

et progressives. Dans les lésions bilatérales ou très étendues, l'exercice devra toujours s'adresser aux parties saines et respecter les parties malades. La cure de rééducation ne me paraît pas permettre d'éviter la cure d'altitude.

D) Dans les *maladies aiguës*, la rééducation se borne à faire respirer les malades par le nez. La langue sèche et rôtie des fébricitants est due plus encore à l'insuffisance nasale qu'à la fièvre; le malade, qui respire par le nez, a la bouche humide, boit mieux, augmente sa diurèse et s'achemine plus facilement vers la guérison.

Dans les *maladies aiguës des voies respiratoires*, il faut apprendre aux malades à respirer par le nez; il faut également aider le fonctionnement des régions non atteintes par la maladie. Nous avons insisté sur ce point dans des travaux antérieurs<sup>1</sup>.

Voici la progression que nous recommandons, en laissant d'ailleurs toute liberté pour accélérer ou modérer la cure selon indications. Les deux premiers jours, faire prendre au malade l'habitude de la respiration nasale et lui faire exécuter vingt respirations nasales profondes. Le 3<sup>e</sup> jour, vingt respirations nasales en décubitus dorsal et vingt respirations en décubitus latéral du côté malade (en cas de lésion unilatérale). Le 4<sup>e</sup> jour, vingt respirations en décubitus dorsal, vingt en décubitus latéral, vingt diaphragmatiques, vingt avec écartement progressif du bras du côté sain. Progressivement, on utilise ensuite les manœuvres suivantes: flexion des jambes sur les cuisses, mouvement unilatéral du bras du côté sain, avec élévation du bras du côté malade, mouvements bilatéraux à oscillations inégales.

La séance ne doit comprendre que cinq exercices répétés dix à vingt fois; elle sera faite trois à cinq fois par semaine, quotidiennement dans la convalescence. Toutes les convalescences sont justiciables de la rééducation respiratoire<sup>2</sup>. Voici un type d'ordonnance pour un convalescent de pneumonie de la base gauche.

Décubitus dorsal: avec flexion de la jambe droite, avec flexion de la jambe gauche, avec écartement progressif du bras droit, avec oscillations inégales du bras droit, qui décrit un demi-cercle, du bras gauche qui doit décrire un arc de quelques degrés.

Quinze jours après la défervescence, suivez l'ordonnance suivante:

Décubitus dorsal: avec flexion de la jambe droite, avec flexion de la jambe gauche. Écartement des deux bras, écartement du bras gauche: décubitus latéral droit avec un coussin sous le thorax, etc.

Pendant la *pleurésie séro-fibrineuse*, tous les matins séance très courte de respirations en décubitus dorsal, avec flexion de la jambe droite et de la jambe gauche. Progressivement, lorsque l'épanchement a disparu, séance quotidienne courte de respirations avec mouvements des jambes, et unilatéraux du bras du côté sain. Un mois après, séance bihebdomadaire de quatre à dix exercices répétés cinq à vingt fois. Utiliser, outre les exercices précédents, les mouvements des bras à oscillations inégales, le bras du côté malade

<sup>(1)</sup> Soc. de l'Internat, 26 mai 1904. — *Tribune médicale*, 26 juillet 1904. — Les broncho-pneumonies aiguës. Collection Hutinel.

<sup>(2)</sup> Soc. de l'Internat, séance de juillet 1904. — G. ROSENTHAL et RIVET. *Pleurésie typhoïdique. Cyto-diagnostic. Emploi de la rééducation respiratoire.*

ayant une course restreinte, puis les mouvements à oscillations progressives, enfin tardivement les mouvements unilatéraux du bras du côté malade, en décubitus dorsal et en décubitus sur le côté sain avec un coussin sur le thorax. Pas de mouvements actifs.

E) Les anémies d'évolution de la puberté bénéficient d'un traitement par la rééducation, ainsi que Maurel (de Toulouse) l'a établi dès 1890. Contrairement à cet auteur, dont le *Traité de l'Hypohématose* est une œuvre considérable, nous trouvons que la cure améliore surtout l'état général. Elle doit être menée selon le type de la cure des adénoïdiens opérés.

F) Dans l'*asthme infantile*, bien étudié par Reymond (de Genève), les séances doivent être courtes et fréquentes au début. Les attitudes immobiles seront surtout utilisées. On pourra, chez les grands enfants, utiliser la méthode de Saenger (de Marbourg)<sup>1</sup> que Romme formule ainsi: inspirations rares et superficielles, expirations prolongées et sans effort (*Pr. Méd.* 19 mars 1904). Dans la coqueluche, employer avec prudence des séances courtes; les inspirations doivent être au début très superficielles.

G) La rééducation respiratoire fait partie de la rééducation du cœur si bien étudiée par Lagrange. Au moment où la lésion est compensée, une fois par semaine faire une séance de cinq exercices répétés dix à vingt fois. Employer surtout les mouvements passifs de flexion des bras et des jambes<sup>2</sup>.

**Marche de la cure. — Résultats. —** A) Au cours des premières semaines de traitement, nous avons noté trois phénomènes assez curieux, utiles à connaître, car une mauvaise interprétation pourrait éloigner le médecin d'une thérapeutique aussi efficace. Nous les avons dénommés: le coryza initial, la diminution initiale de périmètre, l'étourdissement de guérison.

La muqueuse nasale des sujets qui respirent par la bouche n'est pas habituée au contact des poussières de l'air. Dès que la respiration nasale s'installe, survient un coryza d'origine mécanique, véritable catarrhe d'irritation. L'emploi d'une pommade au menthol à 1 pour 100 en aura vite raison.

Il faut savoir interpréter la diminution initiale du périmètre. Mesurer au repos la poitrine de vos jeunes malades après deux ou trois semaines; au lieu de l'augmentation du tour de poitrine désirée, vous constatez un chiffre inférieur, d'un à trois centimètres environ, au chiffre de début de cure. Par contre, la course physiologique a déjà notablement augmenté. C'est parce que l'expiration se fait mieux, que la côte s'abaisse davantage, que le périmètre a diminué dans la position de repos.

L'*étourdissement de guérison* est une griserie d'oxygène, qui marque le début des séances utiles. Simple fatigue un peu vertigineuse, elle se dissipe aisément en quelques minutes de repos. Après un léger arrêt, on peut continuer la leçon. Rapidement le sujet s'habitue à l'oxygène et supporte les séances dont nous avons indiqué la longueur.

<sup>(1)</sup> *Münchener medicinische Wochenschrift*, février 1904.

<sup>(2)</sup> La technique au cours de la pleurésie séro-fibrineuse et de sa convalescence a été précisée dans une communication à la Société médicale des hôpitaux (novembre 1904).

B) Les résultats que nous avons obtenus sont indéniables. Nous en donnons le détail dans des communications aux Sociétés de l'Internat, de Pédiatrie et des Hôpitaux; nous ne voulons ici qu'en indiquer les grandes lignes. D'ailleurs, on pourrait résumer en une proposition l'action de la rééducation respiratoire; elle donne un coup de fouet à la nutrition et provoque une rapide et notable augmentation de poids.

L'amaigrissement de la cachexie du gros ventre est parfois comme jugulé; le poids cesse de diminuer dès la première semaine; dans une première phase, il augmente très irrégulièrement; c'est la phase de *nutrition saccadée*; puis l'enfant retrouve complètement la santé. Chez des enfants au biberon, atteints d'arrêt de croissance, la gymnastique respiratoire nous a permis d'éviter la nourrice. L'augmentation de l'hématose donnait la suractivité organique. Les phénomènes d'hypostase, la broncho-pneumonie latente des nourrissons cachectiques trouvent dans la rééducation leur traitement prophylactique.

Une notable amélioration se constate souvent dans l'asthme infantile. Dans la coqueluche, question encore à l'étude, les quintes semblent diminuer de violence. Les palpitations, l'oppression, la tendance à la syncope de la pseudo-hypertrophie du cœur de croissance s'atténuent. Dans une de nos observations, le résultat fut immédiat. Le prognathisme se corrige à la longue; et nous croyons la rééducation respiratoire appelée à remplacer les appareils très élégants, mais peu utiles, des chirurgiens-dentistes. L'effondrement inspiratoire paradoxal disparaît facilement; les troubles nerveux s'atténuent; le poids augmente; la complète santé se rétablit en quelques semaines.

Dans les *maladies aiguës*, la respiration nasale redonne l'humidité à la langue, la diurèse augmente; la congestion des bases est évitée, ainsi que la broncho-pneumonie hypostatique.

Dans les *maladies aiguës des voies respiratoires*, amélioration de l'état général, humidité de la langue, diminution des phénomènes congestifs, régularité et souvent atténuation de fréquence du pouls, diurèse allant jusqu'à 5 litres en pleine fièvre. Mais surtout, après la défervescence, diminution rapide et disparition des signes d'hépatisation, retour du murmure vésiculaire. La rééducation respiratoire est le traitement spécifique et préventif des scléroses du poumon, des broncho-pneumonies hypostatiques, des broncho-pneumonies à rechute.

Dans les *chloro-anémies*, l'état général se relève rapidement, le poids augmente. L'amélioration du sang est surtout sous la dépendance du traitement par le repos et le fer (Hayem).

Le *traitement des convalescences* forme un des plus beaux domaines de la rééducation. Après la fièvre typhoïde, comme après la pleuro-tuberculose primitive ou la diphtérie, c'est une vraie renaissance à la vie. L'activité organique reparait avec l'entrain et la gaieté; la rééducation active cette poussée de sève que Garnier et Sabaréanu ont encore récemment étudiée. L'accroissement du poids est souvent considérable.

Signalons encore, après Maurel (de Toulouse), la régression fréquente,

mais inconstante, de troubles nerveux neuro-dysthéniques: paresse, apathie, incapacité de fixer son attention que les professeurs appellent mauvaise volonté, et qui sont les stigmates de l'insuffisance respiratoire.

Le plus beau champ d'action de la rééducation respiratoire, celui qui assurera à cette méthode unique une place prépondérante, c'est la *prophylaxie de la tuberculose*. L'adénoïdien opéré et non guéri, l'adolescent malingre, l'enfant pâle et chétif, la fillette épuisée à l'atelier ou habituée trop jeune aux fatigues mondaines, le pleurétique convalescent, sont rapidement transformés. Les adolescents qui ont les « sommets de Grancher » tirent également un bénéfice décisif de la méthode. Le teint s'éclaircit, l'appétit augmente, la poitrine s'élargit et se bombe; l'immobilité sous-claviculaire, première origine des désastres, comme le proclame notre maître Jaccoud dans ses belles leçons, est remplacée par un jeu thoracique suffisant de 6 à 9 centimètres.

Des accroissements en poids de 2 à 5 kilogrammes sont courants, alors que les médications avaient échoué et que les cures de montagne n'avaient amené qu'une amélioration temporaire. C'est que la rééducation est la « systématisation scientifique de la cure d'air ». Elle emploie le même procédé, mais si elle active le jeu thoracique, elle apprend au malade ce que la haute altitude lui faisait faire d'une façon réflexe (Jaccoud). Aussi ses résultats sont durables.

Dans la *tuberculose confirmée*, la cure de rééducation doit précéder la cure de sanatorium. Supprimez prudemment l'inertie sous-claviculaire, l'intolérance à l'oxygène; profitez, pour faire la cure, d'un moment d'apyrexie torpide; mais, dès que la poitrine s'élargit, que le poids augmente, envoyez dans la montagne. Une conduite différente vous exposerait à de terribles mécomptes. Si l'exercice paraissait mal supporté, n'insistez pas; n'oubliez pas que la clinique garde tous ses droits, même contre la rééducation respiratoire.

**Conclusion.** — Nous venons de passer en revue, peut-être d'une façon un peu rapide, l'étude d'une méthode nouvelle, que nous avons systématisée, et qui deviendra certainement une des grandes méthodes de la thérapeutique physiologique, de la physiothérapie de l'avenir. Il nous semble utile de résumer la question en quelques propositions qui en donnent les grandes lignes :

1° L'appareil respiratoire n'est normal que si son fonctionnement physiologique est intégral. Or son fonctionnement physiologique est altéré chez un grand nombre d'enfants et d'adolescents.

2° Les fautes ordinaires commises sont : la substitution au type nasal normal de la respiration des types buccal et bucco-nasal; l'insuffisance diaphragmatique; l'effondrement inspiratoire paradoxal; la respiration incomplète; enfin l'insuffisance d'une respiration normale. Elles arrêtent le développement du thorax et retentissent sur la nutrition générale d'une manière considérable.

3° Tout sujet qui présente un de ces troubles physiologiques est atteint d'insuffisance respiratoire; il est justiciable de la rééducation respiratoire.

4° Les malades passibles du traitement sont principalement les nourrissons en arrêt de croissance, les rhino-adénoïdiens opérés et non guéris, les faux adénoïdiens, les scrofuleux<sup>1</sup>, les malingres anatomiques, fonctionnels et temporaires (enfants ayant grandi rapidement), les fils de tuberculeux, les sujets atteints de dénutrition tuberculisable des adolescents, de pseudo-hypertrophie du cœur de croissance ou de pleuro-tuberculose, et les convalescents. En seconde ligne, les maladies aiguës des voies respiratoires, l'asthme, la coqueluche, les bronchites chroniques, les pneumonies à rechute, etc., seront utilement combattus. Les enfants qui maigrissent sans cause, malgré un bon appétit, sont souvent atteints d'insuffisance respiratoire.

5° La rééducation respiratoire se compose d'exercices de respiration volontaire (sauf chez les enfants en bas âge), accompagnés de mouvements passifs ou actifs du tronc, des bras, des jambes.

6° La cure ne peut être utile que dans les conditions suivantes :

a) Il n'y a aucun obstacle anatomique à la respiration (végétation adénoïde, polypes, crêtes de cloison, etc.) ;

b) Les exercices seront dirigés par le médecin lui-même. La progression en sera déterminée par les règles données sous le contrôle des indications cliniques (mensuration par le centimètre symétrique, auscultation, etc.) ;

c) L'emploi des machines sera laissé aux gymnastes pour le développement des enfants bien portants.

7° La rééducation respiratoire n'est opposée à aucune autre thérapeutique. Elle est une nouvelle médication, qui unit ses efforts à ceux des traitements classiques.

8° La rééducation respiratoire a une action régulatrice et antispasmodique, une action trophique considérable, soit au point de vue de la cage thoracique, soit au point de vue général. Elle est le traitement spécifique prophylactique de la tuberculose pulmonaire<sup>2</sup>.

<sup>(1)</sup> Lire GALLOIS. *La scrofule et les infections adénoïdiennes*. Paris, 1900.

<sup>(2)</sup> Service et laboratoire de M. le professeur Hayem. Dispensaire antituberculeux des 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> arrondissements.

## VI

## RÉÉDUCATION PSYCHIQUE ET PSYCHOTHÉRAPIE

PAR LE D<sup>r</sup> PAUL-ÉMILE LÉVY

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

**Définition.** — La psychothérapie, telle qu'elle doit être aujourd'hui conçue, comprend l'ensemble des moyens thérapeutiques qui s'adressent au psychisme d'un sujet souffrant, soit pour amender des troubles psychiques, soit pour agir, par l'intermédiaire de l'élément psychique, sur des troubles somatiques.

**Historique.** — Nous ne rappellerons que pour mémoire ce que l'on peut appeler les *origines inconscientes* de la thérapie psychique (suggestion religieuse, etc.), de même que le *magnétisme* de Mesmer, dont la vogue fut si grande à la fin de l'avant-dernier siècle.

La période moderne s'ouvre avec les travaux de Braid, 1841, qui créa le mot d'hypnotisme, et surtout de Liébeault, 1866. Ce dernier, modeste médecin à Nancy, dans un ouvrage sur *le sommeil et les états analogues considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique*, exposa les résultats remarquables que lui avait donnés la pratique de l'hypnose et démontra la nature purement psychique de celle-ci. Mais ces faits étaient restés complètement ignorés du public médical, jusqu'au jour où Bernheim en reprit l'exposé sous une forme infiniment plus claire et accessible.

Vers la même époque, Charcot et ses élèves poursuivaient leurs études sur l'hypnotisation chez les hystériques. On connaît les controverses passionnées qui s'élevèrent entre l'école de la Salpêtrière et celle de Nancy. Les doctrines de cette dernière ne sont plus guère contestées aujourd'hui. Et nombreux sont de tous côtés les médecins qui ont mis en pratique son enseignement : Wetterstrand en Suède, Van Eeden en Hollande, en Suisse Forel, etc. Parmi ceux qui ont étudié les applications de cette psychothérapie à l'enfant, doit être surtout signalé le nom de Bérillon.

Enfin, une dernière phase s'ouvre avec les importants travaux de Bernheim qui fait connaître la *suggestion à l'état de veille* et l'*entraînement suggestif actif*, et établit vraiment la psychothérapie sur ses bases définitives. Nous-même avons nettement posé les principes qui doivent désormais guider les efforts de la psychothérapie, et dont les plus essentiels sont : appel le plus large possible fait non à la crédulité du malade, mais à ses facultés de *raison*, non à son obéissance quasi-automatique, mais à sa participation, à sa collaboration *active*. Nous avons attribué à la psychothérapie ainsi comprise les dénominations caractéristiques *l'éducation* ou *rééducation*. Les mêmes tendances se retrouvent plus récemment dans un remar-