la latitude où l'on se trouve et selon la façon de respirer et de bien respirer.

Ses conclusions sont importantes au premier chef pour les non-acclimatés aux pays chauds, lesquels doivent s'astreindre à un régime sévère, s'ils ne veulent pas devenir autophages ou passer par toutes les phases de la congestion du foie jusqu'à l'*insuffisance* hépatique finale, selon que l'alimentation aura produit des combustions trop actives ou trop lentes dans l'organisme.

Soit dit en passant, le procédé nouveau d'analyse des urines préconisé par JOULIE nous révèle le secret des réactions organiques et nous permet de suivre d'une façon régulière et rationnelle la marche des maladies vers la guérison ou vers la mort. Aussi notre confrère a-t-il eu raison de le recommander au chapitre du traitement des congestions hépatiques.

Après avoir rappelé que dans les pays chauds la genèse des poisons est plus intense et leur virulence plus grande, l'auteur établit ce principe, qui est le fondement même de tout son livre : « les tissus et organes excités réagissent fonctionnellement d'une façon identique, quelle que soit la nature de l'agent excitant. Il se forme un agent d'excitation, toxine ou poison organique, dont les effets appréciables sont subordonnés à la quantité de poison fabriqué, à sa puissance toxique, à son élimination ou au contraire à son accumulation dans l'organisme. » Plus loin, il ajoute : « aucun microbe ne produit soit par lui-même soit par sa toxine de lésions intestinales spécifiques. »

Il se trouve en cela d'accord avec CHANTEMESSE, qui proclame que « la lésion intestinale n'est pas la caractéristique de la fièvre typhoïde », et avec CORRE, qui déclare



que « la psorentérie ulcéreuse n'est le caractère exclusif d'aucune affection typhique en particulier. » C'est sur cette donnée générale que repose toute son argumentation ultérieure, serrée et digne d'entraîner la conviction, sur les lésions de la fièvre typhoïde et de la fièvre paludéenne. Nous aurons donc l'occasion d'y revenir.

Le typhus amaryl devait naturellement faire l'objet d'une étude spéciale de la part du Dr LÉON AUDAIN, car il est parmi les médecins qui s'en sont occupés le plus durant l'épidémie de 1896-1897, témoin les nombreuses observations qu'il a publiées à ce titre. Déjà, à propos de l'hépatite parenchymateuse aiguë, vous remarquerez la distinction nécessaire et vraie qu'il a établie entre cette maladie qu'il appelle la fièvre jaune fonctionnelle, qui n'est autre chose qu'une forme d'ictère grave produit par le surmenage du foie et qui, par conséquent, peut frapper tout le monde, même les indigènes, et la fièvre jaune microbienne ou contagieuse, qui est de l'hépatite parenchymateuse *primitive*. La première, d'après l'auteur, ne serait le plus souvent qu'une complication de la malaria.

L'une des idées les plus originales et les plus fécondes de ce livre, c'est d'établir pour la description de la fièvre jaune deux périodes : « la période de toxicité microbienne, et la période de complications », rejetant ainsi la classification ancienne en cinq périodes, admise par tous les auteurs et qui, cependant, ne répond pas, comme la nouvelle, à la réalité des faits. Aussi voudrait-il l'étendre à l'étude de la plupart des affections microbiennes.

La classification nouvelle, moins arbitraire et plus rationnelle, se basant sur les dernières conquêtes de la bactériologie, nous rend mieux compte de l'invasion microbienne d'une part, et, de l'autre, de la réaction de l'organisme.

Voici, en effet, ce qui se passe : au stade le plus actif de

la maladie, au moment où un assaut plus ou moins furieux nous est livré, l'organisme mobilise toute l'armée phagocytaire dont les travaux de défense devront tendre à envelopper, à immobiliser, à fragmenter, et par conséquent, à détruire les bacilles ennemis. WIDAL l'a bien montré pour la fièvre typhoïde. Selon la virulence de l'attaque ou la puissance et la rapidité de l'organisation de la résistance, on voit ces formes abortives, légères ou foudroyantes, signalées par les cliniciens; que l'agglutination, c'est-à-dire l'immunisation n'ait pas réussi, car, hélas ! l'organisme bien souvent ne sort pas vainqueur d'un combat dont la vie est le prix, le second stade commence; le bacille victorieux s'installe aux points pour lesquels il a une affinité élective et qui n'ont pas su résister; alors surgissent les *complications* et selon que le microbe ou sa toxine aura lésé le foie, les reins et le tube gastro-intestinal ou tout autre organe essentiel, vous aurez affaire aux formes : ictéroïde, urémique, urémo-dyspnéique ou urémo-déirante, hémorrhagiques si bien décrites par AUDAIN.

Beaucoup d'observations viennent à l'appui de la conception qu'il s'est faite de cette pyrexie et deux courbes thermiques illustrent la démonstration, en indiquant la marche de la température dans la fièvre jaune simple et la fièvre jaune foudroyante. L'étiologie rappelle l'état de nos connaissances jusqu'aux expériences si intéressantes faites à Cuba par les médecins américains, et la symptomatologie a eu tous les développements désirables.

Et maintenant, s'il nous vient à l'esprit de savoir comment l'auteur s'y est pris pour traiter ses malades, nous constatons avec plaisir qu'il insiste avec force sur les diurétiques de toutes sortes, administrés par toutes les voies possibles, sans préjudice de la médication symptomatique. Nous-même en avons eu les meilleurs résultats



dans les nombreux cas que nous eûmes à soigner, au cours de la dernière épidémie.

Parcourons rapidement, malgré leur intérêt, les chapitres sur l'intestin et les poisons et sur la dysenterie ; nous aurons certainement l'occasion de les consulter plus tard, ne serait-ce que pour nous rappeler par quel processus général, une intoxication quelconque, impressionnant l'intestin, peut amener un *empoisonnement généralisé d'emblée primitif* par le fait du trouble profond apporté à la vie cellulaire organique ou une *infection généralisée secondaire* par défaut de fonctionnement des émonctoires, surtout des reins et du foie, ou bien encore pour réapprendre que des causes diverses, notamment l'impaludisme, peuvent activer ou réveiller la toxicité du microbe dysentérique ou enfin pour ne pas oublier que dans toutes les maladies aiguës à manifestations intestinales ulcéraives, les mêmes lésions *électives* de la muqueuse peuvent se présenter, à des degrés plus ou moins prononcés, que ce soit l'entérite toxique d'origine mercurielle, la fièvre typhoïde, la dysenterie, la fièvre paludéenne, l'entérite grippale, etc. Si bien que l'auteur a pu élever à la hauteur d'une loi la proposition suivante, qui est d'une importance primordiale : les tableaux cliniques semblables sont produits par des processus pathogéniques semblables.

Et arrivons sans plus tarder à l'étude concernant la fièvre typhoïde.

Tout d'abord, un coup d'œil rétrospectif jeté sur l'histoire de cette pyrexie nous montre qu'avant la découverte du bacille d'EBERTH, deux théories surtout se partageaient les esprits : celle de la contagion et celle de la génération spontanée. L'aphorisme de BUDD : « *pour faire de la fièvre typhoïde, il faut de la fièvre typhoïde* » était paraphrasée par MURCHINSON qui disait : « il suffit d'une fermentation

*banale, d'une corruption non spécifique de l'air respiré ou de l'eau ingérée.* » Jusque dans ces derniers temps, ces deux théories régnaient encore : JACCOUD était pour la génération spontanée ou l'auto-typhisation et la transmission ; et en 1889, au cours de notre externat, nous avons entendu notre maître, le professeur PETER se déclarer spontanéo-contagionniste. Il ajoutait même, avec sa verve habituelle, pour *tomber* la microbiologie naissante : « c'est la maladie qui crée le microbe et non le microbe qui crée la maladie. » Cependant la doctrine pastorienne vint qui enseigna que la fièvre typhoïde est *fonction d'un germe* et depuis un pas immense fut accompli. L'EBERTH isolé, cultivé, ensemencé fit preuve d'indépendance, proclama son autonomie, mais les recherches se poursuivant toujours, ROUX et RODET découvrent certains points de ressemblance, des airs de famille entre lui et le coli-bacille et tentent un essai d'identification. De là, entre les bactériologistes, une lutte vive s'engage, qui dure encore.

Le Docteur LÉON AUDAIN vient de reprendre cet essai avec, semble-t-il, cette fois-ci, un peu plus de chances de succès. Il faut voir avec quelle sagacité pénétrante et quelle patience il dépiste tout ce qui peut les rapprocher, profitant pour cela des moindres contradictions révélées par la bactériologie. Il en résulte que l'EBERTH est un être dépourvu de toute individualité spécifique, une simple *variété* de l'ESCHERICH qui ne s'en séparerait que par la morphologie et l'apparence des cultures.

A quoi les adversaires répondent que ces caractères séparatifs sont *secondaires*, pour ne pas dire *nuls* ; pour eux, ce qui établit nettement la ligne de démarcation, ce sont les propriétés biologiques du coli-bacille qui fait fermenter les bouillons lactosés et coagule le lait, propriétés qui sont l'une et l'autre *étrangères* au bacille typhoïdique.



AUDAIN réplique avec DUFLOQ que le bacille d'EBERTH agit quelquefois aussi sur la saccharose et que le seul caractère différentiel existant est dans l'action sur l'acide lactique. L'ESCHERICH est dextrogyre, l'EBERTH est lévogyre. Cela ne suffit pas pour en faire deux espèces différentes. D'ailleurs, ce n'est pas seulement chez les microbes que ce phénomène se présente. Et continuant toujours à noter les traits de ressemblance, il ajoute : le bacille typhique ne donne pas la réaction de l'indol, certaines espèces coliformes ne la donnent pas davantage ; ne pourrait-on pas de ce fait ranger parmi ces dernières espèces le bacille d'EBERTH ? Enfin chose plus importante, le phénomène de l'agglutination sur le sérum du sang des typhiques dont le bacille d'EBERTH semblait avoir le monopole exclusif est le fait aussi du coli-bacille, d'une façon moins marquée, il est vrai. Voilà l'état de la question au point de vue microbiologique.

En somme, ces micro-organismes sont comme deux frères ennemis, « sujets à se rencontrer dans la lutte pour la vie, à s'entr'aider dans l'œuvre commune de destruction ou parfois à se heurter et se nuire réciproquement. » Et tout de suite, au point de vue clinique, nous dégageons les conséquences considérables qui en découlent. En effet, de même que dans certaines maladies à manifestations gastro-intestinales, qui n'ont aucun rapport avec la fièvre typhoïde, le coli-bacille peut se transformer en EBERTH pour produire des typhisations secondaires, ce qui se révèle par l'allure hésitante, irrégulière, de la période initiale, de même, sur la muqueuse intestinale préparée par une infection typhique primitive, le bacille d'EBERTH s'efface, une colonie de bactéries étrangères envahit les parties nécrosées et ulcérées et continue l'œuvre de mort suivant sa virulence ou le degré de résistance que la barrière épithéliale lui oppose.

Aussi, dans les deux cas, c'est la même lésion anatomique que l'on remarque : tuméfaction, ulcération des plaques de PEYER plus marquée, sans doute, dans le cas du bacille d'EBERTH dont l'affinité pour ce siège est connue.

L'auteur, — cela vous frappera nécessairement, — ne publie aucune observation personnelle de fièvre typhoïde, c'est qu'il croit qu'en Haïti, la dothiéntérie vraie n'existe pas, ou est tout à fait rare ; en tout cas, il ne l'a jamais observée et s'il décrit avec soin l'anatomie pathologique, principalement les altérations des plaques de PEYER, des ganglions mésentériques et de la rate, c'est pour montrer qu'elles ne sont pas particulières à la typho-toxine et qu'elles sont souvent dues à d'autres processus pathologiques, notamment à la malaria.

Comme le typhus amaryl, la fièvre typhoïde comprend deux stades : le stade toxique qui entre en jeu avec une brusquerie plus ou moins grande, suivant l'intensité de la virulence de l'irruption microbienne, et le stade de la lésion anatomique où la fièvre persiste ou se rallume et où les ulcérations intestinales sont plus ou moins profondes et étendues, suivant le degré de force de l'atteinte.

L'étude clinique de la dothiéntérie ne sera pas inutile, si vous voulez savoir comment se comporte la fièvre depuis le début de l'affection jusqu'à la période des ulcérations et à celle de la réparation.

Les ulcérations dont le tube digestif est le siège n'appartiennent pas en propre à la maladie que nous étudions ; elles sont communes à l'entérite aiguë et à la malaria et si, comme on l'a observé dans certains cas exceptionnels, les lésions du gros intestin constituent les seules lésions intestinales de la fièvre typhoïde (cas de *coléo-typhus*), de même aussi, il importe de faire remarquer que dans la



fièvre paludéenne, les plaques de PEYER peuvent être plus ou moins intéressées.

Donc en microbiologie comme en pathologie, pas de chasse réservée, pas de domaine inaliénable.

Tout, ce que nous venons de dire au sujet de la fièvre typhoïde est une introduction au chapitre de la fièvre paludéenne, qui est le plus important du livre. Montrer l'influence des marécages et des terres détremées comme cause première de l'impaludisme, indiquer que des moustiques et particulièrement les anophèles sont les agents les plus actifs de sa propagation, a été la première préoccupation de l'auteur; puis il étudie minutieusement le pigment mélanique, lequel représente l'élément le plus sérieux et le plus constant du diagnostic de la malaria (dans les formes bénignes, il est vrai, la mélanémie est souvent d'une discrétion rare, car sa présence n'est pas facilement décelée dans une goutte de sang périphérique, mais aussi quand elle s'y montre, cela prend une valeur considérable); il va ensuite à la recherche du pigment ocre, qu'il voit s'infiltrant dans les trames de tous nos tissus et particulièrement dans les *éléments glandulaires* où son entrée inopportune détermine des *troubles trophiques variables suivant sa quantité et suivant les propriétés des éléments anatomiques*.

Enfin, il nous fait suivre avec intérêt l'action du poison palustre sur les globules sanguins qu'il détruit, la transformation de l'hémoglobine en pigment ocre, lequel impressionne tous les organes, même dans les formes les plus légères de l'impaludisme, et y produit des phénomènes de congestion et de phlegmasie, de sorte qu'il en arrive à formuler cette loi qui ressort des données mêmes de l'anatomie-pathologique: « aucune *altération anatomique* ne peut être en général considérée comme pathognomonique d'une affection; la différence existante résulte de l'inten-

sité de la lésion pathologique et non des causes qui l'ont produite. » Passant à un autre ordre d'idées, la grande question des associations pathologiques a été abordée. L'auteur ne pouvait pas en nier l'existence, il les reconnaît en principe, mais il croit plus volontiers à une affection aiguë se greffant sur une maladie chronique, telle la typhoïde vraie sur l'impaludisme chronique ou la malaria aiguë affectant un dysentérique chronique; l'association de deux pyrexies évoluant parallèlement chez le même individu lui semble exceptionnelle. Nombre de bons esprits ne sont pas d'accord sur ce point. Au sujet des attractions et affinités bactériennes, les faits, dit GIRODE, abondent, soit dans les phénomènes naturels, soit dans les observations de laboratoire, soit enfin dans les enseignements de la clinique. » Aussi, au point de vue pathologique, assiste-t-on souvent à l'action parallèle ou à l'effort commun du bacille diphtéritique et du streptocoque, des microbes pyogènes et du bacille tétanique, du bacille typhique et du streptocoque. Le même auteur ajoute: « parfois l'adjonction d'une deuxième maladie est pour ainsi dire purement fortuite, et même assez indifférente. Ceci a lieu, par exemple, dans les cas où l'on voit deux fièvres éruptives empiéter l'une sur l'autre, ou la coqueluche appeler la rougeole, ou les oreillons suivre cette dernière. Ici les deux maladies évoluent pour ainsi dire côte à côte, sans s'influencer mutuellement. » De sorte que la question n'est pas encore entièrement élucidée, *ad hoc sub judice lis est*, aussi nous permettra-t-on une dernière citation. BROUARDEL et THOINOT disent: « la réalité de l'association du paludisme et de la dothiéntérie, à laquelle d'ailleurs l'esprit ne répugne en rien *à priori*, ne sera légitimement établie que par des examens biologiques nombreux et concordants, et tous les faits publiés, anciens pour la plupart, manquent de ce critérium. »



Voilà AUDAIN en bonne compagnie pour combattre l'existence de la typho-palustre.

Une étude de la malaria serait incomplète, si on ne montrait l'action du quinquina et des sels de quinine sur l'hématozoaire. Notre confrère s'y est attaché longuement. Il ne faut pas, d'après lui, réclamer de la quinine plus qu'elle ne peut donner; on ne doit pas davantage lui donner plus qu'elle ne saurait demander.

En d'autres termes, la quinine peut détruire l'hématozoaire, mais cela n'implique nullement l'obligation pour elle d'arrêter dans leur évolution les lésions matérielles que cet hématozoaire a pu produire par la désorganisation globulaire. « D'autre part, il faut avoir soin d'administrer dès le début la quinine à dose suffisante et d'en continuer l'usage pendant un temps suffisamment long. » Le Dr AUDAIN insiste là-dessus d'une façon particulière, et si par hasard, on lui objecte qu'il y a eu des cas où, après deux ou trois jours d'administration intensive de la quinine, on en a vu l'inefficacité et qu'on a pensé à soigner exclusivement par la méthode réfrigérante et les antiseptiques intestinaux et qu'on s'en est bien trouvé, il vous répondra que « l'athémie ne se présente pas toujours, en effet, au premier stade, sous l'action de la quinine. C'est qu'alors l'altération organique, la lésion *matérielle*, est assez précoce, particulièrement dans les formes entéritiques et même hépatiques, pour que la réaction fébrile, à laquelle elle donne lieu, se montre avant la disparition de l'accès malarien qui l'a produite et masque, par la continuité de la fièvre, l'action de la quinine. » Si vous ne l'avez pas encore observé comme lui, cette réponse ne vous satisfera pas tout de suite; mais comme nous sommes dans un pays à malaria et que nous n'avons pas encore chassé les moustiques ni nettoyé nos rues boueuses, nous aurons certainement l'occasion de nous lancer sur la

piste nouvelle et par conséquent de vérifier et d'apprécier. Mais l'auteur attache une importance considérable à cette doctrine basée d'ailleurs sur des observations, car, « c'est ainsi qu'il explique les *accès sub-intrants* lesquels, d'après lui, ne sont pas le fait de la malaria, mais la conséquence des lésions phlegmasiques produites par cette pyrexie. Il est bon de rappeler que cette continuité de la fièvre n'arrive pas d'emblée. Elle est, en général, précédée d'une période où, par l'intermittence de la fièvre, la nature malarienne de l'affection peut être dévoilée, aussi faut-il avoir soin, dès le début, de prendre la température toutes les heures, de façon à marquer la rémission, si fugace qu'elle puisse être ».

Ne perdons pas de vue non plus, un seul instant, cette notion capitale de l'existence des deux stades que nous avons décrits, quand il s'est agi de la fièvre jaune et de la fièvre typhoïde: le stade original où l'agent pathogène agit en personne sur l'organisme, et le stade des complications organiques où la personnalité microbienne s'efface de la scène; où la lésion anatomo-pathologique se montre au premier plan, donnant à la maladie un cachet particulier, une allure et une évolution spéciales, suivant l'organe lésé et aussi suivant l'intensité des altérations organiques. Ceci nous oblige à des redites nombreuses mais nécessaires, car tous les tableaux cliniques que nous étudierons par la suite seront la justification, sinon le corollaire de ce que nous venons de voir. Ces tableaux avec leurs courbes thermiques particulières seront pour nous d'un intérêt extrême, depuis la forme bénigne intermittente aiguë franche jusqu'aux fièvres solitaires graves, en passant par les complications précises et imprécises de la malaria. Cette classification nouvelle appartient tout entière à l'auteur; si elle est adoptée, elle portera désormais son nom.



Faudra-t-il après cela vous parler du traitement. C'est le chapitre que d'ordinaire on lit avec le plus de plaisir dans les ouvrages médicaux et ici, il est fait avec un soin spécial.

Deux autres chapitres d'un ordre particulier ferment ce volume. Le premier qui n'est autre qu'une conférence de l'auteur sur l'hérédité et la contagion de la lèpre, où il se déclare nettement pour la contagiosité, et l'autre sur la filariose.

Nous voudrions nous arrêter quelque temps sur cette question palpitante de la lèpre, ne serait-ce que pour rappeler que, dans notre pays, on ne prend aucune précaution contre cette maladie, pas plus, d'ailleurs, que contre les autres maladies contagieuses, et cela, au mépris de toutes les lois de l'hygiène publique et privée, au moment surtout où toutes les nations civilisées organisent contre elles des ligues de préservation sociale, mais cela nous entraînerait trop loin.

Quant à la filariose, elle a fait l'objet d'une étude importante, intelligente et consciencieuse de nos jeunes amis, les Docteurs VICTOR BOYER et GASTON DALENCOUR. Nous n'y ajoutons rien, sinon que le Dr AUDAIN a fait faire un pas considérable à la symptomatologie et au traitement de cette maladie, et que l'on ne pourra plus en parler sans citer son nom avec une mention très honorable.

Cette œuvre que nous venons de parcourir ensemble et que nous quittons à regret, est, vous l'avez remarqué, un précieux apport documentaire à la pratique médicale des pays chauds. Elle a tout l'agrément d'une œuvre vécue. Sans doute, dans la deuxième édition que nous souhaitons prochaine, des éclaircissements nouveaux et plus précis seront donnés à certains faits restés encore obscurs, des observations plus nombreuses seront recueillies, mais telle qu'elle est, elle fait honneur à son auteur, car, comme le

disait naguère M. LIARD, vice-recteur de l'Université de Paris; déterminer avec exactitude la modification morbide de l'organisme, en découvrir les conditions générales et les circonstances particulières, introduire dans ces conditions et circonstances tel ou tel élément nouveau, en telle ou telle quantité, est un problème d'ordre scientifique, que seul peut résoudre un esprit formé aux méthodes de la science.

En terminant, on nous permettra une citation littéraire qui a sa place toute marquée dans toute analyse qu'on a voulue scrupuleuse d'un livre nouveau. Dans un de ces *Lundis*, qui feront de longtemps encore les délices des lettrés, SAINTE-BEUVE disait, à propos du compte-rendu d'une œuvre de FLAUBERT : « Nous oublierons notre liaison pour l'auteur, notre amitié même pour lui, et nous rendrons à son talent le plus grand témoignage d'estime qui se puisse accorder, celui d'un jugement attentif, impartial et dégagé de toute complaisance. » Nous avons voulu suivre l'exemple du grand maître de la critique française. Y avons-nous réussi ? Nous l'avons essayé.

**Docteur W. MÉNOS,**

*Président du Jury Médical Central de la République,  
Professeur à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie,  
Officier de l'Instruction publique.*