

# SCARLATINE HYPERTOXIQUE. — COLLAPSUS CARDIAQUE TRAITÉ PAR LES INJECTIONS D'EAU SALÉE.

Par le D<sup>r</sup> PETIT

Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin-adjoint de l'Hospice général

Arthémise R..., âgée de 20 ans, domestique dans un café de la ville, entre le 1<sup>er</sup> février 1898, salle 15 bis, avec le diagnostic d'angine aiguë.

2 février. — Quand nous l'examinons le 2 février, nous constatons outre une fièvre assez notable une amygdalite intense avec nombreux exsudats blanc-grisâtres débordant en dehors des cryptes qu'ils recouvrent. La rougeur est très vive, généralisée à toute la gorge, et sur le voile, la muqueuse revêt un aspect vernissé; le gonflement est très marqué. Ganglions sous-maxillaires modérément engorgés.

La malade se plaint d'une dysphagie des plus pénibles depuis 3 jours, l'angine ayant débuté vers le 29 janvier: l'insistance avec laquelle elle appuie sur cette douleur pharyngée, l'angine, l'état général, nous font penser au début d'une scarlatine, d'autant plus que la totalité du tégument externe présente une teinte rose uniforme, mais sans le granité caractéristique de cette affection. L'état de la langue qui est saburrale, mais sans desquamation à la pointe et sur les bords et sans enduit bien épais, ne serait pas en faveur d'une scarlatine. Néanmoins, dans le doute, nous faisons isoler la malade.

Traitement: gargarisme au borate de soude; lavages de la bouche à l'eau chloralée; vaseline mentholée dans le nez.

T., le soir, 39<sup>o</sup>,5.

3. — Le diagnostic de scarlatine s'impose, l'éruption est typique, avec son granité habituel: elle offre une généralisation, une coloration foncée et surtout un degré d'intensité en rapport avec une infection grave. La langue, en partie desquamée, montre sa pointe et ses bords écarlates. — Les exsudats amygdaliens se sont un peu étendus, mais sans revêtir l'aspect membraniforme.

Nuit un peu agitée.

T., matin et soir, 39<sup>o</sup>.

4. — Langue complètement desquamée. Même état de l'éruption et de l'angine. Etat général assez médiocre.

T., le matin, 38<sup>o</sup>,6; le soir, 39<sup>o</sup>.

5. — Le pouls commence à faiblir, tout en restant régulier, et les bruits du cœur deviennent un peu sourds. L'exanthème reste aussi foncé que les jours précédents. La maladie prend l'aspect typhoïde: prostration profonde, narines pulvérulentes, langue sèche, fuliginosités sur les lèvres et les dents. Urines peu abondantes. L'état de la gorge s'améliore un peu, le gonflement et les exsudats ont diminué. Quelques quintes de toux.

Traitement: 1 gr. de caféine en potion; potion de Todd.

T., le matin, 38<sup>o</sup>,6; le soir, 38<sup>o</sup>,8.

6. — L'état est des plus graves: collapsus avec algidité, cyanose de la face, yeux excavés, refroidissement des extrémités: on sent à peine le pouls radial. Disparition complète du bruit systolique du cœur à l'auscultation; le second bruit est très sourd. Anurie presque absolue: à peine a-t-on pu recueillir 50 grammes d'urine; et cependant, à la chaleur, celle-ci se trouble à peine, la quantité d'albumine qu'elle renferme est très minime. La température a brusquement baissé; elle est retombée à la normale: 37<sup>o</sup>,6, le matin; le soir, 38<sup>o</sup>.

En outre, la malade vomit tout ce qu'on lui donne. L'éruption, encore très foncée, commence à être suivie de desquamation, purpuracée sur la face et en minces lamelles sur le tronc. Le moindre mouvement provoque de violentes douleurs dans les articulations.

Gorge encore très rouge; mais le gonflement des tonsilles a disparu: les exsudats, qui persistent, changent d'aspect et deviennent moins crémeux et plus franchement gris. Nuit des plus agitées; insomnie complète, délire, la malade n'a cessé de chercher à se lever.

Devant cet état presque désespéré, nous injectons de suite 0,40 cg. de caféine et 250 gr. de sérum artificiel, la seule quantité que nous ayons sous la main. Le soir deux nouvelles injections de caféine.

7. — Etat de collapsus toujours aussi grave, toutefois le pouls radial est à peu près perceptible, et la cyanose un peu moins marquée. Le premier bruit du cœur a reparu, mais très faible; le second est mal frappé. Nuit très mauvaise, délire et agitation continuels. — Quelques selles diarrhéiques très fétides. — Vomissements presque incoercibles, que le champagne arrive à modérer; on parvient ainsi à faire garder les potions de Todd et de caféine. — Alimentation nulle.

La quantité d'urines s'est relevée, mais sans dépasser un demi-litre.

Traitement: 2 injections de caféine et 2 autres d'eau salée de 400 grammes chacune.

T., le matin, 37<sup>o</sup>,4; le soir, 38<sup>o</sup>.

8. — Même état de collapsus; langue toujours sèche et rotie, grande agitation nocturne. Le pouls radial est perceptible. Les urines augmentent de quantité, grâce à l'hypodermoclyse (1 litre) et aux injections de caféine.

T., le matin, 37<sup>o</sup>,3; le soir, 38<sup>o</sup>,5.

9. — Légère amélioration; le pouls s'est un peu remonté; les urines atteignent maintenant le chiffre de 2 litres 1/2: *pas d'albumine*. La température remonte et la malade commence à réagir. Vomissements presque continus, malgré le champagne. La diarrhée fétide est abondante. Nuits toujours très agitées, avec délire.

Rien au poudron.

Du côté du cœur, le premier bruit, maintenant bien net à l'oreille, commence à se prolonger, mais sans être soufflant; le second bruit est assez bien claqué.

La gorge s'est modifiée: on constate actuellement

sur le fond rouge vif de la muqueuse un certain nombre d'enduits gris, nullement membraneux, légèrement ulcéreux, entourés d'un mince liseré carmin et disséminés sur les amygdales, le voile, les piliers. C'est l'aspect typique de la streptococcie de la gorge : malheureusement les cultures n'ont pu être faites. — Langue sèche, toujours desquamée ; gerçures des lèvres et de leurs commissures.

Exanthème encore très foncé : la desquamation est généralisée à tout le tégument externe.

Mêmes quantités de caféine et d'eau salée en injections.

T., le matin, 38°, 4 ; le soir, 39°.

10. — Le collapsus algide a disparu ; la malade commence à garder un peu de nourriture ; nuits plus calmes et sans délire. La langue devient humide. On constate sur le flanc gauche de l'abdomen, au niveau des épines iliaques antérieures, la formation d'un plastron phlegmoneux consécutif à une injection de sérum, malgré toutes les précautions de propreté qui ont été prises. Application à ce niveau de compresses de sublimé. Urines : 2 litres. — Pouls assez bon.

Le sérum artificiel et la caféine sont continués aux mêmes doses.

T., le matin, 38°, 8 ; le soir, 38°, 6.

11. — L'amélioration s'accroît et les urines se maintiennent à un taux élevé : 2 litres 1/2. — Il y a encore quelques vomissements ; mais une grande partie de l'alimentation est gardée. — La peau, moins écarlate, continue à desquamer par lambeaux. La diarrhée fétide persiste.

Le premier bruit du cœur à la pointe reste prolongé, avec tendance à se transformer en souffle. La gorge s'est un peu détergée ; quelques nouveaux enduits gris sont apparus sur le voile et la luette. La langue reste vernissée et dépouillée.

Au niveau d'une piqûre de caféine faite le 6, pendant la nuit, dans le derme de l'avant-bras gauche, il s'est formé un noyau de sphacèle qui est en voie d'élimination ; mais la région est tuméfiée, rouge, avec empatement périphérique très douloureux et malgré les soins antiseptiques, il s'est formé un réseau lymphangitique.

On ne fait plus qu'une injection d'eau salée de 500 grammes.

T., le matin, 38°, 2 ; le soir, 39°, 2.

12. — Le cœur offre nettement à l'auscultation un bruit de souffle systolique à la pointe.

La lymphangite de l'avant-bras s'étend, centrée par une ulcération profonde à l'emporte-pièce, d'un centimètre de diamètre, à bords fortement décollés, et qui laisse suinter un pus assez abondant : le sphacèle reste localisé.

Le phlegmon de l'abomen est en voie de formation ; il occupe toute la région du flanc gauche : on ne perçoit pas encore de fluctuation. Ces suppurations entretiennent un état fébrile qui donne au thermomètre 39°, le matin, et 39°, 2, le soir.

Etat général relativement satisfaisant ; la malade réclame de la nourriture.

13. — Les exsudats streptococciques de la gorge ont presque disparu. La langue est encore vernissée et la peau rose foncé. Mêmes températures que la veille. — La diarrhée a cédé en partie.

Urines abondantes ; pas d'albumine.

14. — Incision du phlegmon de l'abdomen ; il s'écoule environ 2 cuillerées à soupe de pus. Celui-ci renferme des streptocoques à courtes chaînettes.

Le plastron d'induration s'étend loin en dehors des limites de l'abcès.

Rien au poulmon. — Au cœur même souffle systolique de la pointe.

Les poignets sont un peu douloureux, sans être le siège d'une fluxion articulaire typique.

T., le matin, 38°, 4 ; le soir 38°, 6.

15. — Gorge encore très rouge. — Etat général meilleur. — Encore quelques vomissements.

La lymphangite de l'avant-bras est en voie de décroissance, et le phlegmon abdominal ne laisse suinter qu'une sérosité louche pas très abondante.

T., 38° ; 38°, 6.

16. — La langue commence à se recouvrir d'épithélium. — Les urines abondantes offrent un très léger louche à la chaleur.

T., 38°, 3, en plateau.

18. — L'état général est redevenu médiocre ; l'appétit a diminué et des vomissements surviennent fréquemment après des quintes de toux. Prostration profonde et insomnie complète.

La malade se plaint en outre d'un point de côté droit ; la respiration est courte, enchaînée, fréquente. Cependant, l'auscultation du poulmon ne révèle qu'une légère obscurité respiratoire vers la pointe de l'omoplate droite ; la sonorité à ce niveau est un peu diminuée.

La gorge, toujours rouge, laisse voir au centre de chaque amygdale une ulcération infundibuliforme, anfractueuse, plus vaste à gauche, vestiges de la streptococcie avec son caractère térébrant. La dysphagie a disparu.

Du côté du cœur un phénomène nouveau s'est montré : c'est un froissement systolique, exactement localisé à la base, au niveau des 2<sup>es</sup> espaces intercostaux ; la palpation à ce niveau permet de le percevoir.

Le souffle de la pointe persiste aussi accusé.

19. — Le frottement péricardique est très net, donnant la sensation de crépitation neigeuse.

21. — La malade s'affaiblit et s'alimente peu. Les abcès continuent à suppurer, et celui de l'abdomen s'accompagne de décollement assez vaste.

23. — La malade se plaint de la fesse gauche, où l'on constate une induration phlegmoneuse profonde. L'induration de l'abcès abdominal est toujours aussi étendue.

24. — La température remonte avec des oscillations irrégulières ; l'état général est assez mauvais. Au cœur le souffle de la pointe a diminué, tandis que le frottement s'accroît de plus en plus, localisé dans le 2<sup>e</sup> espace gauche. Au poulmon quelques



rales muqueux de bronchite aux deux bases. Desquamation des extrémités par lambeaux.

Urines toujours abondantes (2-3 lit.); on y constate une très minime quantité d'albumine. La malade boit copieusement : thé, lait, etc.

La langue est incomplètement recouverte d'épithélium.

28. — Les abcès continuent à suppurer notablement ; le phlegmon de la fesse est en voie de se collecter. Toux fréquente surtout la nuit empêchant d'une façon absolue le sommeil.

2 mars. — Des phénomènes d'hecticité apparaissent : amaigrissement notable, anorexie, grandes oscillations thermiques, affaiblissement encore accentué par l'abondance de la suppuration et par la formation du pus dans le phlegmon fessier ; ça et là quelques pyodermes sur les membres inférieurs. Les symptômes de bronchite sont plus marqués, particulièrement à la base du poumon gauche ; toutefois la malade n'expectore point.

3. — Pour la première fois, on a constaté le soir des transpirations profuses qui se sont reproduites vers la fin de la nuit. La malade s'affaiblit de jour en jour ; elle s'alimente beaucoup moins ; elle ne peut s'asseoir sur son lit ; les traits sont tirés, et le teint terreux.

Elle se plaint d'un point de côté gauche ; l'auscultation y montre dans l'aisselle une zone de râles muqueux et de crépitations à grosses bulles ; la toux est fréquente, mais il n'existe pas de dyspnée.

4. — Ouverture spontanée du phlegmon fessier par deux ouvertures, l'une au-dessus de l'ischion, l'autre sur la ligne médiane au-dessus du coccyx ; entre ces orifices le décollement des tissus est complet : le pus examiné renferme des staphylocoques.

Les symptômes stéthoscopiques du poumon gauche ont rétrogradé.

8. — L'état général est de plus en plus mauvais ; l'abondante suppuration, les sueurs profuses ont amené un tel état d'amaigrissement et d'hecticité que le pronostic semble fatal à assez brève échéance. Cependant le taux des urines se maintient élevé et l'albumine est en quantité insignifiante.

14. — Depuis plusieurs jours une détente s'est produite ; les phlegmons suppurent moins ; l'induration de l'abdomen autour de l'abcès a beaucoup diminué ; les forces commencent à revenir, ainsi que l'appétit ; les transpirations ont disparu.

Au cœur mêmes symptômes d'auscultation à la pointe et à la base ; de même au poumon, la bronchite persiste.

La quantité d'albumine, déjà si minime, a encore diminué ; les urines restent abondantes.

21. — Les deux abcès fessier et abdominal sont en voie de disparition ; le suintement du pus a cessé. — La malade se lève depuis quelques jours et retrouve son appétit. — Albuminurie : 0. Le souffle de la pointe du cœur a diminué d'intensité ; le frottement péricardique persiste aussi accentué.

30. — Les ouvertures des phlegmons sont com-

plètement oblitérées. L'embonpoint reparait : mais les forces sont encore loin d'être recouvrées en totalité, et le moindre mouvement du corps provoque de la tachycardie, avec des palpitations violentes. Au cœur, le souffle systolique de la pointe n'existe plus. A la base, dans le 2<sup>e</sup> espace gauche, on ne perçoit plus qu'un léger froissement systolique, superficiel, mais accompagné d'un prolongement soufflant qui semble très lointain. A la palpation, mouvements de reptation du cœur très prononcés, d'autant plus que le sujet est très amaigri. Pouls régulier mais petit et faible.

16 avril. — Etat général satisfaisant. La malade a recouvré ses forces et son appétit. Les palpitations sont bien moins intenses et fréquentes. Il ne reste plus au cœur qu'un léger froissement systolique à la base et qui tend de plus en plus à s'effacer. Le pouls reste serré et un peu faible.

30. — Le frottement systolique du cœur s'est modifié ; on entend localisé dans le 2<sup>e</sup> espace gauche un prolongement du premier bruit, rude, râpeux, soufflant, qui commence dans le grand silence et se prolonge jusqu'au début de la diastole : il semble devoir être interprété dans le sens de l'organisation de la lésion péricardique. Encore quelques palpitations dans les mouvements violents du corps.

25 mai. — Mêmes symptômes d'auscultation du côté du foyer de l'orifice pulmonaire. La malade perd depuis une huitaine de jours ses cheveux en abondance. Elle est sujette de temps en temps à des lipothymies et se fatigue facilement : la scarlatine a touché son organisme qui paraît atteint d'une façon indélébile.

28 juin. — Le cœur présente au niveau du 2<sup>e</sup> espace gauche le même froissement toujours atténué et à timbre un peu soufflant ; il débute à la fin du grand silence et couvre toute la systole. L'état général est excellent.

La malade sort le 8 juillet en bonne santé.

### QUELQUES RÉFLEXIONS A PROPOS DE TROIS CAS DE VACCINE GÉNÉRALISÉE

Par le D<sup>r</sup> MERLIER (de Roubaix)

I. — X., 5 mois, a été vacciné le 17 juin par un confrère. Celui-ci a pratiqué trois inoculations *très haut* sur la région deltoïdienne du côté gauche. L'enfant, bien que ne prenant que le sein d'une mère en parfait état de santé, présente sur les joues depuis longtemps quelques petits placards eczémateux. Il est très solide, très remuant, et pendant et après l'inoculation, il a été possible de l'empêcher de porter ses mains sur les points où a été faite la vaccination, mais la mère affirme que souvent il a incliné la tête vers son bras gauche relevé. (Cela se conçoit d'ailleurs, en raison du prurit de l'eczéma et en outre de la légère douleur provoquée par la piqure de la lancette).

Le 23 juin, presque en même temps que les vési-

cules du bras gauche, apparaît dans la région préauriculaire du même côté, une vésicule identique, de même volume. (Cette vésicule s'est entièrement développée, s'élargissant et s'ombiliquant). Le surlendemain, 25 juin, apparition de deux nouvelles vésicules semblables, mais moins larges que la première, ayant évolué à la manière d'une vaccinelle, n'arrivant pas à s'ombiliquer, l'immunisation étant sans doute déjà presque acquise. Aréole inflammatoire et engorgement ganglionnaire léger à la face, tuméfaction et lymphangite plus importante au bras, au contraire.

L'enfant a eu assurément un peu de fièvre (je ne l'ai suivi qu'en curieux de quatre en quatre jours, il n'était pas mon client), il dormait peu, mais, somme toute, son état général est resté bon.

Aujourd'hui 26 juin, il existe en avant de l'oreille une seule croûte noirâtre, semblable à celle du bras, *un peu plus petite*, qui laissera la cicatrice gaufrée de la vaccine.

II. — Observation rapportée dans le numéro du 23 décembre 1897 du *Journal de clinique et thérapeutique infantiles*.

Le 23 novembre dernier, j'étais appelé auprès d'un petit malade de 6 ans et d'une petite fille de 7 ans 1/2, sa sœur, ayant la rougeole. Tous deux ont guéri sans complications.

Dans la famille, se trouvaient encore deux jeunes enfants, l'un de 11 mois, l'autre petite fille de 2 ans 1/2, vaccinés la veille. Le 30 novembre, pustules vaccinales aux points d'inoculation. Le 1<sup>er</sup> décembre j'étais rappelé dans la famille où je n'étais allé que deux fois pour les aînés, cette fois pour les plus jeunes.

Tous deux présentaient les signes classiques de la rougeole, mais avec un syndrome pulmonaire alarmant (70 à 100 inspirations), dyspnée extrême, température de 40°, pouls incomptable.

Les jours suivants, l'éruption morbilliforme se fait mal, l'état reste grave, mais le plus petit prend toujours bien le lait stérilisé qu'on lui donne.

Le 5 décembre, toute sa poitrine est recouverte de vésico-pustules de vaccine, l'éruption de la rougeole étant toujours peu appréciable. Le 6, l'état du plus jeune s'est encore aggravé et il succombe après avoir eu plusieurs fois des convulsions et en pleine asphyxie.

L'aînée, elle aussi, a présenté sur le dos deux vésico-pustules vaccinales et une troisième au niveau du poignet gauche. Elle a une broncho-pneumonie non guérie encore, mais en bonne voie.

Cette observation de deux cas de vaccine généralisée m'a paru intéressante au point de vue du retentissement qu'a eu la vaccine sur l'évolution de la rougeole. N'est-ce pas à la vaccine que la rougeole a dû de revêtir cette malignité? Je le crois fort et peut-être serait-il prudent de ne pas vacciner les enfants dans les milieux où l'on peut redouter l'éclosion d'une fièvre éruptive.

Dans cette observation, il est permis, en outre,

d'affirmer que les vésico-pustules des deux enfants ne sont pas le résultat d'autres inoculations, mais qu'elles sont bien l'expression d'une infection générale.

*Réflexions.* — Quand je donnai cette dernière observation, je dis que les vésico-pustules des deux enfants n'étaient pas le résultat d'autres inoculations, cela était impossible en raison des localisations, mais qu'elles étaient l'expression d'une infection générale. Ici, au contraire, on ne peut douter que cette généralisation ne soit le résultat d'une inoculation secondaire.

Ces faits semblent bien donner raison aux auteurs qui ont divisé la vaccine généralisée en deux catégories au point de vue pathogénique :

1° Vaccinides généralisées vraies.

2° Vaccinides par auto-inoculation.

Les conclusions que l'on peut tirer de ces observations sont : 1° qu'il faudrait ne pas vacciner les enfants dans les milieux où il existe une épidémie de fièvre éruptive autre que la variole ; 2° que la présence de lésions cutanées du corps, surtout de la face, est une contre-indication à la vaccination, sauf dans le cas où il y a une épidémie de variole à proximité ; 3° que la vaccine généralisée vraie (le cas en fait foi) est plus grave que la vaccine par inoculation secondaire qui se termine au moment de l'immunisation complète ; 4° qu'enfin il serait utile de recouvrir d'un pansement occlusif les points où a été faite l'inoculation vaccinale.

## ETUDE SUR LES PUSTULES VACCINALES SECONDAIRES (1)

Par Albert CHAUMIER

Externe en médecine à l'Hôpital de Tours

Deux opinions ont été émises sur l'origine des pustules vaccinales secondaires :

Pour les uns, elles sont dues à des auto-inoculations ;

Pour d'autres, à la généralisation du virus vaccinal ; comme les pustules secondaires de la variole inoculée sont dues à la généralisation de la variole.

### I. Auto-inoculation

Taupin, membre du Comité de vaccine et médecin à l'hôpital des enfants, démontra le premier la possibilité de l'auto-inoculation. Il ne put produire de pustules après le 6<sup>e</sup> jour ; de même Bousquet (2), auteur d'un traité important sur la vaccine.

En 1862, Cerise (3) étudia également l'auto-inoculation.

Moynier (4) et Trousseau (5) firent de nombreuses expériences à ce sujet et prouvèrent qu'on pouvait

(1) Travail récompensé par l'Académie de médecine (médaille de bronze).

(2) Bousquet : *Traité de la vaccine*, 1848.

(3) Cerise : *Union Médicale*, 1862.

(4) Moynier : *Union Médicale*, 1862.

(5) Trousseau : *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1865



par auto-inoculation produire des pustules jusqu'aux 8<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup> et parfois 10<sup>e</sup> jour, mais pas au delà.

Moreau (1) a observé chez une petite fille une pustule secondaire à la fesse, qu'il attribua à l'auto-inoculation par le grattage.

Husson (2) croit également que les pustules secondaires sont dues généralement à l'auto-inoculation. Il appuie son dire sur le fait de Moreau et sur des faits de Rayer (3); de Vigan (*Dissertation de variolés et vaccinés*, p. 36); de Odier (*Bibliothèque botanique*, vol. 16, p. 30); de Carro (*Observations et expériences sur la vaccination*, p. 83); de la commission médico-chirurgicale instituée à Milan, an X, 1802; mais d'après ses propres observations il pense que dans certains cas on peut considérer ces pustules comme une preuve de l'action générale imprimée à toute l'économie par la vaccine.

Tous ces auteurs considèrent comme rares les pustules secondaires, Guersant et Blache (4) disent qu'on doit rapporter le plus souvent à l'auto-inoculation les pustules secondaires.

Trousseau (5) est du même avis. Il cite l'observation d'un enfant qui, au onzième jour, avait sur la face, le tronc et les membres 27 pustules secondaires. Après avoir pensé à la vaccine généralisée, il se rendit à l'opinion de l'auto-inoculation parce que l'enfant avait en même temps une éruption sudorale et que ses vaccins étaient écorchés par le grattage.

Il cite encore deux observations du même genre.

Delpéch (6) a observé 6 cas de pustules secondaires qu'il attribue à l'auto-inoculation.

Eichhorn prétend que chez certains enfants pré-disposés, si on fait sous l'épiderme une piqûre avec une lancette neuve au moment où la pustule vaccinale acquiert sa forme caractéristique, il se développe au point piqué une nouvelle pustule, preuve de l'infection générale. Cette pustule peut reproduire la vaccine sur d'autres enfants.

Heim, cité par Steinbrenner, a observé trois cas de pustules secondaires qu'il a attribués à la généralisation.

Richard, cité par Bousquet, a rapporté également une observation. Cailleteau (7) ne croit pas à l'infection et pense que dans tous les cas les pustules secondaires viennent de l'inoculation par les ongles.

En 1798, Voodville avait constaté que les sujets vaccinés depuis 5 ou 6 jours et quelquefois plus n'étaient pas réfractaires à la variole inoculée.

L'auto-inoculation est commune dans les maladies de la peau. Besnier (8) a cité l'observation d'un

enfant eczémateux qui eut de nombreuses pustules sur ses plaques d'eczéma.

Bonneric (1) pense que certaines au moins des pustules de l'enfant dont Besnier a rapporté l'histoire ne doivent pas être mises sur le compte de l'auto-inoculation, parce qu'elles sont venues en même temps que les pustules d'inoculation. Il conclut à l'infection générale.

Damaschino a cité (Société médicale des hôpitaux, 28 mai 1880) un fait d'auto-inoculation au dix-septième jour.

D'après la thèse récente du Dr Rinuy, la vaccine généralisée serait due à une inoculation secondaire, soit par les doigts du vaccinifère, les langes, les vêtements, les doigts de la mère ou du vaccinateur, l'eau d'un bain.

## II. Généralisation de la vaccine

Husson rapporte que peu après la découverte de la vaccine, plusieurs observateurs ont décrit une éruption semblable aux pustules vaccinales. Aubert le premier fit connaître ces pustules, les inocula, et obtint une vaccine légitime.

Husson dit formellement qu'il ne faut pas confondre ces faits d'éruption vaccinale avec les boutons isolés qu'il est si commun de rencontrer et qui sont le résultat de l'auto-inoculation.

Bousquet (2) parle dans le même sens. « La vaccine n'est pas tellement bornée aux piqûres qu'il ne survienne quelquefois, quoique beaucoup plus rarement que dans la variole inoculée, des boutons surnuméraires si parfaitement identiques « aux boutons d'insertion que le fluide qu'ils contiennent, transporté sur un autre sujet, reproduit « la vaccine avec ses caractères ordinaires. »

Aubry (3) recueillit une très importante observation de vaccine généralisée dans le service de Blache à Cochin, en 1844.

Richard du Haut-Rhin (4) observa un cas où il y avait 53 boutons.

Bonneric (5) a vu aux Enfants assistés un cas avec 12 à 15 boutons supplémentaires.

Gérin-Roze (1879) a vu 3 pustules à la vulve chez une petite fille; elles ne provenaient pas d'auto-inoculation.

M le professeur Laboullène a vu dans le service de Monneret de la vaccine généralisée.

Rendu, Constantin, Paul (1870) en ont vu des cas également.

Moulinet (6) admet l'auto-inoculation dans certains cas. Il cite plusieurs observations de malades ayant de l'eczéma généralisé (service de M. Lallier); cas de Gueniot; de la gale (service de M. Lallier).

(1) Moreau: *Traité historique et pratique de la vaccine*, an IX.

(2) Husson: *Traité théorique et pratique de la vaccine*, 1803, et dictionnaire des sciences médicales.

(3) Rayer: *Traité théor. et prat. des maladies de la peau*, 1826-1827.

(4) Article Vaccine, Dictionnaire en 30 vol.

(5) Trousseau: *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1855.

(6) Delpéch: Cité par Cailleteau. Th. de Paris, 1869, p. 19.

(7) Cailleteau: *Etud. sur l'origine des pustules vaccinales secondaires*. Thèse, Paris, 1869.

(8) Besnier: *Société Méd. des Hôp.*, 1880.

(1) Bonneric: *Des éruptions secondaires de la vaccine*. Th. Paris, 1880.

(2) *Traité de la vaccine*.

(3) Aubry: *Archives générales de médecine*, 3<sup>e</sup> série, tome XII, p. 430.

(4) *Rapport du Comité de vaccine*, 1809.

(5) Bonneric: Thèse déjà citée.

(6) Moulinet: *Des rapports entre la vaccine et certains maladies de la peau*. Thèse, Paris, 1884.

Dans l'eczéma, la chose serait fréquente, cas de Lereboullet (1); cas de Besnier (2); cas de Padiou d'Amiens (3). [Mais il (Moulinet) croit aussi à la généralisation dans d'autres cas; la maladie de peau constituerait un *locus minoris resistentiae*.

Il cite à cet effet le cas d'une femme cardiaque atteinte d'œdème des jambes, et qui, à la suite de vaccination aux bras, eut sur les points œdématisés une éruption vaccinale confluyente.

Au musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 620, se trouve le moulage d'un membre eczémateux d'un malade du Dr Guibout, membre sur lequel existe une éruption de vaccine généralisée.

Dauchez (4) admet la vaccine généralisée spontanément (vaccine, fièvre éruptive), et la vaccine généralisée par auto-inoculation.

Il cite à cet effet les expériences du Dr Chauveau de Lyon sur divers animaux inoculés, chevaux et génisses, et il conclut à la généralisation spontanée de l'éruption sous forme de fièvre éruptive.

Chez plusieurs enfants, il constata l'éruption spontanée de pustules surnuméraires, mais en très petit nombre, et il admet une prédisposition propre au sujet sans tenir compte de la provenance du vaccin.

Quant à la vaccine généralisée par auto-inoculation, tant sur l'enfant que sur les animaux, il met en ligne de compte et le grattage et les diverses lésions de la peau provenant de maladies.

### III. Etude de la question d'après des observations personnelles

D'après les observations des auteurs, il est fréquent d'observer ces pustules surnuméraires chez des individus porteurs de maladies de peau, eczéma, etc. Le grattage avec des ongles imprégnés de vaccin peut dans certains cas occasionner des pustules, mais souvent les pustules se développent en même temps que le vaccin inoculé; il faut donc admettre l'infection généralisée.

Chez les animaux on observe très souvent des pustules secondaires; rarement chez le veau; mais presque toujours chez le cheval et l'âne.

2 ânes mis en expérience au dispensaire d'enfants de la rue des Acacias et inoculés sur le flanc gauche, ont présenté des pustules sur les jambes, sur le flanc opposé, les fesses, le cou, les lèvres; pour ce dernier endroit on pourrait accuser l'auto-inoculation par suite du léchage.

Sur l'enfant, voici les résultats que j'ai observés à ce même dispensaire.

Sur 172 enfants vaccinés du 5 octobre 1896 au 31 mai 1897, 28 ont eu des pustules surnuméraires.

Ce nombre est considérable; les auteurs considérant comme rares ces pustules surnuméraires.

\* Ces pustules, sauf un cas, siégeaient autour des pustules d'inoculation, leur nombre variait de 1 à 4; une fois seulement il y eut 13 pustules.

Il y avait	1.....	16 fois.
—	2.....	7 —
—	3.....	2 —
—	4.....	2 —
—	13.....	1 —

Total..... 28 fois..

Voici le relevé des vaccinations opérées au dispensaire.

#### VACCIN DU 5 OCTOBRE 1896.

5 octobre. — Maurice P., 4 mois, est vacciné à droite avec le vaccin du veau n° 1; à gauche, avec le vaccin du veau n° 2.

9 octobre. — 3 pustules longues et une pustule ronde supplémentaire à droite; 3 pustules longues à gauche.

2 autres enfants vaccinés avec les mêmes vaccins présentent des pustules longues aux points d'inoculation seulement.

#### VACCIN DU 26 OCTOBRE 1896.

26 octobre. — Jean L., 5 ans 1/2, est vacciné à droite avec le vaccin du veau n° 1; à gauche avec le vaccin du veau n° 2.

30 octobre. — A droite 3 pustules longues; à gauche, 3 pustules longues et une pustule ronde supplémentaire.

3 autres enfants vaccinés avec les mêmes vaccins ont eu chacun 6 pustules longues aux points d'inoculation seulement.

#### VACCIN DU 4 NOVEMBRE 1896.

3 vaccinations, 2 revaccinations; pas de pustules supplémentaires.

#### VACCIN DU 9 DÉCEMBRE 1896 (RETROVACCIN).

3 vaccinations, pas de pustules supplémentaires.

#### VACCIN DU 14 DÉCEMBRE 1896.

Les enfants ont été vaccinés à droite avec le vaccin du veau n° 1; à gauche avec le vaccin du veau n° 2.

Raymond N., 5 mois, vacciné le 14 décembre.

18 décembre. — 6 pustules longues; à droite 2 pustules supplémentaires ombiliquées.

14 décembre. — Alexandre R., vacciné avec mêmes vaccins.

18 décembre. — A droite 3 pustules longues; à gauche 3 pustules longues et une pustule ronde supplémentaire près d'une pustule longue à laquelle elle se réunit plus tard.

(1) Lereboullet : Société méd. des Hôpitaux, 24 avril 1880.

(2) Besnier : Soc. méd. des Hôp., 24 avril 1880.

(3) Padiou d'Amiens : Gaz. des Hôp., 24 avril 1880.

(4) Dauchez : Des éruptions vaccinales généralisées. Th. de Paris, 1883.



28 octobre. — On vaccine A. B.

4 janvier 1897. — 6 pustules longues régulières ;

7 janvier. — A droite, depuis le 4, 2 *pustules secondaires* dont une ombiliquée ; *une troisième* se confond avec une pustule longue.

Un enfant vacciné le 29 décembre 1896 n'a pas eu de pustules supplémentaires. Deux enfants vaccinés le 18 mai 1897 avec le vaccin du veau n° 2 ont présenté des pustules longues et pas de pustules supplémentaires.

#### VACCIN DU 13 JANVIER 1897.

Les enfants ont été vaccinés d'un seul bras avec ce vaccin.

15 janvier. — Jules Ch., 27 mois. Résultat. 3 pustules longues et *une pustule ronde supplémentaire*.

22 janvier. — Paul Ch., 2 ans. 3 pustules longues, pas de pustules supplémentaires.

26 janvier. — Ar., 3 ans 1/2.

Résultat : 3 pustules longues ; *une pustule ronde supplémentaire* sans ombilication ; 2 ou 3 petites élevures fines sans caractères.

27 janvier. — Marceline Ch., 3 ans.

Résultat : 3 pustules longues et *une pustule supplémentaire*.

25 février. — Eugénie Ed., 5 ans.

Résultat : 3 pustules longues.

25 février. — Eugène C., 7 ans.

Résultat : 3 pustules longues et *une pustule ronde supplémentaire*.

3 autres enfants vaccinés avec le même vaccin, dont 2 frères de Marceline Ch. n'ont pas présenté de pustules supplémentaires.

#### VACCIN DU 14 JANVIER 1897.

26 janvier. — Ar., 3 ans 1/2 (le même que ci-dessus).

Résultat : 3 pustules longues et 2 *pustules rondes supplémentaires ombiliquées*.

27 janvier. — Armantine Ch., 20 mois.

Résultat : 3 pustules longues et *une pustule supplémentaire ronde*.

7 autres enfants, dont 2 frères Ch., signalés plus haut, ne présentent que des pustules longues d'inoculation.

Je crois devoir signaler (influence de l'enfant) que Ar., qui a 2 pustules supplémentaires, présentait également une pustule supplémentaire à l'autre bras vacciné avec du vaccin du 13 janvier.

#### VACCIN DU 8 MARS.

8 mars. — Mar., 15 mois.

Résultat : 6 pustules longues ; *une pustule supplémentaire à chaque bras*, dont une seule ombiliquée.

10 mars. — Lh.

13 mars. — 3 pustules longues.

15 mars. — *Une pustule supplémentaire* ronde ombiliquée, peut être une autre.

19 mars. — La pustule supplémentaire est réunie à une pustule longue ; *une autre* s'est développée assez loin.

4 autres enfants, dont 3 vaccinés le 3 juin, n'ont pas de pustules supplémentaires.

#### VACCIN DU 17 MARS 1897

17 mars. — Jeanne B., 6 mois.

20 mars. — 6 pustules longues ; à gauche, 2 *pustules rondes supplémentaires* ; une qui touche à une pustule longue ; l'autre isolée et ombiliquée.

22 mars. — Petites vésicules sur la rougeur intense qui entoure les pustules.

3 autres enfants vaccinés le 3 juin ne présentent pas de pustules supplémentaires.

#### VACCIN DU 1<sup>er</sup> AVRIL, VEAU N° 1

4 enfants vaccinés ; pas de pustules supplémentaires.

#### VACCIN DU 1<sup>er</sup> AVRIL, VEAU N° 2

1<sup>er</sup> avril. — Charles Ca., 3 mois.

Résultat : 3 pustules longues et *une pustule ronde supplémentaire*.

3 autres enfants vaccinés avec le même vaccin n'ont pas présenté de pustules supplémentaires.

#### VACCIN DU 5 AVRIL

6 enfants vaccinés avec ce vaccin n'ont présenté que les 6 pustules longues d'inoculation.

#### VACCIN DU 8 AVRIL, VEAU N° 1

8 avril. — Gabriel Br.

14. — 3 pustules longues.

17. — *Une pustule supplémentaire*.

3 autres enfants vaccinés avec le même vaccin n'ont pas présenté de pustules supplémentaires.

## VACCIN DU 8 AVRIL, VEAU N° 2

2 enfants vaccinés; pas de pustules supplémentaires.

## VACCIN DU 12 AVRIL, VEAU N° 1

13 avril. — Alexandre S., 2 mois.

20 avril. — A droite, 3 pustules longues (à gauche, vacciné avec veau n° 2); et 4 *pustules supplémentaires*, rondes ombiliquées, très petites encore, dans le voisinage des autres.

21. — Les pustules supplémentaires sont un peu plus grosses; 3 sont réunies aux pustules principales.

23. — Les 4 pustules supplémentaires sont réunies aux pustules primitives; on en distingue encore une parce qu'elle est moins avancée que les pustules d'inoculation qui sèchent.

4 autres enfants, vaccinés le même jour avec le même vaccin, n'ont présenté que les pustules longues d'inoculation.

21 mai. — Marie B., 8 mois, vaccinée par 4 coupures.

Résultat: 3 pustules longues et *une pustule ronde supplémentaire*.

## VACCIN DU 12 AVRIL, VEAU N° 2

7 enfants vaccinés ne présentent que leurs pustules longues d'inoculation.

## VACCIN DU 22 AVRIL, VEAU N° 1

22 avril. — Roger Du., 13 mois, vacciné par 3 coupures à droite; à gauche, avec le vaccin suivant.

26 avril. — 3 pustules longues; *une pustule supplémentaire* au bout d'une pustule longue; *une autre pustule supplémentaire* en dehors; une éleveure qui sera probablement une troisième pustule entre les pustules longues.

3 autres enfants n'ont eu que les pustules longues d'inoculation; un sixième a présenté des pustules avortées; il avait sans doute été déjà vacciné (cicatrice).

## VACCIN DU 22 AVRIL 1897, VEAU N° 2

22 avril. — Roger Du., (le même que ci-dessus), vacciné par 3 coupures au bras gauche.

26 avril. — 3 pustules longues, et 13 *pustules supplémentaires*, isolées, ou touchant aux pustules d'inoculation.

Depuis 3 ou 4 mois, cet enfant avait des éleveures fines dans le dos, isolées, incolores; sur la poitrine en haut il y a des plaques suintantes déchirées par le grattage; une plaque semblable sur l'épaule droite. Les pustules vaccinales supplémentaires sont survenues en dehors de toute lésion cutanée; elles sont situées autour des pustules d'inoculation.

3 autres enfants ont des pustules longues et pas de pustules supplémentaires; un a des pustules avortées (voir plus haut).

31 mai. — Suzanne H., 4 mois, vaccinée à gauche par 3 coupures (à droite par 3 coupures avec vaccin du 31 mai; voir plus loin).

8 juin. — 3 pustules longues et 2 *pustules rondes supplémentaires*.

## VACCIN DU 26 AVRIL 1897, VEAU N° 1

3 enfants vaccinés par 3 coupures au bras droit: 3 pustules longues à chaque enfant; pas de pustules supplémentaires.

## VACCIN DU 26 AVRIL 1897, VEAU N° 2

3 enfants vaccinés du bras gauche; chaque enfant a 3 pustules longues; pas de pustules supplémentaires.

## VACCIN DU 29 AVRIL 1897, VEAU N° 1

3 enfants vaccinés; 3 pustules longues; pas de pustules supplémentaires.

## VACCIN DU 29 AVRIL 1897, VEAU N° 2

3 enfants vaccinés; 3 pustules longues; pas de pustules supplémentaires.

## VACCIN DU 3 MAI 1897

5 enfants vaccinés; chacun présente 6 pustules longues; pas de pustules supplémentaires.

## VACCIN DU 6 MAI 1897, VEAU N° 1

2 enfants vaccinés; chacun a 3 pustules longues; pas de pustules supplémentaires.

## VACCIN DU 3 MAI 1897, VEAU N° 2

2 enfants vaccinés; chacun a 3 pustules longues; pas de pustules supplémentaires.

## VACCIN DU 10 MAI 1897, VEAU N° 1

7 enfants vaccinés; chacun a 3 pustules longues; pas de pustules supplémentaires.



## VACCIN DU 10 MAI 1897, VEAU N° 2

10 mai. — Marcel A., 5 mois.

18 mai. — 3 pustules longues et *une pustule ronde supplémentaire*.

18 mai. — Alberte B., 18 mois.

21. — 3 pustules longues et *une pustule ronde supplémentaire*.

4 autres enfants ont 3 pustules longues et pas de pustules supplémentaires.

## VACCIN DU 13 MAI 1897, VEAU N° 1

6 enfants vaccinés ; 3 pustules longues ; pas de pustules supplémentaires.

## VACCIN DU 13 MAI 1897, VEAU N° 2

7 enfants vaccinés ; 3 pustules longues ; pas de pustules supplémentaires.

## VACCIN DU 17 MAI 1897, VEAU N° 1

4 enfants vaccinés ; 3 pustules longues ; pas de pustules supplémentaires.

## VACCIN DU 17 MAI 1897, VEAU N° 2

9 enfants vaccinés ; 3 pustules longues, pas de pustules supplémentaires.

## VACCIN DU 20 MAI 1897, VEAU N° 1

9 juin. — Fernand A., 3 mois.

15 juin. — 3 pustules longues et *2 pustules rondes supplémentaires*.

3 autres enfants vaccinés ont 3 pustules longues et pas de pustules supplémentaires.

## VACCIN DU 20 MAI 1897, VEAU N° 2

2 enfants vaccinés ont 3 pustules longues et pas de pustules supplémentaires.

## VACCIN DU 24 MAI 1897, VEAU N° 1

24 mai. — Marcel Chant., 9 mois.

3 juin. — 3 pustules longues ; *2 pustules rondes supplémentaires*.

L'enfant a des croûtes d'impétigo sur la face.

7 autres enfants vaccinés avec ce vaccin ont présenté 3 pustules longues et pas de pustules supplémentaires.

## VACCIN DU 24 MAI 1897, VEAU N° 2

24 mai. — Madeleine Gi., 14 mois.

31 mai. — 3 pustules longues ; sur le cou du même côté, lésion blanche, dure, sur fond rouge, qui n'est autre *qu'une pustule vaccinale*.

Le bras opposé vacciné avec un vaccin d'autre provenance avait donné des pustules isolées sur une coupure et rien sur la troisième.

L'année précédente, on avait observé une pustule semblable à celle du cou dans une aisselle.

6 autres enfants vaccinés avec le même vaccin ont eu 3 pustules longues et pas de pustules supplémentaires.

## VACCIN DU 31 MAI 1898, VEAU N° 1

31 mai. — Renée G.

5 juin. — 3 pustules longues, et *une pustule ronde supplémentaire*.

5 autres enfants, vaccinés avec le même vaccin, ont présenté 3 pustules longues et pas de pustules supplémentaires.

## VACCIN DU 31 MAI, VEAU N° 2

31 mai. — Suzanne H., 4 mois (Voir vaccin du 22 avril.)

8 juin. — 3 pustules longues et *4 très petites pustules supplémentaires*.

5 autres enfants vaccinés avec le même vaccin n'ont pas présenté de pustules supplémentaires ; mais seulement 3 pustules longues.

Je ferai remarquer que les vaccins du 4 novembre ; 9 décembre ; 1<sup>re</sup> avril 1897, 1<sup>re</sup> récolte ; 5 avril ; 8 avril, 2<sup>me</sup> récolte ; 12 avril, 2<sup>me</sup> récolte ; 26 avril, 1<sup>re</sup> et 2<sup>me</sup> récoltes ; 29 avril, 1<sup>re</sup> et 2<sup>me</sup> récoltes ; 3 mai ; 6 mai, 1<sup>re</sup> et 2<sup>me</sup> récoltes ; 10 mai, 1<sup>re</sup> récolte ; 13 mai, 1<sup>re</sup> et 2<sup>me</sup> récoltes ; 17 mai, 1<sup>re</sup> et 2<sup>me</sup> récoltes, n'ont pas fourni de pustules supplémentaires.

Tandis que les vaccins du 5 octobre ; 26 octobre ; 14 décembre ; 13 janvier ; 14 janvier ; 8 mars ; 17 mars ; 1<sup>er</sup> avril, 2<sup>me</sup> récolte ; 8 avril, 1<sup>re</sup> récolte ; du 12 avril ; 22 avril, 1<sup>re</sup> et 2<sup>me</sup> récoltes ; 10 mai, 2<sup>me</sup> récolte ; 20 mai ; 24 mai ; 31 mai, 1<sup>re</sup> et 2<sup>me</sup> récoltes, ont donné des pustules surnuméraires variant de 1 à 4. *Une seule fois il y eut 13 pustules supplémentaires*.

Me rapportant à ces observations je crois pouvoir conclure :

1<sup>o</sup> Que dans les cas que j'ai observés, les pustules secondaires proviennent de généralisation. Ils sont trop nombreux pour tenir à une autre cause. Très peu d'enfants avaient des maladies cutanées. Je crois donc que si ces maladies exercent une in-

fluence en créant comme on l'a dit un *locus minoris resistentiae*, elles ne sont pas indispensables.

2° Que la virulence du vaccin a une certaine influence, puisque certaines récoltes ont produit des pustules et d'autre pas. A ce propos je ferai remarquer qu'au dispensaire tous les enfants ont été vaccinés par coupures avec du vaccin très virulent qui donnait des pustules de la longueur des coupures.

Les pustules secondaires se sont presque toujours développées en même temps que le vaccin; elles existaient dans la plupart des cas dès le 4<sup>me</sup> jour.

3° Qu'il doit y avoir également une influence personnelle, puisque certains vaccins donnaient des pustules surnuméraires aux uns et pas aux autres.

# **VINGT-QUATRE PUSTULES VACCINALES SUR LE MÊME SUJET. — PUSTULES SURNUMÉRAIRES. — VACCINE GÉNÉRALISÉE.**

Par le D<sup>r</sup> Edmond CHAUMIER

J'ai pensé qu'il y aurait quelque intérêt à rapprocher des très intéressantes observations du D<sup>r</sup> Merlier, qu'on a pu lire plus haut, un travail rédigé l'année dernière par mon neveu, M. Albert Chaumier, à l'aide d'observations recueillies à mon dispensaire, et encore inédit.

Je voudrais ajouter un cas observé dernièrement, et joindre quelques réflexions. Voici d'abord le cas en question :

Le 18 mai 1898, un employé du boucher qui me fournit les veaux destinés à la vaccination me montra un certain nombre de boutons survenus depuis quelques jours sur le cou et la face. Je reconnus facilement de très belles pustules vaccinales en pleine évolution, ne présentant pas encore de croûtes. La plupart siégeaient sur le cou en arrière, et sur la région occipitale du cuir chevelu. Il y avait également une pustule sur le milieu du dos du nez; une sur le bord libre de l'aile gauche du nez; une autre en haut du front à la naissance des cheveux; une enfin au milieu de l'avant-bras droit; en tout vingt-quatre pustules.

Aux mains, quelques vieilles écorchures semblaient donner également naissance à des pustules, mais les lésions n'étaient pas très nettes.

Je revis le malade quelques jours plus tard; les pustules étaient plus larges, les croûtes se formaient régulièrement; il avait eu de la fièvre et avait dû rester un jour alité.

Ces jours derniers, j'ai constaté que les cicatrices avaient bien les caractères des cicatrices de la vaccine.

Cet homme avait été vacciné dans l'enfance et portait les traces d'une vaccine légitime.

La localisation des pustules me semblait bizarre. Il m'eût semblé tout naturel qu'en touchant à un veau après la récolte du vaccin, ce garçon se fût fait des inoculations involontaires aux mains, sur des écorchures. Il m'était plus difficile d'expliquer les

pustules de la face et celles en grand nombre existant à la nuque. S'était-il gratté avec des mains couvertes de virus?

La chose s'expliquait plus simplement, au moins en partie.

Après la récolte du vaccin les veaux sont conduits à l'abattoir; on les tue, et la viande est livrée à la consommation.

Lorsque le veau a été saigné, le garçon boucher le charge sur son dos pour le transporter au dépeçage. Or, lorsque le veau est chargé, c'est justement le flanc du veau, lieu d'élection pour la vaccination, qui est en rapport avec la nuque.

Cela explique la contagion en ce point; mais cette contagion s'est-elle faite par l'intermédiaire de plaies, et y a-t-il eu inoculation véritable? Ou bien a-t-il suffi que la peau fût recouverte de virus pour qu'il se fût développé des pustules; comme dans le cas de ce bactériologiste se frottant l'avant-bras avec une culture de staphylocoques dorés, et voyant se produire une légion de furoncles.

Cette dernière hypothèse me semble admissible; mais il peut se faire que toutes les pustules n'aient pas cette origine, et que celles de la face, par exemple, viennent de généralisation vaccinale; cependant toutes les pustules, y compris celle de l'avant-bras, peuvent bien avoir toutes une même origine, la contagion directe. La contemporanéité des pustules n'est pas une preuve contre l'existence de pustules secondaires, car j'ai vu maintes fois les pustules secondaires se développer en même temps que les pustules inoculées.

Les auteurs qui se sont occupés des pustules secondaires sont partagés en deux camps: ceux qui croient à l'auto-inoculation; ceux qui admettent que les pustules secondaires sont le résultat de l'infection.

Les pustules auto-inoculées doivent être l'exception; les pustules spontanées résultant de l'infection sont bien plus fréquentes, et je rangerai certainement le dernier cas du D<sup>r</sup> Merlier, dans cette catégorie, à côté des deux premiers.

Il reste une question intéressante à résoudre: pourquoi dans les observations de mon dispensaire les pustules supplémentaires se sont-elles toujours (sauf dans deux cas) développées autour des pustules d'inoculation.

L'observation du garçon boucher pourrait faire croire qu'il se s'agit pas là de pustules secondaires, mais de pustules primitives inoculées par simple contact de la peau avec un virus très virulent.

Si quelques pustules peuvent avoir cette origine, je crois que toutes ne relèvent pas de ce procédé; car d'autres virus inoculés donnent des pustules secondaires à proximité des pustules primitives.

J'ai raconté dans un autre travail (1) que m'étant inoculé de l'impetigo à l'avant-bras, il était survenu deux pustules secondaires non loin de la pustule primitive; or dans ce cas, le virus n'avait certaine-

(1) Gazette médicale de Paris, 1885.



ment pas touché au point de développement des pustules secondaires.

Je veux encore dire un mot des pustules développées loin du point d'inoculation. J'ai vu trois cas de ce genre, la pustule du cou et celle de l'aisselle, dont il a été parlé dans le travail d'Albert Chaumier, et une autre pustule du cou, cette année, chez un jeune enfant vacciné par une sage-femme. Dans ce dernier cas on m'avait appelé pour un gonflement assez considérable du cou, sans me dire que l'enfant avait été vacciné. En dépliant la peau gonflée, j'ai vu la pustule suintante, que les parents ignoraient. Je reconnus une pustule vaccinale et j'appris que l'enfant avait du vaccin en pleine évolution.

Dans des cas semblables, l'hésitation ne pourrait guère se faire qu'avec un chancre induré; mais la rougeur érysipéloïde qui entoure le vaccin n'est pas normale avec le chancre; l'induration vaccinale est en grande partie produite par l'inflammation périphérique, tandis que dans la syphilis c'est le chancre lui-même qui est induré. Dans certains cas on pourrait tenter avec quelques chances de succès l'auto-inoculation pour éclairer le diagnostic.

L'existence simultanée de lésions vaccinales récentes avec une semblable lésion douteuse suffirait, de plus, à lever tous les doutes.

#### ÉTUDE DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE PAR LA RADIOGRAPHIE ET LA RADIOSCOPIE

Le congrès de la tuberculose a consacré une partie de ses séances à l'étude des services que peuvent rendre la radioscopie et la radiographie pour le diagnostic de la tuberculose.

Ce sujet mérite un examen approfondi et mes lecteurs me permettront de lui consacrer plusieurs articles.

Je me contenterai aujourd'hui de leur présenter deux radiographies intéressantes: celle d'un thorax de tuberculeux, et celle d'un thorax sain.

Dans la première, le poumon gauche est presque noir dans ses deux tiers supérieurs; les taches plus pâles que l'on voit au sommet sont dues à des cavernes, le poumon se laissant mieux pénétrer à cet endroit par les rayons X. En bas on voit la convexité du diaphragme.

Les taches noires qui siègent à droite dénotent des amas tuberculeux.

Voici du reste l'observation du malade que j'extrait de la thèse du Dr Maurice Mignon: Etude anatomo-clinique de l'appareil respiratoire et de ses annexes par les rayons de Röntgen; thèse soutenue tout dernièrement, le 16 juin 1898.

Observation (Page 137). — C..., 35 ans, fondeur, se présente à la période ultime de la tuberculose.

Depuis 4 ans, il tousse et est sujet à des hémoptysies graves: amaigrissement considérable, sueurs nocturnes abondantes, diarrhées, douleurs d'estomac, vomissements, crachats nummulaires très abondants; douleur du sommet gauche.

*Examen stéthoscopique.* — A gauche, matité franche de tout le sommet, gros râles muqueux abondants avec quelques râles secs descendant jusqu'au tiers inférieur du poumon, souffle amphorique et bruits caverneux entendus dans tout le tiers supérieur, plus intenses en avant.

A droite, craquements secs et râles sibilants disséminés; tuberculose laryngée constatée au laryngoscope.

*Examen radioscopique.* — A gauche, plusieurs taches claires sur fond gris au niveau du sommet. Tiers moyen opaque dans toute son étendue. Taches disséminées dans le tiers inférieur.

A droite, opacité surtout en haut avec taches diffuses plus sombres à la partie externe.

*Autopsie.* — Cavernes multiples du sommet gauche. Infiltration complète de la partie moyenne avec ramollissement caséux. Lésions disséminées dans toute l'étendue du poumon droit.

L'examen nécropsique confirme donc l'exactitude des indications radiographiques.

A côté de l'intéressante photographie du malade de l'observation précédente j'ai placé, pour qu'on juge bien de la différence, le thorax d'un homme ayant les poumons sains.

Au milieu on remarquera l'ombre de la colonne vertébrale et de l'aorte. Dans la partie supérieure de la colonne, non recouverte par ce vaisseau, on distingue très manifestement les vertèbres les unes des autres. En bas on voit l'ombre du cœur, et au dessous, de chaque côté, la connexité du diaphragme.

Sur ce thorax on peut parfaitement suivre les côtes, les clavicules, les omoplates; on distingue l'extrémité des humérus.

On se rend parfaitement compte que ces os sont sains et on comprend qu'en cas de fracture, de tumeurs osseuses, de carie, de cals difformes, de luxation, on puisse avoir recours à la radiographie pour venir en aide au diagnostic.

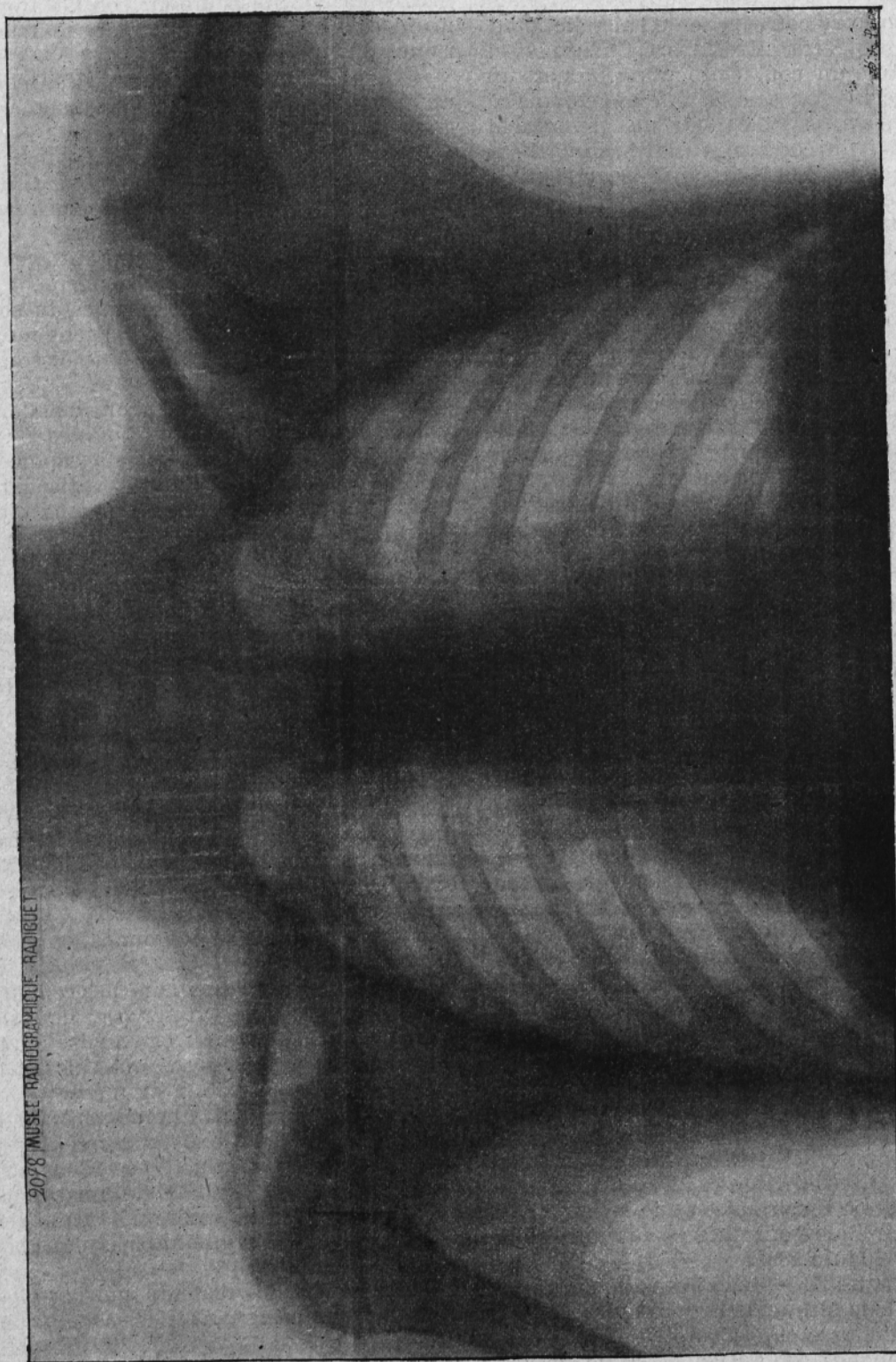
La transparence des poumons montre qu'il s'agit d'organes sains.

Il est vrai de dire que dans le premier cas il s'agissait d'un état très grave et que, dans la majeure partie des examens que l'on a à faire, on trouve des lésions moins apparentes, mais assez cependant pour être facilement diagnostiquées.

J'ai été heureux, en ce moment où de tous côtés la radioscopie des lésions tuberculeuses préoccupe les médecins, d'avoir pu, grâce à la parfaite obligeance de M. Radiguet, l'habile constructeur d'appareils radiographiques, présenter à mes lecteurs les deux photographies qui ont paru dans la thèse du docteur Mignon.

Pour ceux de mes lecteurs que la question intéresse particulièrement, voici les conclusions de cette thèse:

« Si nous passons en revue les résultats obtenus par l'application des rayons Röntgen à l'appareil respiratoire et à ses annexes, nous voyons qu'ils diffèrent selon les régions et le but cherché.



2078 MUSEE RADIOGRAPHIQUE RADIOJET





2002 MUSEE RADIOGRAPHIQUE RADIGUET

1° Les fosses nasales peuvent être examinées avec un certain intérêt surtout dans les cas de lésions osseuses ; bien que l'examen en soit facile, du moins dans la partie antérieure, la radioscopie pourra donner de précieuses indications, soit pour les corps étrangers assez opaques, soit pour les lésions difficilement accessibles ;

2° L'application aux sinus ne présente pas les mêmes avantages pour chacun d'eux.

Le sinus frontal pourra bénéficier de la méthode fluoroscopique.

Le sinus maxillaire, explorable par le même moyen, est plus exactement étudié par la diaphanoscopie ; cependant, les modifications osseuses, les corps étrangers seront, par la nouvelle méthode, beaucoup mieux vus.

Quant au sinus sphénoïdal, il n'est pas assez visible pour permettre des déductions cliniques.

3° L'examen du larynx au fluoroscope est utile si les lésions ont modifié notablement l'épaisseur des tissus, ou si elles sont profondément situées dans la région. Les altérations superficielles de la muqueuse relèvent de l'examen laryngoscopique, tandis que la conformation des cartilages, la disposition d'un corps étranger sont vues plutôt par transparence.

4° La trachée et les bronches peuvent être vues, mais ne tirent pas de l'examen fluoroscopique un grand bénéfice, bien qu'on ait pu quelquefois observer leurs modifications de calibre.

Plus utile sera l'examen des ganglions pérित्रachéo-bronchiques, souvent très difficile par les moyens ordinaires.

5° Quant au poumon il est particulièrement exploitable au fluoroscope : sans, compter la recherche des corps étrangers, qui souvent ne peut être faite autrement, on pourra voir directement des lésions de congestion, d'œdème, d'emphysème ; la pneumonie, le cancer, le kyste hydatique seront plus exactement limités que par les signes stéthoscopiques. La tuberculose, souvent diagnostiquée trop tard, peut dans quelques cas être révélée plus tôt et surtout la disposition de ses lésions est mieux appréciée.

Les lésions de la plèvre et les modifications de sa cavité sont aussi indiquées d'une façon assez précise.

6° Les applications thérapeutiques sont encore trop peu nombreuses au point de vue clinique pour permettre de conclure, mais les recherches expérimentales semblent favorables à leur emploi.

Les rayons de Röntgen donnent, comme on le voit, des indications qui de jour en jour se complètent et méritent hautement l'intérêt qu'elles inspirent ; ils ne diminuent en rien l'utilité des autres méthodes d'examen, mais ils le complètent souvent si on sait interpréter les résultats obtenus ».

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### L'ASSOCIATION ET LE SYNDICAT MÉDICAL D'INDRE-ET-LOIRE A LOCHES

Il avait été convenu l'an dernier à Chinon, que les deux Associations médicales du département se réuniraient en 1898 à Loches. Fidèles à l'engagement pris, les deux Sociétés s'étaient donc concertées pour tenir séance dans la jolie et pittoresque ville de Loches.

Vingt-quatre confrères tant du Lochois que de Tours et même de Chinon assistaient à la double séance ; quelques courageux sont même venus de Tours à Loches à bicyclette et ce n'étaient pas les moins gais.

Étaient présents : D<sup>r</sup> H. Thomas, président du Syndicat.

D<sup>r</sup> Meunier, secrétaire général de l'Association.

D<sup>r</sup> Lapeyre, secrétaire général du Syndicat.

D<sup>rs</sup> Chaumier, Menier, Boureau, Grasset, Guérard, Toffier, Barnsby, Mercier, André, Faucillon, Mourruau, Gaudeau, Cornet, Stecevicz, Gibotteau, Salutrynski, J. Thomas, Fourchault.

Les D<sup>rs</sup> Boutier, Delacou et Rous de Loches reçoivent leurs confrères avec un aimable empressement dont tous garderont le souvenir.

La réunion s'ouvre à l'hôpital à 4 h. 1/2 par la séance de l'Association.

#### Séance de l'Association

Le D<sup>r</sup> Boutier, vice-président, occupe le fauteuil de la présidence à la place du D<sup>r</sup> L. Thomas, empêché. Après une courte et aimable allocution du président, les candidatures de MM. les D<sup>rs</sup> Rous (de Loches), Barnsby et Mercier (de Tours), Maurice (de Richelieu), sont soumises au vote de l'Assemblée qui prononce l'admission à l'unanimité.

M. le secrétaire général prend alors la parole pour exposer les résultats de la séance d'avril de l'Association générale.

MM. les D<sup>rs</sup> Wolff et Archambault, délégués de l'Association locale, sont malheureusement absents et le D<sup>r</sup> Meunier regrette de ne pouvoir donner très exactement le compte rendu de la séance.

Le fait saillant de cette séance est que l'Association, qui avait à donner 18 nouvelles pensions et aurait dû en suivant l'ancien système déposer un capital de 400,000 francs, a décidé d'attribuer ces 18 pensions sur les revenus.

Du rapport de M. le secrétaire général, le D<sup>r</sup> Le Reboullet, il résulte que l'Association, en présence de la situation nouvelle que va lui créer le vote de la loi sur les Sociétés de secours mutuels, ne prend ces mesures qu'à titre provisoire, et demande deux ans pour prendre, après mûr examen et sur l'avis des Sociétés locales, un parti définitif.

L'Association d'Indre-et-Loire devra donc se réunir en octobre pour émettre son opinion, et d'ici là



les confrères sont priés d'adresser leurs propositions au bureau qui rapportera la question.

La question de l'Ordre des médecins a été maintenue à l'ordre du jour, et les Sociétés locales sont invitées à se prononcer définitivement.

M. le Dr Boureau fait remarquer qu'il a suivi la voie indiquée par le secrétaire et déposé des vœux, il y a quatre mois. Ces vœux, pour lesquels il avait promis de discuter avant la séance générale d'avril dernier, n'ont pas été discutés.

Le Dr Boureau ajoute qu'il peut compléter les renseignements fournis par le Dr Meunier sur la séance de l'Association générale.

Le Dr Le Reboullet a émis des propositions qui marquent une phase capitale dans l'histoire de l'Association :

1° Il a proposé de ne plus immobiliser le capital pour les pensions à servir ;

2° Il a proposé la fondation de caisses d'indemnité maladie ;

3° La réforme de l'annuaire a été votée.

M. Boureau est heureux de constater que ces propositions faisaient justement l'objet des vœux qu'il a présentés.

Le Dr Stecevicz fait remarquer que s'il a amené un nouvel adhérent à l'Association, le Dr Maurice, c'est en raison du vent de réforme qui semble souffler.

Le Dr Boureau propose de faire adresser par l'Association des remerciements à M. le Dr Le Reboullet pour l'esprit réformateur qu'il a montré.

Le vœu suivant est voté à l'unanimité :

L'Association des médecins d'Indre-et-Loire réunie à Loches en séance plénière le 19 juillet 1898, adresse à M. le Dr Le Reboullet, secrétaire général de l'Association, des remerciements pour l'heureuse initiative dont il a fait preuve à l'Assemblée générale d'avril, en encourageant par ses propositions et son rapport les desiderata des Sociétés locales.

La séance est levée à 5 heures.

#### *Séance du Syndicat*

Lecture est d'abord donnée par le secrétaire général du procès-verbal de la dernière séance qui est adopté.

Puis le Dr H. Thomas, président, met aux voix l'admission de quatre nouveaux membres : les docteurs Levêque (d'Azay-le-Rideau), Maurice (de Richelieu), Barnsby et Mercier (de Tours).

Ces confrères sont admis à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un secrétaire adjoint en remplacement du Dr Thierry.

Le Dr André est nommé secrétaire adjoint à l'unanimité.

La parole est ensuite donnée au Dr Stecevicz pour exposer le résultat malheureux du procès soutenu par lui contre l'enregistrement.

Les frais sont évalués à environ 300 francs.

Le Syndicat vote au Dr Stecevicz l'attribution d'une somme de 300 francs, qui sera employée jusqu'à concurrence des frais du procès.

Le Président remarque que ce procès malheureux a du moins le mérite de fixer la jurisprudence sur une question dangereuse.

Nos confrères dûment avertis ne devront plus faire de certificats que sur papier timbré.

Le Dr Boutier émet le vœu que le Syndicat fasse paraître un bulletin annuel donnant la liste de ses membres.

Cette motion très juste est adoptée à l'unanimité. La séance est levée à 5 h. 1/2.

Tous les médecins présents se retrouvent à 6 h. 1/2 à l'hôtel de la Promenade où un copieux banquet leur est servi.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici le menu orné de jolies vignettes représentant les vieux monuments de Loches.

Le dîner parfaitement servi se déroule au milieu de la plus franche gaieté.

Au champagne, le Dr Boutier porte un toast à ses confrères qu'il est heureux d'avoir vu venir nombreux à Loches.

On se retrouvera chaque année à Chinon, à Loches, peut-être même ailleurs, tel est le vœu formulé par tous, enchantés de la cordialité d'une réception qu'ils n'oublieront pas.

## LES DIARRHÉES INFANTILES

Le traitement des diarrhées infantiles par les eaux minérales naturelles alcalines n'est plus une nouveauté ; expérimenté sur la plus vaste échelle, il a été adopté par un grand nombre de praticiens, car il donne des résultats inespérés là où échouait tout l'arsenal pharmaceutique.

Mais comme le fait judicieusement observer le docteur Gassot dans une étude très documentée, l'eau à choisir n'est pas indifférente ; il faut une source normalement minéralisée, sans cela la diète hydrique ne serait pas obtenue ; il faut une eau assez gazeuse, ce qui la rend plus légère et la fait mieux tolérer ; il faut enfin une eau agréable à boire et que la minéralisation soit suffisante pour donner tout l'effet de la médication alcaline.

Ces diverses conditions sont réunies de la façon la plus heureuse dans la *Reine de Vals* qui est le type parfait des eaux alcalines moyennes et qui est puisée par un procédé spécial aseptique. Comment convient-il d'administrer la *Reine de Vals* ? La chose est de la plus grande importance, car, de son application plus ou moins rigoureuse dépendra le succès dans un grand nombre de cas. Voici comment nous procédons après de nombreux essais.

Chez les enfants élevés au biberon, il faut tout d'abord supprimer : lait, eau de gruau, eau de pain ou sucrée ou tout autre liquide. Il faut encore nettoyer à fond : biberon, tuyaux de caoutchouc, etc., puis on donne l'eau de la *Reine* pure. La quantité varie selon l'âge de l'enfant, quart, tiers du biberon,

ou même moitié ; ce qui importe, c'est que l'enfant prenne la dose d'une seule fois. Après un intervalle de deux ou trois heures, on réitère, puis nouvel intervalle et nouvelle ration, jusqu'à l'arrêt complet des vomissements. On peut alors reprendre l'alimentation avec une extrême réserve, c'est-à-dire, ajouter peu à peu du lait à l'eau minérale jusqu'à ce que les selles soient modifiées et aient un caractère franchement muqueux.

En résumé, la *Reine de Vals* est d'abord tempérante; puis substitutive; en aucun cas elle ne peut être nuisible et elle n'empêche pas l'usage d'aucun médicament adjuvant. De plus, la mère ou la nourrice n'apporte pas à la bouteille d'eau minérale la résistance qu'elle éprouve pour l'eau ordinaire plus ou moins microbée.

Convaincu que c'est faire œuvre utile que de propager ce traitement, au moment où tant d'enfants sont atteints de *gastro-entérite*, nous engageons nos confrères à expérimenter sérieusement l'eau de la *Reine de Vals*, celle qui a donné les meilleurs résultats et ils n'auront qu'à se féliciter.

Dr GASSOT.

## NOUVELLES

### ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS

*Sages-femmes* : 1<sup>er</sup> examen : 2 candidates, 2 ajournements.

*Sages-femmes* : 2<sup>me</sup> examen : 13 candidats se présentent, toutes sont reçues.

*Officiel* : Examens définitifs : 3 candidats se présentent, M<sup>me</sup> Morel, M<sup>lle</sup> Prain, M. Rousseau.

M<sup>me</sup> Morel obtient la mention *bien*, M. Rousseau n'est reçu qu'à l'épreuve pratique.

*Doctorat* : 1<sup>er</sup> examen : Oral de l'anatomie, un candidat. M. Martin est ajourné.

*Examen de Physiologie* : 5 candidats, MM. Balzer, Lhopitallier, Dinetti, Chaumier, Daniel.

Tous sont reçus : M. Daniel mention *bien*, MM. Balzer, Lhopitallier, Dinetti *satisfait*.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**CHIRURGIE DU COU**, par FÉLIX TERRIER, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, A. G. GUILLEMAIN, chirurgien des hôpitaux de Paris, A. MALHERBE, ancien interne des hôpitaux de Paris. (1 vol. in-12 de la *Collection médicale*, avec 101 gravures dans le texte, cart. à l'anglaise, 4 fr. — Félix Alcan, éditeur, Paris).

Ce volume est la continuation des monographies publiées par M. le professeur TERRIER et ses élèves, d'après son cours de *médecine opératoire* de la Faculté de Médecine de Paris.

Le volume est divisé en quatre parties ; dans la première consacrée à la *Chirurgie des voies aériennes*, les auteurs étudient la laryngoscopie, le cathétérisme et la dilatation des voies aériennes, le traitement endo-laryngé et extra-laryngé des polypes et tumeurs du larynx, les laryngotomies, les laryngectomies la trachéotomie. Dans la deuxième partie est étudiée la *Chirurgie du corps thyroïde* : thyroïdectomie, exothyropexie, indications thérapeutiques du goître. La troisième partie comprend la *Chirurgie de l'œsophage*, et la quatrième la *Chirurgie des vaisseaux, des ganglions lymphatiques des muscles et nerfs du cou* : ligature des artères, anévrismes, torticolis, etc.

**LA DIPHTÉRIE, nouvelles recherches bactériologiques et cliniques, prophylaxie et traitement**, par H. BARBIER, médecin des Hôpitaux de Paris et G. ULMANN, interne des Hôpitaux de Paris, 1898, 1 v. in-16 carré, 96 p. 7 fig. cart. 1 fr. 50.

Voilà un nouveau volume à enregistrer dans la collection des *Actualités médicales*, il ne le cède en rien à ses précédents (La grippe par L. Gaillard ; les Etats neurasthéniques par Gilles de la Tourette), ni par son intérêt, ni par sa valeur.

Dans cet excellent livre, MM. Barbier et Ulmann ont mis au point la bactériologie, la clinique, la prophylaxie et le traitement, en se basant sur les recherches qu'ils ont faites en commun dans le service de la diphtérie à l'Hôpital Trousseau.

1<sup>o</sup> Au point de vue bactériologique, il établit que seul le bacille long, touffu, est le vrai bacille de la diphtérie.

2<sup>o</sup> Au point de vue clinique, il distingue les diphtéries pures des diphtéries associées.

3<sup>o</sup> Au point de vue thérapeutique, il montre que le sérum antidiphtérique, tout-puissant contre la diphtérie pure, est inefficace contre la diphtérie associée, qui, elle, relève de la médication antiseptique.

C'est donc un livre vécu, où le praticien et l'étudiant trouveront un enseignement utile pour la pratique journalière ; ce livre enrichit d'idées nouvelles l'étude déjà longue de la diphtérie.

## LE DOCTEUR CHABRIER

A Availles-Limousines  
(Vienne)

RECOMMANDE COMME NOURRICE AU SEIN

M<sup>me</sup> AUBUGEAU

21 ans, Enfant de 3 mois, 2<sup>e</sup> enfant

**REMPACEMENTS MÉDICAUX. — M. Ch. B., médecin à Nantes, faisant partie du syndicat de la Loire-Inférieure, ayant cédé, sa clientèle occuperait ses loisirs à faire des remplacements dans la région du centre. — Conditions : 10 fr. par jour, voyage payé. — S'adresser au bureau du journal.**

**VIN GIRARD** de la Croix de Genève, iodotannique phosphaté.

**Succédané de l'huile de foie de morue**

Maladies de poitrine, misère physiologique, lymphatisme, rachitisme, scrofule, faiblesse générale, convalescences, etc.

**BIOPHORINE** — Saccharolé à base de kola, coca, quinquina, et cacao vanillé. Dosage rigoureux, le plus complet des agents *antineurasthéniques* et antidépresseurs, le tonique éprouvé du sang, des muscles et des nerfs.

**FLOREINE** — Crème de beauté hygiénique ne contenant aucune substance grasse ou nuisible.

A. GIRARD, 22, rue de Condé, Paris.  
Echantillons offerts aux membres du Corps médical.