

MALADIES  
de  
L'INTESTIN

**Lactimase**

Ferment lactique pur 2 à 6 comprimés par jour  
COUTURIEUX, 57 AV. D'ANTIN  
Paris.

## Le Bulletin Médical de Québec

Abonnement : \$2.00 par année



FEVRIER 1910

### SOMMAIRE

- 241.—La non-observance de certaines règles de l'hygiène dans les salles publiques.—Dr DeVarennés.
- 244.—Quelques travaux récents sur la pancréatite aiguë hémorragique.—Ch. Lenormant.
- 256.—Association de la rougeole et de la scarlatine.—Dr Hutinel.
- 271.—Rééducation de la respiration et de l'attitude droite chez un asthmatique.—Dr Pierre Gacey.
- 277.—Formulaire du praticien.—Dr A. Robin.
- 280.—Alcoolisme et médecine.
- 282.—Bibliographie.

FURONCLES, ANTHRAX,  
Suppurations, Diabète,  
Grippe, Leucorrhée,  
Constipation, etc. LA

**LEVURINE**

de COUTURIEUX, 57, aven. d'Antin, Paris  
est le seul vrai produit de ce nom  
dérivé de la LEVURE DE BIÈRE  
En Cachets, en Poudre et Comprimés

INAPPÉTENCE  
DYSPEPSIE—ENTERITES  
NEURASTHÉNIE  
CONSTIPATION

**Oenase**

Ferments du Raisin 2 à 4 comprimés par jour.  
COUTURIEUX, 57 AV. D'ANTIN  
PARIS

DIRECTION SCIENTIFIQUE

- A. SIMARD, Professeur d'Anatomie pratique, de Médecine opératoire et de clinique chirurgicale à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- A. ROUSSEAU, Professeur de Pathologie générale et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- A. PAQUET, Professeur d'anatomie pratique, Assistant à la clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- M. AHERN, Professeur d'Anatomie et de Clinique chirurgicale. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- D. BROCHU, Professeur de Pathologie interne et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Surintendant de l'Asile des Aliénés de Beauport, vice-président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologiste à l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène, de médecine infantile, et de clinique de maladie des enfants.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino laryngologiques à l'Hôtel-Dieu.
- EUG. MATHIEU, Professeur de Physiologie, et de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu.
- P.-C. DAGNEAU, Professeur d'anatomie descriptive, Assistant à la clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- R. MAYRAND, Professeur agrégé à l'Université Laval, chargé du cours de Dermatologie et de Bactériologie.
- C.-R. PAQUIN, Membre du Bureau des Médecins.
- D. PAGÉ, Surintendant du service médical des émigrants à Québec.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET.
- A. VALLÉE, Professeur agrégé, Anatomo-pathologiste à l'Hôtel-Dieu.
- P.-A. GASTONGUAY,
- O. LECLERC.
- G. PINAULT.
- JOS. VAILLANCOURT.
- P.-A. SAVARD.

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU  
BULLETIN MEDICAL DE QUEBEC

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU, C.-R. PAQUIN,  
D. PAGÉ, A. SIMARD, A. ROUSSEAU,  
N.-A. DUSSAULT, P.-C. DAGNEAU, administrateur.  
R. FORTIER, secrétaire.

# CONVENTION SANITAIRE DES MEDECINS HYGIENISTES

---

## DE LA NON-OBSERVANCE DE CERTAINES REGLES DE L'HYGIENE DANS LES SALLES PUBLIQUES

---

Messieurs,

Comme le temps réservé à chaque conférencier est limité, je vous exposerai succinctement certaines remarques personnelles concernant l'hygiène dans nos salles publiques.

Nous pouvons diviser les salles publiques en quatre grandes classes : Les églises, les théâtres, les salles de réunion, les écoles.

Je ne parlerai que des trois premières.

L'église est certainement un des endroits le plus fréquenté par les foules. Tous les dimanches et les jours de la semaine, du matin jusqu'au soir, nos églises sont visitées par les fidèles. On y coudoie l'homme sain et le malade et souvent cette classe de pauvres malheureux dont le voisinage peut devenir si dangereux, si une éducation hygiénique spéciale ne les rend prudents et soigneux.

Or, malheureusement, malgré les avis que l'on trouve à l'entrée de quelques-unes de nos églises de la ville, défendant de cracher sur le parquet, on voit souvent de ces malades se rendre dans nos temples et sans souci du danger qu'ils font courir aux

---

Syphilis  
Artério-sclérose, etc.  
(Ioduro-Enzymes)  
Todure sans Todisme

# Todurase

de COUTURIEUX,  
57, Ave. d'Antin, Paris,  
en capsules dosées à 50 ctg. d'iodure et 10 ctg. de Levurine.

autres fidèles, souiller le parquet de leurs expectorations.

J'ai moi-même renoncé à entrer dans un banc en constatant que le plancher était couvert de crachats caractéristiques.

Ceux-ci se dessèchent et les germes noscifs dont ils sont remplis se soulèvent avec la poussière du parquet pour contaminer l'air de l'église.

Il est une déplorable coutume qui existe encore dans nos églises de campagnes, c'est celle de mettre dans chaque banc un crachoir en bois contenant du bran de scie, qui n'est changé souvent qu'une à deux fois par année. Cette coutume est absolument condamnable, car, si ces crachoirs préservent un peu le parquet, ils ne tardent pas aussi à devenir un nid à microbes présentant un réel danger pour ceux qui occupent les bancs où ils se trouvent.

On devrait trouver à l'entrée de toutes nos églises une défense formelle de cracher à terre. Les curés de nos paroisses devraient s'instruire de ces grandes règles de l'hygiène et les enseigner du haut de la chaire à leurs fidèles, aidant en cela les efforts du corps médical pour montrer au peuple les dangers de contagion qu'ils peuvent courir, ou présenter à leurs concitoyens et les mesures à prendre pour les éviter.

S'il est un endroit de nos églises où l'air doit se renouveler facilement, c'est bien dans nos confessionnaux.

Fréquentés tous les jours par un grand nombre de fidèles, le prêtre est obligé d'y passer souvent plusieurs heures sans en sortir.

Or, les confessionnaux sont antihygiéniques, sombres, et l'air n'y peut circuler. C'est un réel danger pour le pénitent et le prêtre, qui en sort épuisé par l'air impur qu'il y respire.

On devrait enlever les plafonds de ces confessionnaux, les portes et portières n'ayant aucun sens pratique et qui empêchent l'air d'y circuler.

Nous ne sommes pas contre les améliorations modernes, mais

il en est dont l'utilité, au point de vue hygiénique, me semble très discutable. Nous remplaçons dans nos églises les grands chassis avec leurs vitres claires, laissant entrer la lumière à profusion, par des vitraux colorés. La demi-obscurité qu'ils produisent incite peut-être à la dévotion et à la méditation, mais il est indéniable qu'ils privent l'atmosphère de l'église d'un grand purificateur de l'air qui est le soleil.

De plus comme le coût de ces vitraux est considérable, ils sont posés d'une manière permanente, de sorte qu'on ne peut les ouvrir pour aider la ventilation de l'église.

Que dire de l'hygiène de nos théâtres?

Les lois pour protéger les spectateurs contre les accidents d'incendie sont bien observées, mais celles pour protéger leur santé, en ne leur donnant qu'un air pur à respirer, le sont beaucoup moins.

Nos théâtres sont mal ventilés, et c'est l'endroit qui le devrait être le mieux. Ces salles où le soleil ne pénètre jamais sont des milieux favorables pour conserver la vitalité des germes.

Si vous entrez dans nos théâtres, ou nos salles de vues animées au milieu d'une représentation, vous constatez une atmosphère suffocante, démontrant le pourcentage d'air impur dû à la mauvaise ventilation.

Dans certaines salles sous prétextes de purifier l'air et diminuer la chaleur, on installe des évantails électriques. Ceux-ci n'ont pour moi qu'un résultat, celui de mettre en mouvement les poussières et les germes, rendant l'air à respirer encore plus **dan-  
gereux.**

Le balayage et l'époussetage s'y fait à sec, présentant pour les personnes qui y travaillent un grave danger d'infection. Nous avons ici dans la ville, plusieurs salles destinées aux réunions des sociétés mutuelles et associations ouvrières. Ces salles devraient être spacieuses, bien éclairées. Ce n'est pas malheureusement ce que l'on rencontre.

Je connais de ces salles de réunion où la porte d'entrée est la seule ouverture permettant la ventilation, aucune fenêtre n'y existe, aucun ventilateur au plafond permettant au moins avec la porte le renouvellement de l'air.

On s'y réunit cinquante ou soixante pour y passer la soirée. La plupart des personnes fument, et à certains moments l'atmosphère est tellement suffocante que quelques-uns sont obligés de sortir pour respirer un peu d'air pur.

Comment voulez-vous qu'une personne faible, dont les poumons commencent à être malades puisse résister dans un milieu semblable.

Ces salles devraient toutes être inspectées et l'on devrait obliger les propriétaires à y établir un système de ventilation convenable.

Faire mettre dans ces salles un nombre suffisant de crachoirs contenant un liquide antiseptique et annoncer dans la salle la stricte défense de cracher sur le plancher.

Nos lois d'hygiène actuelles couvrent à peu près tous les cas que j'ai mentionnés. Mais malheureusement elles ne sont pas mises en pratique.

Espérons qu'un des résultats de ce magnifique congrès sera de faire mettre à exécution des lois qui trop souvent ont été jusqu'ici lettres mortes.

—: oo: —

### QUELQUES TRAVAUX RÉCENTS SUR LA PANCRÉATITE AIGUE HÉMORRAGIQUE

La pancréatique hémorragique avec stéatonecrose a cessé d'être regardée comme une simple curiosité anatomo-pathologique. Les travaux des dernières années en ont montré la fré-

quence relative et l'importance clinique, et elle a pris place, à côté de l'occlusion intestinale et des péritonites, dans les grands syndromes abdominaux relevant d'une thérapeutique d'urgence.

Dans un mémoire paru en 1906<sup>1</sup>, et qui fut l'un des premiers publiés en France sur cette question, nous n'avons pu en recueillir, Lecène et moi, que 37 observations. Trois ans plus tard, Leriche et Arnaud<sup>2</sup> réunissaient 54 cas nouveaux qui leur permettaient de donner de l'affection une description plus complète et plus précise. Dans les dix-huit mois qui se sont écoulés depuis la publication du travail des deux auteurs lyonnais, un grand nombre d'articles ont été consacrés à cette étude, et il m'a été possible, sans avoir la prétention de réunir une bibliographie complète, de relever encore 55 autres observations. Le nombre des cas connus, et pour la plupart opérés, approche donc, à l'heure actuelle, de 150.

Fait remarquable : dans ce chiffre, il n'y a qu'une quinzaine d'observations françaises ; toutes les autres proviennent d'Allemagne, d'Angleterre ou des États-Unis. Je ne crois pas que l'on puisse attribuer cette rareté relative à la méconnaissance de la maladie ; celle-ci est aujourd'hui parfaitement connue chez nous : les mémoires signalés plus haut ont attiré l'attention sur elle, et la magistrale leçon de Dieulafoy sur le *drame pancréatique*, parue ici même, en a fixé et vulgarisé les traits essentiels. D'autre part, les lésions rencontrées à l'opération ou à l'autopsie sont trop spéciales, trop caractéristiques pour être inexactement interprétées. Je pense donc, comme Leriche et Arnaud, que si les observations françaises de pancréatite hémorragique sont peu nombreuses, cela tient à ce que l'affection est réellement rare dans

---

1. Lenormant et Lecène.—“La pancréatite aiguë hémorragique avec stéatonécrose disséminée”. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1906, X, p. 1057.

2. Leriche et Arnaud.—“Sur la pancréatite aiguë hémorragique”. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1909, XIII, p. 659 et 795.

notre pays, beaucoup plus rare qu'en Allemagne ou dans les pays anglo-saxons. Personnellement, en six ans de pratique de la chirurgie de garde, je n'en ai rencontré qu'un seul cas.

Il serait inutile de reprendre ici l'histoire complète de cette maladie, et je veux simplement résumer les points les plus nouveaux et les plus intéressants qu'ont mis en lumière les publications postérieures au mémoire de Leriche et Arnaud.

I.—De *l'anatomie pathologique*, il y a peu de choses à dire : les hémorragies pancréatiques, la stéatonécrose disséminée de l'épiploon, du mésentère et du péritoine pariétal ont été, depuis longtemps, décrites de la manière la plus complète au point de vue macroscopique et histologique. Il faut savoir seulement que la stéatonécrose, pour être habituelle, n'est pas absolument constante, et que l'on peut voir une pancréatite hémorragique absolument typique, avec sa symptomatologie ordinaire et sa terminaison rapidement fatale, sans qu'il y ait de "taches de bougie" péritonéales.

Après d'autres, une observation de Viannay et Magnien<sup>1</sup> le montre : chez une femme de 56 ans, présentant les symptômes habituels de la pancréatite aiguë, ces auteurs constatèrent, à l'opération, un épanchement séro-hématique dans le péritoine et un gros foyer hémorragique dans la tête du pancréas ; or, ni pendant l'intervention, ni à l'autopsie, on ne peut trouver le moindre îlot de nécrose graisseuse.

Au point de vue *clinique*, la plupart des cas ont évolué d'une façon *aiguë*, avec le cortège habituel de douleur épigastrique brusque et extraordinairement violente, de vomissements, de météorisme, souvent d'accélération du pouls et d'élévation de la température, toujours d'atteinte précoce et profonde de l'état

---

1. Viannay et Magnien.—"Pancréatite aiguë hémorragique. Intervention vingt-quatre heures après le début des accidents. Mort". *Soc. des Sciences médicales de Saint-Etienne*, 1910, in *Lyon chirurgical*, 1910, III, p. 562.



général. C'est, en somme, un syndrome abdominal tenant à la fois de la péritonite et de l'occlusion, et la différenciation de la pancréatite et de ces deux affections reste, il faut le reconnaître, singulièrement difficile. Les cas sont bien rares où l'on ait fait le diagnostic avant l'intervention: si quelques chirurgiens, instruits par des observations antérieures, ont pensé à la possibilité d'une pancréatite hémorragique, il n'en est guère qui en aient pu en affirmer l'existence. La marbrure de l'abdomen, parsemé de taches violacées livides, signalée comme caractéristique par Halsted et retrouvée par Leriche et Arnaud chez un de leurs malades, ne semble pas avoir été revue depuis.

*Les signes d'insuffisance glandulaire*, qui permettraient de localiser la lésion sur le pancréas, n'ont pas grande valeur dans ces cas aigus. La glycosurie, la stéorrhée n'ont été observées que très rarement. La *réaction de Cammidge*, sur laquelle quelques auteurs donnent des renseignements précis, ne paraît pas plus cifique est discutée à l'heure actuelle, et des chimistes, comme fidèle. On sait, d'ailleurs, combien cette réaction prétendue spé-Schumm et Hegler<sup>1</sup>, Grimbert et Bernier<sup>2</sup>, lui dénie toute signification. Dans le cas particulier des pancréatites aiguës Schmidt<sup>3</sup> l'a trouvée habituellement positive et Speeze et Goodman<sup>4</sup> ne l'ont vue manquer dans aucune de leurs expériences; de

---

1. Schumm et Hegler.—“Zur Kenntniss der “Pankreasreaktion” nach Cammidge”. *München, med. Woch.*, 1909, 5 octobre, No. 40, p. 2054.

2. Grimbert et H. Bernier.—“A quoi est due la réaction de Cammidge?” *La Presse Médicale*, 14 septembre 1910, No. 74, p. 689.

3. Schmidt.—“Ueber Wert und Wesen der Cammidgeschen Pankreasreaktion”. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, 1909, XX, p. 426.

4. Speeze et Goodman.—“The Cammidge Reaction in experimental lesions of the Pancreas”. *American Journal of med. Sciences*, Juillet 1909, CXXXVIII, p. 103.

même Cammidge<sup>5</sup> a trouvé une réaction positive dans 13 cas de pancréatite aiguë, dont 6 furent vérifiés par l'opération (stéatonecrose dans 5 de ces cas). Mais Seidel<sup>6</sup> remarque que la réaction fut inconstante dans les 6 cas qu'il a observés; et Jurist<sup>7</sup> a publié une observation fort intéressante, en ce que la réaction de Cammidge, recherchée à deux reprises différentes chez le même malade, s'est montrée une fois négative et une fois positive. On ne peut donc accorder grande confiance à cet examen, et d'ailleurs, comme le remarque très justement Schmidt, dans ces cas très aigus, le chirurgien n'a pas le droit de perdre son temps à ces recherches chimiques et il doit recourir d'emblée "à son moyen de diagnostic éprouvé, le bistouri".

L'évolution de ces formes aiguës de la pancréatite hémorragique paraît absolument fatale : 15 observations réunies par Leriche et Arnaud, dans lesquelles on n'était pas intervenu, se sont toutes terminées par la mort; de même, parmi les 21 cas de pancréatite nécrosante qu'ont personnellement observés Balch et Smith<sup>8</sup>, 6 n'ont pas été opérés et ces 6 malades sont morts; de même également dans un cas de Stajesko et dans un cas de Dick. Dreesmann (de Cologne) a bien déclaré, il est vrai, dans une discussion au Congrès allemand de Chirurgie de 1909, qu'il avait vu guérir sans opération une pancréatite aiguë et qu'il connaissait trois autres faits semblables; mais ces observations, sur lesquelles

5. Cammidge.—On the Results of the Pancreatic Reaction and on the diagnostic Value of an Analysis of the Feces in Diseases of the Pancreas". *Brit. med. Jour.*, 2 Juillet 1910, p. 8.

6. Seidel.—"Klinische und experimentelle Erfahrungen über akute Pankreatitis, Fettgewebnekrose und Immunisierung gegen Pankreassaft" XXXVIIIe Congrès allemand de Chirurgie, Berlin, Avril 1909, in *Zentralblatt f Chirurgie*, 1909, No. 34, p. 99.

7. Jurist.—"Acute Gangrenous Pancreatitis". *Amer. Journ. of med. Sciences*, août 1909, CXXXVIII, p. 181.

8. Balch et Smith.—"Twenty-one Cases of acute Pancreatitis". *Boston med. and Surg. Journal*, 8 septembre 1910, p. 384.

les détails manquent, sont discutables et me paraissent insuffisantes à infirmer la notion classique du pronostic fatalement mortel de la pancréatite hémorragique aiguë abandonnée à son évolution naturelle.

Mais, à côté de ces formes aiguës, il existe indiscutablement des pancréatites hémorragiques à évolution *subaiguë* ou *chronique*, et celles-ci sont parfois curables spontanément, présentant en tout cas une gravité immédiate bien moins grande que la forme aiguë habituelle. Leriche et Arnaud avaient déjà signalé des faits de cet ordre, et ils décrivaient des pancréatites avec hématome enkysté de l'arrière-cavité des épiploons, accompagnées de l'apparition d'une tumeur perceptible à la palpation profonde de l'épigastre, et d'une cachexie progressive,—et des pancréatites à rechutes, dans lesquelles la première crise est suivie de guérison et où les accidents reparaissent à échéance plus ou moins éloignée. Les publications récentes nous ont fait connaître d'assez nombreux exemples de ces variétés moins "dramatiques" de la pancréatite hémorragique.

C'est ainsi que le malade de Jurist, après un début aigu avec douleur épigastrique, vomissements, météorisme, présenta une amélioration au bout de cinq jours; à ce moment, la palpation permit de sentir une tumeur profonde, allongée et douloureuse; l'opération ne fut pratiquée que le douzième jour: on trouva de la stéatonécrose disséminée et l'on draina la loge pancréatique; le malade guérit après divers incidents. Une observation de Truesdale<sup>1</sup> est tout à fait semblable: même début par des accidents aigus qui se prolongent pendant huit jours; puis, même apparition d'une tumeur sus-ombilicale indurée, à limites peu précises; on intervient alors et l'on trouve un épanchement séro-hématique,

---

1. Truesdale.—"Acute Pancreatitis, with the Report of two Cases". *Boston med. and Surg. Journ.*, 22 septembre 1910, p. 462.

de la stéatonécrose de l'épiploon et un pancréas marbré de foyers hémorragiques; guérison.

Chez un malade de Dick<sup>2</sup>, les accidents ont évolué en deux poussées successives: la première guérison au bout d'une semaine, la seconde, survenue deux mois plus tard, enleva le malade en vingt-quatre heures.

Certains cas ont une évolution franchement chronique et le stade initial aigu y manque ou n'est qu'ébauché. Tixier en a rapporté récemment, dans une discussion à la Société de chirurgie de Lyon (7 juillet 1910), deux exemples personnels tout à fait typiques: dans ces deux cas, il existait une tumeur abdominale profonde, couchée au-devant de la colonne vertébrale, simulant un kyste de pancréas et s'accompagnant de violentes douleurs abdominales et d'un amaigrissement rapide; l'opération montra, chez ces deux malades, une tuméfaction en masse du pancréas qui était infiltré de sang noirâtre ou parsemé de foyers hémorragiques, sans grande collection; les malades guérirent de l'intervention, mais leur tumeur reparut au bout de quelques mois.

Je citerai encore, dans le même ordre d'idées, une très curieuse observation de Tietze<sup>3</sup>, dont l'interprétation est d'ailleurs discutable. Cet auteur a opéré un malade qui, sans avoir présenté aucun accident aigu, avait tous les signes d'une sténose de la partie inférieure de l'intestin grêle; à l'opération, il trouva un paquet d'anses grêles adhérentes et, dans le pancréas, des foyers typiques de stéatonécrose; Tietze admet qu'il s'agissait d'un cas de pancréatite hémorragique spontanément guérie.

Les formes à évolution relativement lente sont donc loin d'être rares; elles sont d'un diagnostic difficile, encore que la

---

2. Dick.—“Acute Pancreatis, considered in Relation to three Cases occurring in general Practice”. *Edinburg med. Journ.*, septembre 1910, p. 217.

3. Tietze.—“Beitrag zur Behandlung der Pankreasfettgewebsnekrose”. *XXXIXe Congrès allemand de chirurgie*, Berlin, Mars 1910, in *Zentralblatt f. Chirurgie*, 1910, No. 31, p. 106.

constatation d'une tumeur transversale profonde, dans la région ombilicale, doivent orienter les recherches du côté du pancréas; elles sont d'un grand intérêt pratique, car leur pronostic opératoire est certainement bien meilleur que celui des pancréatites suraiguës.

III.—Le point le plus obscur dans l'histoire des pancréatites hémorragiques reste leur *pathogénie*. Les recherches expérimentales parues dans ces derniers mois (Seidel, Polya) ne lui donnent pas une solution définitive, car elles sont contradictoires. L'accord est fait cependant en ce qui concerne l'origine de la *stéatonécrose* elle-même: les travaux, déjà anciens, de Opie, Flexner, Truhart avaient conduit à la regarder comme le résultat d'une action chimique directe du suc pancréatique épanché hors de la glande sur la graisse sous-péritonéale. Les expériences de Seidel<sup>1</sup> le confirment une fois de plus: si l'on injecte dans le péritoine d'un chien du suc pancréatique obtenu par une fistule de Pawlow, on obtient, à condition que la survie dépasse douze heures, une stéatonécrose disséminée typique; de même l'injection sous-cutanée de suc pancréatique détermine une nécrose de la graisse hypodermique. Une observation rapportée, il y a quelques semaines, à la Société anatomique, par Lecène, a toute la valeur d'une expérience: opérant un blessé atteint de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval, il trouva, six heures après l'accident, une rupture complète du jéjunum, à 20 ou 25 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal; or, une frange épiploïque, voisine de la rupture et par conséquent exposée au contact du contenu intestinal, présentait de belles taches de stéatonécrose, alors que le reste de la séreuse était indemne; le pancréas, examiné au cours de l'opération et à l'autopsie, était intact. Seidel a vu, de même, une stéatonécrose disséminée par rupture du jéjunum (sans altération du pancréas).

Au contraire l'on connaît fort mal les causes exactes des

---

1. —Seidel.—Loc. cit.

*hémorragies pancréatiques* et de l'issue du suc hors de la glande. Seidel pense que la stase seule, en l'absence de toute lésion glandulaire, suffit à provoquer cette issue. Mais, en fait, les observations cliniques montrent que, sauf de très rares exceptions, elle est la conséquence d'une altération du parenchyme glandulaire, que la pancréatite hémorragique et nécrosante est à l'origine de tous les accidents. Cette altération pancréatique peut relever de facteurs divers, comme l'avaient déjà indiqué Leriche et Arnaud. Les infections générales, en déterminant des lésions vasculaires, embolies ou thromboses, amènent un trouble dans la circulation pancréatique et permettent, par là même, l'auto-digestion de la glande; ce mode pathogénique s'applique à quelques cas, comme celui de Chauffard et Ravaut, mais il reste rare.

Rares également sont les cas où la nécrose pancréatique est la conséquence de la perforation d'un viscère voisin (estomac, intestin, vésicule biliaire). Aux quelques faits déjà connus s'ajoute celui de Fritsch<sup>2</sup>: nécrose du pancréas survenue trois semaines après l'ouverture d'un abcès sous-phrénique, lui-même consécutif à une perforation d'ulcère gastrique; mort au bout de deux mois.

Mais la cause habituelle de la pancréatite hémorragique reste, avant tout, la lithiase biliaire, et plus spécialement la lithiase de la région vaticienne: Quénu et Duval relèvent 4 fois cette complication sur 10 cas de calculs de l'ampoule, alors qu'ils ne la trouvent que 8 fois sur 94 calculs de la vésicule ou du cholédoque. Reste à savoir — et c'est le point discuté — comment agit cette lithiase de l'ampoule. Est-ce, comme le veut Opie, en permettant le reflux de la bile dans les canaux pancréatiques par une sorte de "court-circuit"; est-ce, au contraire, en inhibant le sphincter d'Oddi et en favorisant ainsi la pénétration du contenu duodénal, sucs digestifs et microbes, dans le canal de Wirsung;

---

2. Fritsch.—"Das Ulcus Ventriculi perforans als Ætiologie der Pankreasnekrose". *Beitrag z. klin. Chirurgie*, 1910, LVI, p. 101.

est-ce encore en provoquant, par un réflexe vaso-constricteur, un trouble circulatoire qui permet l'auto-digestion du pancréas. Toutes ces hypothèses ont été émises: aucune n'est démontrée; **en particulier les auteurs discutent, sans se mettre d'accord, sur le rôle respectif de la bile et des microbes dans la pathogénie de la pancréatite hémorragique.**

Pour Seidel, la stase duodénale en produisant la pénétration du contenu intestinal dans les canaux pancréatiques, constitue le facteur pathogénique essentiel; dans des expériences sur le chien, il a vu cette stase déterminer, même avec des voies biliaires et une papille intactes, une pancréatite hémorragique avec tous ses caractères anatomiques, hémorragies intra-pancréatiques et sous-séreuses, épanchement péritonéal sanglant, stéatonécrose; comme Opie, il ne fait jouer aucun rôle à l'infection microbienne. Au contraire, Polya<sup>1</sup>, qui a fait sur ce sujet des expériences très nombreuses, estime que la pénétration du contenu duodéal dans le pancréas est impossible pour des raisons anatomiques, et que "la nécrose pancréatique est le résultat d'une auto-digestion de la glande, causée par l'action activante des micro-organismes": les microbes agiraient donc en activant la sécrétion pancréatique dans l'intérieur même de la glande. Expérimentalement, l'injection intra-glandulaire de trypsine ou de suc pancréatique activé provoque la nécrose et les hémorragies du parenchyme; l'injection de microbes isolés ne produit que rarement la pancréatite hémorragique, mais si l'on y ajoute une minime quantité de bile, on obtient, dans les deux tiers des cas, des hémorragies pancréatiques et de la stéatonécrose.

Enfin Chabrol<sup>2</sup>, remontant plus haut, attribue aux altéra-

---

1. Polya.—"Ueber die Pathogenese der akuten Pankreaserkrankungen". XXXIXe Congrès allemand de chirurgie, Berlin, Mars 1910, in *Zentralblatt f. Chirurgie*, 1910, No. 31, p. 106.

2. Chabrol.—"Les pancréatites dans les altérations du foie". *Thèse*, Paris, 1910.

tions hépatiques un rôle pathogénique important. Les sujets atteints de pancréatite hémorragique ne sont pas tous des lithiasiques; un assez grand nombre sont des alcooliques ou des obèses, tous individus à fois taré. Se basant, d'autre part, sur ce fait que, dans le pancréas lui-même, c'est la thrombose veineuse qui semble constituer la lésion prédominante, cet auteur pense que les altérations du foie agissent par l'intermédiaire d'un trouble de la circulation porte (hypertension portale). A l'appui de cette hypothèse, il cite une expérience personnelle de pancréatite hémorragique avec stéatonécrose, réalisée indirectement, par des injections intra-hépatiques d'acide chromique, sans toucher au pancréas lui-même. Il insiste, en outre, sur l'importance de la sclérose du pancréas, qui, préexistant d'ordinaire aux accidents hémorragiques et nécrosiques aigus, "contribue dans une large mesure à modifier l'excrétion normale de la glande, mettant en cause ses ferments destructeurs, la trypsine et la stéapsine".

En somme, toute cette pathogénie reste fort complexe et obscure, et de nouvelles recherches sont nécessaires.

IV.—Le point de vue *thérapeutique* ne s'est pas modifié, et les publications de ces derniers mois n'ont fait que grossir la statistique des cas opérés, permettant ainsi une appréciation plus exacte des résultats. Devant la gravité absolue du pronostic, l'opération immédiate reste la seule chance de salut dans la pancréatite hémorragique. Son but essentiel doit être d'évacuer les sécrétions toxiques et nécrosantes de la glande malade. Il faut donc, dans tous les cas, aller au pancréas, en effondrant les feuillets péritonéaux qui le recouvrent, et drainer largement sa loge. Rehn, Nætzl, Doberauer, Leriche et Arnaud conseillent, en outre, lorsqu'il y a stéatonécrose généralisée du péritoine, le lavage de la séreuse, pour la débarrasser du suc pancréatique déjà épanché.

Quelques chirurgiens vont plus loin et dilacèrent le pancréas



nécrosé; Hoffmann<sup>3</sup> a même proposé, sans d'ailleurs l'avoir exécutée, l'ablation de toute la portion gangrenée de la glande; il croit que cette extirpation serait facile et n'entraînerait pas d'hémorragie sérieuse.

Les résultats obtenus par cette thérapeutique sont encourageants, bien que le pronostic reste fort grave. Les 36 opérations, que nous avons rassemblées, Lecène et moi, en 1906, n'avaient donné que 6 guérisons; les 39, que recueillirent ensuite Leriche et Arnaud, avaient donné 26 morts et 13 guérisons.

J'ai colligé 46 cas publiés depuis ce dernier travail, avec 25 morts et 21 guérisons<sup>1</sup>. C'est donc, au total, 121 opérations, avec 81 morts et 40 guérisons (1/3).

Ces trois relevés successifs montrent une amélioration nette des résultats. Ce fait tient, en partie, à ce que la pancréatite hémorragique, étant aujourd'hui mieux connue, est, par là même, mieux traitée: on ne se contente plus, comme il arrivait assez souvent jadis, de faire une laparotomie purement exploratrice et de refermer le ventre, après avoir évacué l'épanchement sanglant et constaté la stéatonécrose; les chirurgiens savent qu'il faut s'attaquer au pancréas, cause des accidents, et établissent un drainage efficace. Mais je crois aussi que, pour une part, cette amélioration n'est qu'apparente et relève de la présence dans les statistiques d'un certain nombre de ces pancréatites à évolution subaiguë, dont le pronostic, je l'ai dit, est indiscutablement moins sombre.

CH. LENORMANT.

3. Hofmann.—“Ueber den hamorrhagischen Infarkt der Bauchspeicheldrüse”. *Zentralblatt f. Chirurgie*, 27 août 1910, No. 35, p. 1153.

1. Ce sont: 13 cas de Balch et Smith (4 guérisons), 1 cas de Barker (guérison), 5 cas de Coenen (4 guérisons), 2 cas de Dick (1 guérison), 1 de Durand, 1 de Hofmann, 1 de Jurist (guérison), 1 de Lagoutte, 2 de Mitchell (1 guérison), 6 de Seidel (3 guérisons), 7 de Tietze (2 guérisons), 2 de Tixier (2 guérisons), 2 de Truesdale (2 guérisons), 1 de Viannay et Magnien.

ASSOCIATION DE LA ROUGEOLE ET DE LA  
SCARLATINE

Par le Pr. HUTINEL

*Professeur de clinique des maladies des enfants  
à la Faculté de médecine de Paris.*

Je désire vous entretenir aujourd'hui <sup>1</sup> d'un sujet que, depuis plus de quinze ans, j'ai traité maintes fois devant mes élèves et qui a été étudié par un grand nombre de cliniciens; je veux parler de l'association, assez fréquente dans nos salles, de la rougeole avec la scarlatine.

Mes idées, sur ce point, n'ont pas été publiées dans un travail spécial, mais vous en trouverez la trace dans l'exposé de mes titres, dans la thèse de mon élève Frankel (1897), et dans une leçon sur les complications broncho-pulmonaires de la rougeole, parue la même année; plus près de nous, dans un mémoire de mon élève et ami Pierre Lereboullet (*Progrès médical*, 1908) et dans notre *Traité de médecine des enfants*. La bibliographie de la question est déjà considérable; elle est assez complètement résumée dans la thèse d'Orsoni, élève de Lereboullet, dans une communication de Gouget à la Société médicale des hôpitaux (1909), et dans le travail que mon ami le Dr Brudzinski, de Lodz, a publié cette année dans les *Archives de médecine des enfants* (janvier 1910); les articles de ces auteurs se complètent l'un l'autre.

Permettez-moi donc, dans cette leçon, de ne pas m'attarder à vous exposer les idées des différents médecins sur ce sujet spécial, mais de vous montrer pourquoi l'association de la rougeole

1. Leçon du 17 décembre 1910.

avec la scarlatine, parfois anodine, est funeste dans quelques cas.

L'évolution simultanée de ces deux maladies spécifiques a été mise en doute pendant longtemps. Des cliniciens comme Trousseau, Grisolle et Racle refusaient d'en admettre la possibilité; ils restaient fidèles à la vieille doctrine de Hunter pour qui "deux actes morbides ne pouvaient avoir lieu dans la même constitution". Sans doute il se présente quelquesfois des cas difficiles où l'on est en droit de se demander si l'on n'a pas confondu avec une rougeole ou une scarlatine quelqu'un de ces érythèmes infectieux, si communs chez les enfants, au cours des toxémies ou des infections graves et particulièrement à la suite des grandes pyrexies; mais, dans d'autres cas, les caractères propres à chacune des deux fièvres éruptives sont tellement nets qu'il est vraiment difficile de les méconnaître. Je ne vous rappellerai pas les noms de tous les cliniciens qui ont réagi contre la doctrine trop exclusive de Hunter. Il me suffira de vous citer les noms d'Adams, de Ring, de Monneret, de Berton, de Barrier, de Rilliet et Barthez, de Marson, de Villemin, de Lichtman, de Mauthner, de Foucault, de Bez et de cent autres. Aujourd'hui, il n'est pas un médecin d'enfants qui puisse nier l'association de la rougeole avec la scarlatine.

Les deux maladies ont parfois été contractées simultanément, dans le cas, par exemple, où un enfant, indemne jusque-là, a pénétré dans une agglomération où se trouvaient réunis des sujets atteints de rougeole et de scarlatine; alors, c'est la scarlatine, dont la période d'incubation est courte, qui paraît la première; la rougeole se montre plus tard. Si l'éruption scarlatineuse est contemporaine de l'éruption de rougeole, la scarlatine a été contractée pendant l'incubation de cette maladie. Il est plus commun de voir les deux pyrexies se succéder à de notables intervalles, l'une s'étant communiquée à l'enfant pendant l'évolution ou la convalescence de l'autre.

Ces injections doubles ne se produisent pas seulement dans

nos salles de malades ou dans les consultations de nos hôpitaux; elles peuvent se rencontrer quand de jeunes enfants sont réunis en grand nombre à l'occasion de ces petites fêtes où les parents les conduisent même déjà souffrants dans la crainte de les priver d'un plaisir.

La scarlatine et la rougeole peuvent s'associer de plusieurs façons :

1<sup>o</sup> La rougeole peut précéder la scarlatine ;

2<sup>o</sup> La rougeole et la scarlatine peuvent apparaître et évoluer simultanément ;

3<sup>o</sup> La rougeole peut succéder à la scarlatine. Ici, il importe de distinguer les cas dans lesquels la rougeole suit de près la scarlatine de ceux où elle apparaît assez tardivement.

Nous envisagerons successivement ces trois éventualités.

\*  
\* \*

1<sup>o</sup> *La rougeole précède la scarlatine.*—C'est dans ce cas que le pronostic est le moins redoutable.

Ne croyez pas cependant que tous les auteurs soient d'accord sur ce point. Les uns pensent que, dans ces conditions, la gravité de la scarlatine n'est pas sensiblement augmentée; ce sont d'excellents cliniciens parmi lesquels je citerai Johannessen, Besse, Grancher. Il en est même, comme Flesch et Rolly, pour qui la rougeole, loin d'aggraver la scarlatine, exercerait sur son évolution une influence favorable.

D'autres, par contre, sont beaucoup moins optimistes. Heubner, par exemple, a observé quelques cas graves et noté une mortalité assez forte. Dobbert croit qu'une scarlatine éclos dans ces conditions est toujours grave; Ciaglinski a rencontré aussi des cas malheureux, et Hukiewicz admet qu'une scarlatine consécutive à une rougeole est toujours inquiétante.

Lereboullet a cité des cas de mort; mais il fait remarquer que, dans ces cas, la rougeole avait présenté des complications graves qui ont été aggravées par la scarlatine.

Brudzinski, qui a observé personnellement un certain nombre de faits et qui en a réuni beaucoup d'autres, est d'avis que la rougeole aggrave peu une scarlatine qui apparaît après elle.

Telle est aussi mon opinion.

Je puis vous présenter cinq observations que je vais vous résumer en quelques mots.

Obs. I.—Une fillette de quatre ans est amenée à l'hôpital, le 21 avril 1910, avec une rougeole. La température commence à baisser:  $38^{\circ},2$ ; défervescence complète le 23. Le 26 avril, ascension thermique à  $38^{\circ},8$ ; le 28, belle éruption scarlatineuse. La scarlatine suit une marche régulière; le 7 mai la défervescence est complète; aucune complication.

Obs. II.—Fillette de sept ans. Belle rougeole, éruption superbe. Température  $41^{\circ}$ , le 11 janvier 1910. Le 14 janvier, la température est tombée à  $38^{\circ}$ ; mais la défervescence n'est complète que le 20. Pas de complications pulmonaires.

Le 28 janvier, le thermomètre remonte à  $39^{\circ},6$ ; le 30, une éruption de scarlatine apparaît. Cete éruption est parfaitement caractérisée; mais la température baisse assez rapidement; elle est normale le 6 février. Pas de complications.

Obs. III.—Rougeole simple, chez une fillette de quatre ans. Trois semaines après, scarlatine légère sans complications.

Obs. IV.—Rougeole de moyenne intensité, le 14 décembre 1909; la fièvre traîne un peu. Scarlatine le 6 janvier, légère, peu fébrile, sans complications.

Obs. V.—Fillette de quatorze ans et demi. Rougeole assez forte le 13 février 1910. Scarlatine grave le 25 février. La température ne retombe à la normale que le 10 mars. Pas de complications sérieuses.

Nous aurions donc le droit d'être optimistes et de dire qu'une scarlatine qui survient à la suite d'une rougeole est peu inquiétante. Mais à cette règle il y a des exceptions qu'il faut essayer d'expliquer. En dehors des faits rapportés par Heubner, Döbbert, Ciaglinski et Hukiewicz, je dois en citer deux qui ont été publiés dans la Thèse d'Orsoni et que j'ai observés dans mon service des Enfants-Assistés.

Obs. VI.—Une fillette de deux ans et demi fait une rougeole avec broncho-pneumonie. Température,  $40^{\circ},5$ ; sept jours après, la courbe thermique qui avait un peu baissé remonte tout à coup; une scarlatine apparaît et l'enfant meurt le lendemain. Dans ce cas, une rougeole grave s'est compliquée de broncho-pneumonie chez un enfant très jeune; la scarlatine a ravivé l'infection broncho-pulmonaire et entraîné une mort rapide.

Obs. VII.—Garçon de deux ans et demi. Rougeole compliquée de broncho-pneumonie et de troubles intestinaux. La fièvre oscille entre  $39^{\circ}$  et  $40^{\circ}$ . On note cependant une tendance à l'amélioration; mais, treize jours après, la température remonte, et une éruption de scarlatine apparaît. Otite suppurée; mort trois jours après par aggravation des symptômes broncho-pulmonaires.

Dans d'autres cas, où la scarlatine était survenue après une rougeole compliquée de broncho-pneumonie, la guérison finissait par être obtenue; mais tardivement, et après des complications très graves.

Ces faits sont bien différents des précédents. Comment faut-il donc les interpréter?

Dans une rougeole de moyenne intensité qui ne présente pas de complications et évolue normalement, la muqueuse du pharynx et des voies respiratoires est fluxionnée, modifiée dans sa résistance, mais peu infectée; en tout cas, cette infection ne semble pas très virulente et elle s'atténue rapidement. La

fièvre tombée, le revêtement muqueux reprend vite ses caractères normaux et l'infection perd son activité. Une scarlatine qui survient dans ces conditions a bien des chances pour évoluer avec la même bénignité que chez un sujet sain; elle ne ravive pas assez l'infection éteinte pour faire naître des complications graves. Elle est donc généralement normale; il semble même parfois qu'elle soit particulièrement bénigne, comme si l'organisme avait gagné une sorte d'immunisation au passage de la première pyrexie.

Mais, s'il existe une infection profonde, causée par la rougeole, ou simplement ravivée par elle, comme c'est le cas chez les nombreux enfants qui présentent des lésions chroniques ou subaiguës du pharynx, la scarlatine peut la rallumer ou l'aggraver.

Si l'infection est cantonnée dans le nez, dans le cavum ou dans le pharynx, elle pourra y rester confinée, car la scarlatine n'a pas une prédilection marquée pour les voies respiratoires. On en sera quitte alors pour une rhinite purulente, une otite ou une adénite dont les conséquences, à coup sûr, ne sont pas à dédaigner, mais dont on pourra triompher. Si, au contraire, elle a atteint le poumon, chez un de ces enfants très jeunes dont l'appareil respiratoire est si vulnérable, la broncho-pneumonie, alors même qu'elle était déjà en voie d'amélioration, s'aggrave tout à coup et devient rapidement mortelle; on assiste, dans ce cas, au réveil redoutable d'une infection et à la faillite de l'organisme.

Est-ce donc la rougeole qu'il faut incriminer? Non, certes! C'est l'infection banale qu'elle a fait éclore et qui souvent est de nature streptococcique. La scarlatine, vous le savez, exalte tout particulièrement la virulence des streptocoques; il n'est donc pas étonnant que des accidents sérieux suivent de près son apparition; mais ces accidents sont moins imputables à la rougeole elle-même qu'à l'infection streptococcique à qui elle a ouvert la porte; ce qui revient à dire que, dans l'association de la scarlatine avec la rougeole, ce n'est pas cette dernière maladie qui est un facteur de gravité, mais une infection secondaire.

On voit, en effet, des scarlatines écloses après des rougeoles sévères mais non compliquées évoluer avec une régularité absolue et guérir sans accidents, même quand il ne s'est écoulé entre les deux maladies qu'un petit nombre de jours, à plus forte raison quand la convalescence est déjà avancée.

\*  
\* \*

2<sup>o</sup> *Rougeole et scarlatine simultanées.*—Tous les exemples de cette association, que l'on rencontre dans la littérature médicale, sont loin d'être probants; nous en avons cependant observé un nombre assez grand pour que la coexistence des deux maladies chez un même sujet soit pour nous un fait démontré. Heubner l'admet, et il fait remarquer qu'en pareil cas les deux pyrexies gardent chacune les manifestations et même les complications qui leur sont propres.

Les deux maladies n'ont pas été contractées ensemble; mais leur éruptions apparaissent en même temps ou à quelques heures de distance, réalisant ainsi une sorte de maladie mixte.

La rougeole se caractérise alors, le plus souvent, par la forme, les dimensions et la disposition de ses éléments éruptifs que séparent des espaces plus pâles, par le catarrhe oculo-nasal, la bronchite et le signe de Koplik. L'éruption occupe généralement la face, les membres supérieurs et la partie supérieure du tronc. Sur les cuisses et la partie inférieure du tronc, la rougeur diffuse, et le pointillé de la scarlatine se reconnaissent facilement. Quand cette éruption pâlit, elle peut être remplacée par des macules morbillieuses. Plus tard, il se produit une large desquamation et parfois une néphrite apparaît.

On pourrait croire, à priori, que les résultats de cette association doivent être terribles. Le plus souvent ils sont très simples; cependant tous les cas n'évoluent pas favorablement.



Sur 21 cas qu'il a rassemblés, Hukiewicz a noté 13 guérisons rapides et 7 morts, un enfant ayant été emporté par ses parents avant d'être complètement guéri. La mort a été causée, dans 4 cas, par des complications broncho-pulmonaires et dans 3 cas par des formes graves de scarlatine.

Dans des conditions pareilles, Brudzinski a perdu un de ses malades sur trois.

Chez trois enfants observés dans mon service des Enfants-Assistés, et dont les observations sont citées dans la Thèse d'Orsoni, la maladie a été bénigne et la guérison facile. Il en a été de même dans un cas de Rumpelt, cité par Bez. Il est donc certain que l'apparition simultanée ou presque simultanée de la rougeole et de la scarlatine n'a pas forcément un caractère néfaste.

Pour expliquer cette bénignité relative, nous ne pouvons faire qu'une hypothèse. Chez les sujets qui ont guéri, il n'existait pas d'infection antérieure du nez, des amygdales, ni du cavum; les deux maladies apparaissant en même temps, la scarlatine n'avait pas eu le temps d'exalter la virulence des streptocoques contenus dans le pharynx, et la rougeole avait pu évoluer sans que la muqueuse des voies respiratoires eut été gravement infectée par ces germes.

Dans les cas où l'on a noté des rhinites, des otites, des adénites et surtout des broncho-pneumonies, il est probable que le tissu lymphoïde du pharynx avait été infecté antérieurement et qu'il contenait encore des germes virulents. Cette infection a été ravivée par la scarlatine et par la rougeole associées.

La rareté relative des complications broncho-pulmonaires dans les cas de ce genre, même chez des enfants très jeunes, me paraît être un argument en faveur des cliniciens qui refusent de considérer la scarlatine comme une streptococcie banale et voient en elle une maladie spécifique, au cours de laquelle les streptocoques qui vivent en saprophytes dans la cavité pharyngienne

exaltent leur virulence et causent un grand nombre de complications.

\*  
\* \*

3° *La rougeole suit la scarlatine.*—Examinons maintenant les cas dans lesquels la rougeole se montre plus ou moins longtemps après la scarlatine. Là, nous nous trouvons en présence de faits nombreux, précis et souvent graves. Plus l'apparition de la rougeole se rapproche de la scarlatine, plus le pronostic doit être réservé; mais tous les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce point.

La plupart des cliniciens admettent la gravité d'une rougeole consécutive à une scarlatine. Je puis citer les noms de Hensch, de Bez, de Babinsky, de Grancher, de Hase, de Rolly, de Kien, de Riesel, de Szontagh et de Lereboullet. Mais il en est d'autres: Heubner, Flesch, Claus, Ciaglinski, etc., pour qui la rougeole est généralement bénigne dans ces conditions, et quelques-uns affirment que cette association est sans effet (Lange, Tiktin-Hausman).

Brudzinski ne croit pas que la rougeole soit très aggravée par le fait de son apparition après une scarlatine. Lereboullet a remis à son élève Orsoni un assez grand nombre d'observations recueillies pour la plupart dans mon service des Enfants-Assistés. Sur 13 cas, il a compté 6 morts.

Gouget, dans une intéressante étude présentée à la Société médicale des hôpitaux, a réuni tous les cas de rougeole post-scarlatineuse qu'il a pu rencontrer, et il est ainsi arrivé à un chiffre de 410 cas, sur lesquels il a relevé 135 décès, soit une mortalité de 32,69 p. 100.

Cette statistique porte sur une longue série d'années. Jusqu'en 1889, la mortalité était de 43-48 p. 100; de 1890 à 1900,

elle est tombée à 27 p. 100; et, à partir de 1901, elle est de 20 p. 100.

Gouget rapporte une série de 39 cas, tous terminés par la guérison, mais plusieurs après des complications assez graves. Si nous examinons de près ces 39 observations, nous voyons que 14 fois la rougeole s'est montrée plus de trente jours après la scarlatine et 26 fois plus de vingt jours après cette maladie.

Deux fois seulement, la rougeole a paru moins de dix jours après la scarlatine, une fois le lendemain (ce cas rentre dans la série précédente), et une fois quatre jours après. C'est cet éloi-gnement qui explique les heureux résultats obtenus par notre collègue. Comme lui, nous pratiquons l'isolement individuel dans des salles spéciales dès l'apparition du signe de Koplik et nous faisons une antisepsie aussi rigoureuse que possible; cependant, depuis deux ans, j'ai recueilli dans notre pavillon 15 observations de rougeole post-scarlatineuse et j'ai noté 4 morts. Cette proportion est plus faible que celle des Enfants-Assistés; mais dans cet hospice les sujets étaient généralement plus jeunes.

Les cas graves étaient presque toujours ceux dans lesquels la rougeole se montrait de quatre à huit jours après l'éruption de la scarlatine. Voici une observation typique:

Obs. VIII.—Une fillette de quatre ans est amenée au Pa-villon de la scarlatine le 1<sup>er</sup> mars 1910.

Fièvre assez forte depuis la veille, au matin, vomissements. Grandes plaques rouges sur la face qui semble tuméfiée; éruption généralisée, scarlatineuse.

Le 2 mars, l'éruption est intense; la langue se dépouille, les amygdales et les piliers sont rouges, sans exsudats, le ventre est météorisé. Température 39°,4; pouls, 132; pas d'albumine. La respiration nasale est insuffisante, le nez croûteux, les ganglions tuméfiés dans la région cervicale.

Les jours suivants, la température oscille entre  $38^{\circ},2$  le matin et  $39^{\circ},4$  le soir.

Le 7 mars, le thermomètre atteint  $40^{\circ}6$ . La face est légèrement œdématisée, les yeux sont rouges et larmoyants, le nez coule; signe de Koplik très manifeste; une légère éruption morbilleuse apparaît derrière les oreilles.

Le 8 mars, l'éruption de rougeole couvre déjà la face et le tronc. Râles de bronchite.

Le 9 mars, la température tombe à  $38^{\circ},4$ , mais elle remonte bientôt et se tient à  $39^{\circ},6$  pendant cinq jours. Des râles nombreux remplissent les deux poumons; mais il n'y a pas de foyer de broncho-pneumonie.

Le 17 mars, on trouve un gros foyer au sommet du poumon droit.

Le 21 mars, l'état de l'enfant est très mauvais: cyanose, tirage, râlés sous-crépitants dans toute l'étendue des deux poumons; matité à droite, exulcérations fétides dans la gorge; pression artérielle 6.

L'enfant meurt le lendemain.

Dans ce cas, l'évolution des accidents pulmonaires a été assez lente; elle est quelquefois beaucoup plus rapide. Nous avons vu des enfants emportés en quarante-huit heures ou en trois jours par des broncho-pneumonies suraiguës. La thèse d'Orsoni relate six observations de ce genre.

Que s'est-il donc passé dans ces six cas? Presque toujours la même chose. Un enfant de deux à trois ans est apporté à l'hôpital avec une éruption de scarlatine. L'éruption n'a pas mauvais aspect et le cas paraît devoir être bénin; en effet, la température baisse bientôt et la convalescence semble prochaine. Tout à coup le thermomètre remonte à  $39^{\circ}$  et plus; puis, quatre ou cinq jours après, on voit poindre une éruption de rougeole. Celle-ci est d'abord discrète, mais elle s'étend vite et la température

continue à monter. On ne tarde pas à percevoir les signes d'une broncho-pneumonie et l'enfant est emporté en deux ou trois jours, ou plus lentement. Souvent on note, en même temps, une rhinite purulente ou une otite.

Dans ces cas, entre la scarlatine et la rougeole, la température ne descend guère à la normale; elle ne baisse pas franchement et l'on sent que la maladie n'est pas terminée. L'éruption est plus ou moins modifiée dans ses caractères; assez souvent, elle prend l'aspect purpurique.

Quant aux broncho-pneumonies, elles ont des allures variables. Quelquefois elles marchent avec la rapidité d'un catarrhe suffocant et tuent en trente-six ou quarante-huit heures, autant par toxémie que par asphyxie. Dans d'autres cas, elles sont aiguës, forment des foyers disséminés et se caractérisent plutôt par la présence aux bases pulmonaires de râles fins et de zones submates que par de gros foyers mats et soufflants. Ou bien encore elles évoluent d'une façon subaiguë et font songer à la tuberculose. Dans la plupart des cas, le streptocoque est l'agent principal de ces infections des voies respiratoires; mais on conçoit que d'autres germes puissent intervenir. Dans un cas de Brudzinski, les lésions étaient lobaires et leur aspect éveillait l'idée d'une pneumococcie plutôt que d'une streptococcie.

Pourquoi ces accidents graves? On sait, depuis longtemps, que, chez des sujets jeunes et surtout chez des enfants déjà infectés, la scarlatine fait apparaître dans le pharynx une infection streptococcique assez virulente. La scarlatine passée, cette infection ne perd pas immédiatement son activité. Si une rougeole intervient dans ces conditions, l'érythème morbillieux, en modifiant la circulation et la résistance des muqueuses respiratoires, facilite singulièrement l'implantation et la propagation de cette infection dans l'arbre bronchique. C'est la scarlatine qui a fait apparaître l'infection à l'entrée des voies aériennes; mais c'est la

rougeole qui la propage et qui, en la faisant pénétrer dans les bronches et le poumon, lui donne un caractère redoutable.

La scarlatine n'a pas ici, à proprement parler, une action spécifique; elle agit à la façon de ces infections banales que ravive une rougeole et qu'on rencontre si souvent à l'origine des broncho-pneumonies morbilleuses.

Ce mécanisme, on le comprend, n'a rien de fatal. L'infection créée par la scarlatine n'est pas toujours grave et la rougeole ne la propage pas forcément au poumon. On peut donc observer une série de cas heureux. La bonne fortune qu'a eue Gouget n'a rien de mystérieux; elle est facile à expliquer.

En effet, quand la rougeole survient assez longtemps après une scarlatine, même sévère, la guérison est la règle et les accidents graves l'exception.

Si l'énanthème scarlatineux n'a pas provoqué une infection particulièrement virulente du pharynx (amygdales et cavum), cette infection n'est plus assez active au moment où paraît la rougeole pour que l'énanthème morbilleux la ranime et la propage. Tout peut donc se passer normalement et j'ai presque toujours vu évoluer d'une façon bénigne les rougeoles qui ont paru plus de huit jours après une scarlatine.

Si pourtant, la scarlatine a laissé dans le pharynx une infection grave, le pronostic devient plus sombre et nous n'avons plus le droit d'être optimistes. Même après un temps assez long, la rougeole peut raviver l'infection et occasionner des accidents redoutables.

Obs. IX.—Une fillette de cinq ans entre aux Enfants-Assistés, le 30 décembre 1900, avec une scarlatine discrète. Six jours après, un érythème infectieux se montre sur les membres inférieurs et prend le caractère purpurique. L'enfant est déprimée, asthénique et gravement infectée. Vingt jours après, le 26 janvier 1901, apparaît une nouvelle poussée érythémateuse. En

deux jours, cet érythème s'éteint; mais bientôt, il est remplacé par une éruption typique de rougeole. Après l'éruption morbilleuse, la température baisse momentanément; elle ne tarde pas à remonter: on note alors, à la base du poumon gauche, des signes de broncho-pneumonie. Des accidents laryngés surviennent et nécessitent une trachéotomie. L'enfant meurt et on découvre, à l'autopsie, une broncho-pneumonie double et des ulcérations à la base des deux cartillages aryténoïdes.

C'est ce que Lereboullet a très bien observé.

Dans ce cas, il est évident qu'une infection grave a persisté après la scarlatine; elle a été rallumée par la rougeole et a fait apparaître des lésions irrémédiables.

\*  
\* \*

L'association de la rougeole et de la scarlatine n'est donc pas grave par elle-même. Souvent les deux pyrexies évoluent ensemble sans qu'il en résulte un grand dommage; mais chacune d'elles est capable de raviver une infection que l'autre a créée et de provoquer ainsi des accidents redoutables.

Une pareille éventualité se produit rarement quand la rougeole précède la scarlatine. Dans ce cas, l'infection créée par l'énanthème morbilleux est généralement légère. Si la scarlatine la rallume, on voit apparaître une rhinite, une otite ou une adénite. Certes, ce ne sont pas là des complications négligeables, mais on en triomphe habituellement. L'énanthème scarlatineux n'atteint guère l'arbre bronchique: "La scarlatine n'aime pas le larynx", a dit Trousseau; les broncho-pneumonies surviennent donc assez rarement. Si pourtant il existait déjà une infection broncho-pulmonaire causée par la rougeole, la scarlatine serait capable de l'aggraver et de causer la mort en quelques jours. C'est

un fait que nous avons observé plusieurs fois; mais ce fait est exceptionnel et se présente surtout dans les milieux infectés.

Si, au contraire, c'est la scarlatine qui a précédé la rougeole, l'infection secondaire du cavum, développée à la faveur de l'énanthème scarlatineux a beaucoup plus de chances pour être ravivée et propagée aux voies respiratoires par l'énanthème morbilleux. Cela s'observe communément quand la rougeole suit de près la scarlatine, exceptionnellement quand elle ne tarde pas de huit ou dix jours à se montrer.

C'est donc surtout des infections secondaires qu'elles ont créées, que résulte le danger de la scarlatine et de la rougeole associées. Si ce danger est plus grand quand la rougeole vient après la scarlatine, c'est parce que, dans ce cas, une broncho-pneumonie est toujours à redouter, surtout quand l'enfant est très jeune. C'est la broncho-pneumonie qui tue; or, cette complication n'apparaît guère après la scarlatine que dans les cas où le terrain a été spécialement préparé.

Est-ce à dire, cependant, que l'association de la rougeole avec la scarlatine n'imprime à l'organisme aucune modification? Je ne le crois pas, mais cette modification n'est pas très redoutable. Voici un fait que j'ai observé.

Obs. X.—Une fillette de quatre ans fait une scarlatine de moyenne intensité le 1er février 1910. Le 24, elle est atteinte d'une rougeole normale, parfaitement caractéristique. Le 12 mars, elle en présente une seconde, aussi nette que possible. Elle guérit cependant de la façon la plus régulière et sort le 23 mars.

Brudzinski relate un cas pareil. Il est donc possible que, dans certains cas, l'évolution simultanée des deux maladies modifie les processus d'immunisation et facilite la récurrence de pyrexies habituellement immunisantes.

On me reprochera sans doute d'avoir fait des hypothèses.



Qu'importe! Si ces hypothèses nous guident et nous éclairent, elles sont utiles. En tout cas, elles m'ont été suggérées par l'observation des faits cliniques nombreux et précis. Je crois cependant qu'il y a, dans ce que je vous ai dit, plus et mieux qu'une simple hypothèse. Il ne suffit pas toujours, pour éclairer une question, d'apporter des statistiques: il est trop facile de leur faire dire ce qu'on veut qu'elles disent; il faut encore interpréter judicieusement les faits.

La conclusion pratique de tout ce que je vous ai dit est facile à déduire. Il est dangereux de faire une scarlatine ou une rougeole avec une gorge infectée. Le pharynx est un centre où les infections naissent et d'où elles rayonnent facilement. Il faut donc poursuivre ces infections quand elles existent; mais le mieux est encore de les prévenir.

—:00:—

## REEDUCATION DE LA RESPIRATION ET DE L'ATTITUDE DROITE CHEZ UN ASTHMATIQUE

Par le Dr Pierre GACEY

L'observation d'un malade que M. le professeur Gilbert m'a fait l'honneur de me confier montrera tout le bénéfice que peut donner à l'hôpital ma méthode de rééducation de la respiration, et accessoirement de l'attitude droite <sup>1</sup>: méthode créée primitivement en vue de mettre sûrement et rapidement les jeunes gens,

1. Il serait plus exact, mais contraire à l'usage, de dire ventilation pulmonaire.

insuffisants-respiratoires, à même de recevoir l'éducation physique et en particulier l'éducation militaire.

Georges Br..., dix-neuf ans et demi, est entré à l'Hôtel-Dieu le 18 novembre, pour une crise d'asthme plus longue et plus violente que d'habitude. Depuis l'âge de dix-huit mois, les crises se sont répétées chaque mois, sauf quelques rémissions, jusqu'à quatorze ans. A ce moment, l'enfant commence son apprentissage de peintre en bâtiments. Le froid, les odeurs de peinture, la poussière contribuent probablement à l'aggravation du mal. Les crises reviennent deux ou trois fois par mois, variant d'intensité; en même temps le thorax s'élargit et le dos se voûte. La cyphose est prononcée à ce point que les camarades d'atelier donnent à Br... le surnom de Lagardère.

Entre les crises, la respiration est difficile, le souffle est court, la marche est pénible, mais plus encore la montée des escaliers: la fatigue est continuelle.

Le malade ne peut sortir de ce cercle vicieux: pour bien respirer, il devrait se tenir droit, mais pour se tenir droit, il devrait d'abord mieux respirer.

Remis de sa crise par le repos et le régime lacté, il est présenté à l'amphithéâtre Trousseau le 23 novembre, et le lendemain je lui donne la première leçon. Huit jours après, les progrès sont déjà très manifestes.

Les mensurations des périmètres thoraciques au repos et en inspiration profonde ont été les suivantes:

- 1° Au niveau des aisselles;
- 2° Au niveau des mamelons;
- 3° Au niveau de l'appendice xiphoïde:

25 novembre.

1° 87-92

2° 81-87

3° 79-82

22 décembre.

87-94

83-90

80-90

10 janvier.

86-91

85-92

83-89

La taille était :

Le premier jour, 163 centimètres sans effort et avec effort  
165.

Le 23 décembre, 165 centimètres sans effort, 166 avec effort.

Dès la première leçon, le sujet déclare qu'il respire mieux et, de jour en jour il sent à ce point de vue une amélioration qui l'amènera à dire que jamais auparavant il n'a, dans ses meilleurs moments, respiré aussi librement.

Cette euphorie respiratoire bien connue est importante à obtenir dès le début; elle doit être le point de départ de tout exercice physique autant que son résultat.

Si les progrès obtenus en vingt jours ne sont pas faits pour étonner les praticiens habitués aux succès de la kinésithérapie appliquée individuellement, ils apprécieront davantage le fait que je n'ai eu à m'occuper du malade que pendant vingt minutes les cinq ou six premiers jours, et qu'ensuite il n'a consacré quotidiennement à ces exercices un temps égal que quinze autres jours, sans aucune surveillance: ce qui donne six heures environ d'exercices au total. Mais ce qui me paraît le plus intéressant à noter, c'est l'amélioration obtenue pendant le séjour à l'asile de convalescence, sans nouvel exercice, le sujet *voulant* désormais se tenir droit, et *pouvant* y arriver parce qu'il respirait mieux.

Or, les méthodes actuelles, quel que soit leur mérite, nécessitent d'une part la bonne volonté du sujet et d'autre part un éducateur instruit et zélé. Je ne méconnais pas, même avec ma méthode, les avantages de la réalisation de ces conditions, mais j'ai voulu qu'elles ne soient pas une nécessité absolue, au moins en ce qui regarde la bonne volonté de l'élève. L'appareil employé, appelé *table de juvéniculture*, ou *table pour gymnastique thoracique*, permet à l'élève de réapprendre à respirer, comme le fait un asphyxié sur qui l'on pratique la respiration artificielle, c'est-à-dire en réduisant au minimum sa contribution personnelle. Mais, dès la deuxième leçon, le sujet peut devenir son propre moteur.

L'appareil est constitué par une table rectangulaire prolongée par une tige terminée par un appui-tête. Ainsi il est facile d'étendre le sujet de façon que la colonne vertébrale repose sur la tige, les épaules restant libres, les pieds fixés sur la table à un cale-pieds. Dans cette situation, les mouvements de circumduction des bras, soit en haut et en avant, soit en bas et en arrière, entraînent le thorax, dans le premier cas, comme le fait la méthode de Sylvester, dans le second cas, comme le fait la méthode de Pacini. Un troisième mouvement de va-et-vient des bras dans le plan horizontal est particulièrement agréable comme sensation de respirer à plein poumons, et permet spécialement de rythmer la respiration. Alors que la ceinture abdominale inférieure, le bassin doit offrir une solidité parfaite, que la moindre défaillance comme le relâchement de la symphyse entraîne des troubles marqués, la ceinture thoracique doit être parfaitement mobile, toutes ses articulations aussi souples que possible, tous les muscles de la région ayant besoin, avant d'être puissants, d'être extensibles, pour ne pas entraver l'action des antagonistes, ceci s'appliquant du reste à toutes les articulations du corps, comme l'a montré si clairement Mme Nageotte-Wilbouchewich en créant un type clinique : la raideur juvénile. Ces considérations sur la mobilité des épaules sont justifiées encore par une récente étude du médecin major Miramont de Laroquette à propos de l'"articulation scapulo-thoracique".

Si mon malade avait présenté cette raideur, du moins en ce qui regarde l'épaule, son amélioration n'aurait pas été trop retardée; mais contrairement à mes prévisions, il était, malgré son attitude, à peu près souple. Il n'en tait pas d'une petite malade âgée de douze ans, dont les bras ne pouvaient se rapprocher du plan horizontal.

Les mouvements des bras facilitent l'expiration aussi bien que l'inspiration, mais ils ne constituent pas le véritable exercice respiratoire, ce que fait le mouvement de respiration profonde

que j'intercale entre eux : le sujet toujours couché, s'appuyant par les mains sur les extrémités de la table, inspire lentement à fond, puis expire lentement à fond également, contractant au premier temps tous ses muscles inspirateurs et au deuxième temps tous ses muscles expirateurs et en particulier ses muscles abdominaux. La contraction forcée de ces derniers dans l'expiration suffirait à assurer le renforcement de la sangle abdominale et par suite à influencer la cyphose qu'exagère toujours la ptose abdominale. Mais je joins toujours à ces exercices d'élargissement et de rétraction du thorax des mouvements destinés à donner à toutes les articulations du corps leur maximum d'extension et leur maximum de flexion, et aussi leur maximum de rigidité; du moins, chez les jeunes gens, l'appareil offrant à ce point de vue des avantages spéciaux.

Pour le malade en question, les exercices de flexion et d'extension du tronc sont compris dans la durée des séances indiquée plus haut.

Le résultat clinique, en dehors de l'attitude, est celui-ci : le sujet peut marcher, courir, monter des escaliers sans essoufflement, comme il ne l'avait jamais fait en dehors des crises; il envisage avec gaiété la possibilité d'être incorporé au régiment, ce qui lui avait toujours paru impossible.

Les mensurations indiquées prêtent à discussion. Le thorax déjà distendu à sa partie supérieure a conservé la même ampliation; sa diminution apparente tient à la fixation plus étroite des omoplates sur le thorax.

Le gain a été, au contraire, bien marqué dans l'étage inférieur comme périmètre au repos et comme ampliation. Mais ce qui contribue surtout à une ventilation plus active des poumons, c'est la facilité des mouvements, et cela ne peut se mesurer. L'ampliation obtenue le premier jour l'est au prix d'un effort intense; au contraire, dans la suite, le malade atteint des chiffres égaux ou supérieurs, sans avoir à faire un tour de force. Aussi bien le

rythme lui-même échappe à toute mesure objective réelle, ce rythme tient à l'harmonie des actes réflexes; la respiration ne saurait être un acte voulu d'une façon continue; de là l'importance des mouvements respiratoires, rythmés par les bras comme par un balancier. Dès les premiers jours, l'amélioration de la respiration pendant le sommeil, toujours si marquée, m'a paru tenir à la position couchée adoptée ici, et il va de soi que l'activité, partant, la respiration, sera d'autant plus grande pendant le jour que, pendant la nuit, la ventilation pulmonaire aura été plus normale—condition nécessaire pour un réveil facile et dispos.

Quelle sera l'influence de cette rééducation en dehors du bien-être apporté dans l'intervalle des crises, sur la reproduction des crises elles-mêmes? Un certain nombre d'observations antérieures me permettent seulement d'affirmer qu'à l'avenir les crises nouvelles n'auront plus pour le sujet le même caractère angoissant.

Quand le thorax est, avant le traitement, parfaitement immobilisé, donnant 1 centimètre à 2 centimètres d'ampliation seulement, cette immobilisation peut être considérée comme une cause importante, et la mobilisation intensive des articulations de la cage thoracique, si elle est possible, est suivie, comme j'en ai des exemples datant de deux ans, d'une disparition complète des crises.

Dans les cas comme celui-ci où le thorax jouissait, au contraire, d'une certaine mobilité, j'ai obtenu bien plus une diminution de l'intensité des accès que de leur fréquence. Je crois pouvoir dire que la rééducation de la respiration chez l'asthmatique, surtout au point de vue de l'expiration et du rythme, est toujours indiquée, soit comme adjuvant, soit comme base du traitement; en tout cas, elle apparaît ici comme ayant augmenté singulièrement la valeur sociale du malade, et cela d'une façon rapide et facile.

## FORMULAIRE DU PRATICIEN

Hôpital Beaujon.—M. le Pr Albert ROBIN

## TRAITEMENT LOCAL DE L'HEMIPLEGIE PAR LES AGENTS PHYSIQUES

Ce traitement doit être constitué, en général, dès le début d'une hémiplegie; il ne faut pas attendre, comme le conseillent certains auteurs, une cicatrisation lésionale dont l'établissement est toujours problématique. Plusieurs actes constituent les bases de ce traitement par les agents physiques; ils sont au nombre de six:

1<sup>o</sup> La mobilisation; 2<sup>o</sup> le massage; 3<sup>o</sup> la rééducation; 4<sup>o</sup> l'électrothérapie; 5<sup>o</sup> la psychothérapie; 6<sup>o</sup> l'hydrothérapie.

1<sup>o</sup> *Mobilisation*.—Quand le malade est encore capable de mouvements actifs, il faut lui faire exécuter les mouvements, une fois par jour, pendant une courte séance de 5 à 10 minutes.

Si, par contre, le malade ne peut exécuter aucun mouvement actif, on lui fait exécuter des mouvements passifs pendant de courtes séances de 5 minutes tous les matins. Dans certaines circonstances, il faut aider ces mouvements, ce sont les *mouvements de participation*.

Toutes ces manœuvres, le médecin les doit accomplir lui-même. Il obtiendra de la sorte une notable amélioration des rétractions musculaires et tendineuses. En même temps on se trouvera bien d'associer à la mobilisation des frictions avec la solution suivante:

Teinture de quinquina . . . . .	}	100 grammes
Baume de Fioraventi . . . . .		
Alcool camphré . . . . .		
Menthol . . . . .	3	—
Essence de girofle . . . . .	1	—
Teinture de noix vomique . . . . .	25	—

2° Le *massage* commencera quelques jours plus tard par l'*effleurage* doux, pratiqué de la périphérie à la racine des membres. On en viendra ainsi petit à petit au *pétrissage* des masses musculaires.

3° La *rééducation* reconnaît des indications et des contre-indications. C'est une gymnastique raisonnée établissant des rapports normaux entre la perception des mouvements et la volonté qui les exécute. On évitera la fatigue. La rééducation trop précoce tend à favoriser la production des arthropathies. N'oublions pas qu'il convient d'agir différemment dans l'hémiplégie spasmodique et de faire porter la rééducation surtout sur les muscles actifs. Pour en tirer tout l'avantage, les malades ne doivent pas être ni affaiblis, ni contracturés, ni atteints de rétraction tendineuse.

Cette rééducation améliore d'une façon considérable l'état général et moral des malades.

La technique de la rééducation est complexe. Dans le *décubitus* on fait exécuter des mouvements d'extension et de flexion du membre inférieur. Plus tard, ce seront des mouvements de flexion avec abduction et adduction.

Quand le malade est *assis*, on le fait lever en utilisant l'aide d'une chaise (manœuvre de la chaise).

Le malade *debout* s'appuie sur une table et essaie de marcher. Plus tard c'est la marche avec béquilles, puis avec une *canne*, enfin c'est la marche *en plan incliné*.

Au début, on fera tous les jours des frictions avec :



Huile animale de Dippel . . . . .	25 grammes
Extrait de noix vomique . . . . .	2 —
Phosphore blanc . . . . .	0 gr. 25
Huile d'amande douce . . . . .	75 grammes

que l'on cessera en cas d'irritation.

4° *Electrothérapie*.—Il convient de ne la commencer qu'à une période avancée: deux ou trois mois après l'ictus. On doit attendre que les premiers actes de rénovation aient donné tout ce qu'ils pouvaient donner.

La galvanothérapie, les courants de haute fréquence et les bains électriques ont été employés avec des succès, mais incons-

La *faradisation* a des indications précises: hémiplegies flasques, hémiplegies avec anesthésie, hémiplegies avec atrophies musculaires. C'est elle surtout qui, dans certains cas, rendra des services précieux au praticien.

5° *Psychothérapie*.—La psychothérapie permet de corriger certaines attitudes vicieuses.

6° *L'hydrothérapie* en principe est contre-indiquée chez les hémiplegiques. Faut-il donner des bains aux hémiplegiques? Les bains chauds peuvent être employés environ quinze jours après l'ictus (36° pendant 15 minutes). On peut faire exécuter dans ce bain des mouvements actifs qui deviennent possibles. Il peut être utile de faire dissoudre dans le bain:

Gélatine . . . . .	50 grammes
Carbonate de soude . . . . .	50 —
Bromure de potassium . . . . .	12 —

## ALCOOLISME ET MEDECINE

M. Bardet, devant une réunion des soc. de médecine de Paris, médico-chirurgicale et de médecine et de chirurgie pratiques, a conclu en ces termes :

“ Messieurs, quand il s’agit de grandes questions comme celle qui nous préoccupe, qui intéressent tout un peuple, qui ont une importance économique considérable, j’estime que l’on n’a pas le droit d’être absolu et que la physiologie n’est pas la seule à devoir être écoutée.

“ Si nous voulions être logiques et trancher dans le vif toutes les fois où des causes pathogéniques se révèlent, nous pourrions aller fort loin. . .

“ J’ai soutenu souvent que l’abus de la suralimentation azotée est cause de presque toutes les maladies de la nutrition, et en cela, je suis tout à fait d’accord avec M. Pascault, qui a fait sur cette question des travaux que je trouve tout bonnement admirables de netteté et de science. Je vous avoue même que je considère l’albuminisme comme beaucoup plus dangereux que l’alcoolisme, car le buveur seul fait abus d’alcool et sait fort bien qu’il a tort, tandis que de très bonne foi, tous les humains font abus de nourriture, avec la conviction qu’ils exaltent leur capacité à l’action, et se défendent contre la misère physiologique. Eh bien ! malgré ma conviction, je me garderais bien de réclamer pour tous les hommes l’établissement d’un régime d’anachorète, parce que je sais fort bien que je ne serais pas écouté.

“ Que voulons-nous ? Lutter contre l’alcool-fléau, contre l’alcoolisme. Pour obtenir un résultat, il nous faut demander des choses possibles, et par conséquent accepter l’usage des boissons fermentées, employées à doses convenables et de manière convenable. Un peu de vin, pris au repas, mais seulement

“ au repas ; très rarement, et seulement pour les estomacs vigoureux, un peu d'eau-de-vie, c'est là une tolérance qui ne semble pas capable de causer des dangers sérieux et qui nous rendra possible la lutte contre le fléau, tandis que notre refus de reconnaître au vin des qualités alimentaires, fût-ce comme condiment, risque fort de nous faire tourner en dérision par le plus grand nombre, et même par plus d'un de nos confrères.

“ N'oublions pas que, pendant des siècles, nos ancêtres ont bu du vin, et mon Dieu ! le résultat qu'ils ont obtenu ne semble pas si mauvais, pour que nous ayons la prétention de transformer complètement la face des choses. Les conditions qui président à la constitution d'une race sont complexes et délicates à préciser. Sommes-nous si sûrs de nos opinions actuelles pour oser bouleverser des habitudes séculaires et rejeter, d'un coup, tout le passé ? Pour mon compte personnel, je n'oserais en assumer la responsabilité et je me souviens toujours qu'on a eu trop souvent l'occasion de reprocher aux médecins d'avoir volontiers, d'une génération à l'autre, des opinions contradictoires ; cela devrait nous rendre modestes. ”

## BIBLIOGRAPHIE

**THERAPEUTIQUE USUELLE DU PRATICIEN.**—Clinique thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris, par le professeur Albert Robin, membre de l'Académie de Médecine. Première série.—VIGOT Frères, Editeurs, 3, Place de l'Ecole de Médecine, Paris. 1 vol. in-8° carré. 8 fr.

On peut considérer l'enseignement de la Clinique thérapeutique comme une manière de gymnastique cérébrale qui développe l'intuition du médecin et lui donne plus d'habileté à se servir de ce qu'il sait, tout en rappelant son attention sur les acquisitions modernes qui méritent de survivre parce qu'elles ont été confirmées par les résultats de l'observation.

Voilà ce que l'auteur a essayé de condenser dans cet ouvrage, qui n'est autre chose que la pratique médicale en action et dont le Dr Fiessinger disait récemment dans un élogieux article du **Journal des Praticiens**: La thérapeutique usuelle du Praticien pourrait être intitulée en sous-titre "**Conditions de réussite dans la clientèle**".

Nous sommes devant le malade. On pose le diagnostic et l'on trace le rapide tableau de ceux des éléments de la maladie que la thérapeutique est capable d'impressionner. Cela fait, on dresse le plan de campagne avec l'échelle des opérations à conduire. A ce moment, le praticien fait la revue des armes dont il dispose; il se rappelle leur mode d'action et leur portée, puis reconnaît les éléments morbides auxquels elles répondent. Alors, il rédige sa prescription, en tenant compte des multiples variations qui lui sont imposées par la maladie elle-même et par l'individualité du malade.

Pour la plupart des maladies dont il sera question au cours de l'ouvrage, le Professeur Robin s'est attaché à atteindre cet objectif pratique de **thérapeutique appliquée et expliquée**, mais

en insistant presque exclusivement sur les cas où celle-ci est fructueuse et conduit à des résultats qui satisfont le médecin dans son cœur puisqu'il soulage et guérit, et dans son esprit, puisque ces résultats lui permettent d'entrevoir le domaine de sa puissance.

Le praticien est beaucoup moins désarmé qu'on ne le lui enseigne et qu'il ne le croit trop souvent. Certes, s'il continue à se laisser diriger, pour l'institution de ses traitements, par les théories pathogéniques régnantes, il sera bien vite découragé devant les insuccès; mais, s'il se décide à étudier les réactions vitales et à leur opposer une **thérapeutique essentiellement fonctionnelle**, il reprendra confiance en ses interventions.

Je suis un croyant de la thérapeutique, dit le Professeur Robin, et ce que j'ai vu pendant ma carrière me permet d'assurer que le scepticisme est un aveu d'ignorance bien plus qu'un aveu d'impuissance; aussi, mon but le plus cher serait-il de réussir à inspirer à mes lecteurs la foi qui m'anime.

---

**LA VIE SEXUELLE ET SES LOIS**, par le Dr Anton Nystrom  
(de Stockholm). Paris, VIGOT frères, éditeurs, 1 vol. in-8°  
cavalier. 6 fr.

Le nom de Nystrom, très connu à l'étranger, est presque une révélation pour le public français. L'excellente traduction de la **Vie sexuelle et ses lois** que nous donne la librairie Vigot nous arrive précédée d'un bruit de bataille, car, à Stockholm les idées de Nystrom, suscitèrent une coalition bruyante de toutes les forces traditionnelles contre les enseignements de notre auteur.

Il n'est pas d'écrivain qui parle un langage plus sensé, plus scientifique que Nystrom, il n'en est pas dans la littérature contemporaine qui ait, jusqu'à ce jour, exposé des théories plus audacieuses au point de vue social.

Médecin expérimenté, esprit sagace, psychologue inné et thé-

rapeute voué à la pratique quotidienne, on peut dire qu'aucun secret sexuel n'a échappé à l'analyse de Nystrom. Il y a de tels passages concernant le **coïtus interruptus**, la **brutalité du mâle en amour**, le **danger de certaines pratiques restrictives** qui sont des révélations dont il doit être tiré un profit considérable et que, dans l'intérêt de sa pratique quotidienne, aucun médecin ne peut désormais, se passer de connaître.

Mais c'est surtout par son étude savante (exposée d'ailleurs avec une clarté parfaite et mise à la portée de tous les lecteurs, des tendances actuelles au **malthusianisme** que Nystrom prend dans la science contemporaine une place enviable et une situation de premier plan.

Si l'on ajoute qu'à ces qualités, Nystrom, praticien averti, joint celle de nous livrer quantité de **faits** observés par lui dans la vie conjugale de ses clients, on comprendra sans peine l'opinion exprimée par la **Vie sexuelle et ses lois**, par un de nos maîtres contemporains. Qu'on approuve Nystrom ou qu'on le blâme, il est impossible désormais de s'occuper sérieusement de la sexualité, sans connaître à fond "son ouvrage".

---

**L'HOMOSEXUALITE ET LES TYPES HOMO-SEXUELS**, par le Dr Lauppts (G. Saint-Paul).—Nouvelle édition augmentée, de Perversion et Perversité. Préface d'Emile Zola.—Paris, VIGOT frères, Editeurs, un vol. in-8° raisin. 6 fr.

L'ouvrage, aujourd'hui classique de Lauppts est trop connu pour qu'il soit nécessaire de recommander aux lecteurs l'édition, considérablement complétée et mise à jour que nous en donnons.

Les **types homosexuels** (inverti-nés, paidophiles, occasionnels, bisexuels...) son fixés et délimités de main de maître dans cette œuvre dont les conceptions étayées sont des documents d'une vérité irréfragable, parfois poignante, ont eu, surtout en Allemagne, un retentissement profond.

Aux données précédemment établies, à l'essai sur Oscar Wilde, qu'un savant allemand, spécialiste des maladies nerveuses, qualifiait en cours de l'une des dernières séances de la Société d'Hypnologie et de Psychologie d'étude pathographique admirable, cette nouvelle édition qui consacre l'abandon de l'antithèse jadis prônée entre la perversion et la perversité, ajoute des renseignements précieux et l'étude scientifique des événements les plus récents : **accroissement des homosexuels et des bisexuels en Allemagne, constitution d'un Comité homosexuel à Berlin, tendance des homosexuels français au groupement, scandales allemand, procès Eulenburg, étude sur la répression et sur le rôle des médecins-experts, malthusianisme, diminution de la natalité et prétendue dégénérescence des Français.**

Traitée avec la conscience et la doctrine qui caractérisent l'auteur du **langage intérieur**, on peut être assuré que l'œuvre, si populaire en Allemagne, de Lauppts, continuera à avoir le succès qu'elle mérite et que Zola qui s'y intéressait très vivement et qui écrivit la préface de la première édition lui avait dès longtemps prédit.

A signaler que la nouvelle édition renferme la suite de ce **roman d'un inverti-né**, autographie qui fut communiquée à Lauppts par Zola, et que l'auteur (personnalité appartenant à un monde très aristocratique mais dont le nom doit rester secret) se décida à compléter, après avoir lu l'ouvrage de Lauppts.

---

**LES FORMES LARVEES DU PALUDISME.** — Diagnostic et traitement, par le Dr Basile Mousséos.—VIGOT Frères, éditeurs, 23, Place de l'Ecole de Médecine de Paris. Un vol. in-8° raisin, avec 18 figures. 3.50.

Le paludisme est l'une des maladies qui ont le plus profité des secours du laboratoire allié à l'étude clinique. Depuis les Etudes hématologiques sur la malaria et la découverte de l'hématozoaire de Laveran, l'étiologie, l'épidémiologie, le diagnostic et le traite-

ment des fièvres paludéennes ont reçu un essor nouveau considérable.

La brillante phalange de jeunes médecins qui à la suite de Laveran, Patrik Manson et autres, s'attaquent actuellement à l'étude biologique "expérimentale" de la malaria est loin d'avoir fini son œuvre.

Dès l'antiquité—car l'histoire de la malaria se perd dans la nuit des temps—on avait remarqué les formes si variables que peut revêtir le paludisme. Le polymorphisme si apparent pour le paludisme aigu le devient encore plus pour l'infection chronique. L'hématozoaire ne quitte jamais l'organisme qu'il a une fois envahi. Il reste cantonné quelque part dans l'organisme et caché. Mais pour être à couvert, il n'exerce pas moins ses ravages et sous l'influence d'une cause quelconque, il réapparaît sur le terrain de la lutte infectieuse.

Chez un paludéen, il faut par conséquent toujours se méfier des différentes maladies qu'il présente pendant sa vie. L'infection paludéenne se trouve toujours derrière et tantôt constitue en totalité la maladie: fièvre, pneumonie, névralgie dont la cause demeure obscure; tantôt modifie simplement une maladie quelconque dans sa forme et son évolution. D'un autre côté, les individus non atteints de paludisme franc, peuvent héberger l'hématozoaire qui ne se manifeste de temps en temps qu'par des phénomènes sortant des tableaux cliniques ordinaires et qu'on ne peut pas attribuer plus au paludisme qu'à une autre affection.

Le médecin a besoin d'un procédé précis qui puisse lui indiquer chez ces différents malades quel est le rôle joué par le paludisme. Ce procédé a été cherché dans l'étude du sang des malades et la tentative du Dr Mousséos présente à ce point de vue le plus haut intérêt.

---

**MORPHINISME ET LA MORPHINOMANIE** et les différentes méthodes de sevrage sans souffrance, par le Dr Oscar Jennings, traduit de l'anglais avec une introduction par le Dr Henri Mignon.—VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'Ecole de Médecine, Paris. Un vol. in-8° raisin, 2 fr. 50.



Dans son introduction à ce volume, le traducteur, le Dr Mignon, insiste sur l'importance de la méthode dont le Dr Jennings s'est fait le défenseur, et eroit, dit-il, faire œuvre utile en la faisant mieux connaître au public médical français.

Le traitement de Jennings a fait l'objet d'une discussion au mois de janvier dernier à la Société d'Hypnologie et de Psychologie, où plusieurs membres, entre autres les Drs Bérillon et Raffegeau, se sont déclarés partisans convaincus de la Méthode, et se sont portés garants des faits de guérisons communiqués à cette occasion. C'est à la suite de cette séance que le Dr Mignon, qui avait collaboré au traitement du cas principal rapporté, s'est décidé à entreprendre cette traduction.

L'auteur démontre que la morphinomanie est beaucoup plus curable qu'on ne le suppose; les malades étant retenus très souvent sous le joug du poison par l'incapacité du médecin de leur venir efficacement en aide. Il condamne d'une façon absolue la séquestration. Il démontre qu'on peut guérir sans souffrance ni contrainte, et quelquefois en moins de temps qu'avec les soi-disant méthodes rapides employées dans les maisons de santé, et qu'aucun malade ne consentirait à subir, s'il savait d'avance à quoi il s'exposait et s'engageait.

Le traitement à suivre est si minutieusement et si clairement décrit que tout médecin ayant à s'occuper d'un morphinomane pourrait, pourvu qu'il possédât la confiance du malade, le guérir en suivant les directions données dans ce volume. Ce sera aussi un guide précieux pour ceux qui, découragés par l'insuccès de tentatives antérieures, ont conservé néanmoins l'espoir de s'affranchir un jour de leur funeste passion.

C'est en somme une œuvre toute de conviction, qui rendra le courage et l'espérance aux malades, trop fréquemment abandonnés ds médecins, pour lesquels elle a été faite.

---

**L'Aliéné, l'Asile, l'Infirmier**, par le Dr Th. Simon. Médecin adjoint des asiles publics d'aliénés; ex-médecin assistant du service de l'admission à l'asile clinique (Sainte-Anne). "A l'usage des Chefs d'établissements publics et privés, Internes d'asile, Surveillants, Infirmiers, Gardes-malades, Parents."—

1 vol. in-12, 406 pages. Prix : 4 francs.—Paris 1911, Librairie médicale O. Berthier.—E. Bougault, successeur, 77, Boulevard Saint-Germain.

**L'aliéné n'exige pas seulement une prescription donnée en passant; il nécessite une organisation spéciale des services, une surveillance, une répartition et un dressage particulier des infirmiers.** Un résumé des principes de cette organisation, un exposé minutieux de la tâche du personnel, voilà ce qu'on trouvera dans "**l'Aliéné, l'Asile, l'Infirmier.**"

Cet ouvrage se compose de quatre parties :

La première partie résume les caractères principaux de l'aliéné, les indications de l'internement, discute la contention, développe les diverses attitudes auxquelles l'aliéné oblige;

La deuxième partie, après un résumé des modes de placements et des mesures à prendre à l'entrée du malade est consacrée surtout à la pratique de **l'alitement.**

La troisième partie traite **du suicide, des aliénés dangereux;** puis, des soins généraux : toilette, alimentation, etc.

Enfin l'auteur étudie en détails **le gâtisme,** l'épilepsie, et certains quartiers comme le pensionnat et les **services d'enfants,** pour terminer par des indications relatives à la sortie.

Telles sont les grandes lignes du plan suivi. L'ouvrage est en outre pénétré d'une atmosphère générale qui contribue à faire de "**L'Aliéné, l'Asile, l'Infirmier,**" une œuvre vivante et pratique.

---

Le professeur Gilbert, dont le **Traité de médecine,** la **Bibliothèque du Doctorat en médecine** et la **Bibliothèque de thérapeutique** ont un si grand succès, a eu l'heureuse idée de faire appel aux plus actifs collaborateurs de ces publications pour publier chez les mêmes éditeurs un nouveau journal hebdomadaire, **Paris Médical,** qui donnera 2064 pages et 500 figures par an pour la somme de 12 fr. (France) ou 15 fr. (Etranger). Des primes en trousse, seringues, thermomètres, etc., remboursent la plus grande partie de l'abonnement. Envoi gratis d'un numéro spécimen sur demande aux éditeurs J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, (Paris).