

BULLETIN MEDICAL

DE QUEBEC

OCTOBRE 1923

Page

ARTICLE ORIGINAL

Hygiène sociale—Tuberculose. — A. Jobin.....289

REVUE DES JOURNAUX

Cuti-réaction à la tuberculine—Sa valeur.....	298
Dispensaire—"Ce qu'il ne doit pas être".....	301
Respiration profonde	303
Infection par les gouttelettes.....	308
La contamination par le lait.....	308
Corps thyroïde et tuberculose.....	309
Tuberculose conjugale	310
Que penser du pneumothorax.....	311
Médication	312
Résolution d'un foyer pneumonique tuberculeux.....	314
Notes de Pédiatrie	316
ALBUM MEDICAL	317

NOS ANNONCEURS

J. I. Eddé, Montréal, Canada.....	I à IX	
J. I. Eddé, Montréal, Canada.....	X	
Conseil Supérieur d'Hygiène de la Province de Québec.....	XI	
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	XIII	
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	XIV	
L'Anglo-French Drug Co., Montréal.....	XV	
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	XVI	
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	XVII	
Parke, Davis & Co., Walkerville, Ont.....	XVIII	
J. I. Eddé, Montréal, Canada.....	XIX	
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	}	XX
La Cie d'Imp. Commerciale.....		
Mowatt & Modre, Montréal.....	}	XXI
Casgrain & Charbonneau, Ltée.....		
P. Lebeault & Cie, 5 rue Bourg-l'Abbé, Paris.....	}	XXII
Laboratoire Genevriér, Paris.....		
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	XXII	
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	XXIII	
Henry W. Wampole & Co., Limited, Perth, Ontario.....	XXIII	
J. A. Harris, rue St-Denis, Montréal.....	XXIV	
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	XXV	
Laboratoire des Peroxydes médicaux, Paris.....	XXVI	
Joseph Contant, 231, Notre-Dame Est, Montréal.....	XXVII	
Frank W. Horner Ltd, Montréal.....	XXVII	
Laboratoire P. Astier, Paris.....	XXVIII	
Etablissements Fumouze, Paris.....	XXIX	
Cie de Pougues, Paris.....	XXX	
Bendages Herniaires de A. Clavierie.....	XXX	
J. E. Livernois.....	XXXI	
The Arlington Chemical Co., Yonkers, N.-Y.....	XXXI	
Laboratoire Louvain, Lévis, Québec.....	XXXII	
Od. Chem. Co., N.-Y.....	XXXII	
Laboratoires Clin.....	XXXIII	
J. B. Giroux, Québec.....	XXXIII	

Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	}	DANS LE TEXTE
Laboratoire Fievet, Paris.....		
Laboratoire Couturieux, Paris.....		

A. Cholet, Montréal.....	couverture
Horlick's Malted Milk Co.....	"
J. I. Eddé, Montréal, Canada.....	"
J. I. Eddé, Montréal, Canada.....	"

A Messieurs les Médecins

VENERELOGIE

Le Comité de la Lutte Antivénérienne attire l'attention de la Profession Médicale sur les dispensaires qu'il a ouverts pour le traitement des maladies vénériennes chez les indigents.

Ces dispensaires sont établis aux endroits, jours et heures ci-après indiqués.

HOPITAL NOTRE-DAME, MONTREAL, Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Hommes: Lundi, mercredi vendredi.... de 11 hrs. A.M.
Femmes: Mardi, jeudi.... à 1 hr. P.M.

MONTREAL GENERAL HOSPITAL, Faculté de Médecine de l'Université McGill, Montréal.

Hommes: Lundi, jeudi, samedi.... de 12.30 hrs.
Femmes: Mardi, vendredi à 1 hr. P.M.

HOPITAL SAINT-LUC, 88, rue Saint-Denis, Montréal.

Tous les jours excepté les dimanches et les jours de fête de 3 hrs à 5.30 P.M.
Tous les soirs, excepté les samedis, dimanches et les jours de fête..... de 7 hrs. à 9.00 P. M.

40, RUE CHARLEVOIX, QUEBEC, Faculté de Médecine de l'Université Laval, Québec.

Hommes: Mardi, vendredi de 11 hrs. à 12 hrs A.M.
Femmes: Jeudi et 7 hrs. à 8 hrs. P.M.

JEFFERY HALE'S HOSPITAL, QUEBEC.

Hommes et Femmes: Mercredi et samedi.... de 4 hrs. à 6 hrs P. M.

HOPITAL ST-VINCENT DE PAUL, SHERBROOKE.

Hommes: Lundi, mercredi, vendredi .. de 10 hrs. A.M.
Femmes: Mardi, jeudi, samedi.... à 12 hrs A.M.

HOPITAL ST-JOSEPH, TROIS-RIVIERES.

Hommes: Lundi, mercredi, vendredi.... 6.30 hrs. P.M.
Femmes: Mardi, jeudi 3 hrs. P. M.

HOPITAL DU SACRE-COEUR, HULL.

Hommes: Vendredi.... de 10.30 hrs. A. M.
Femmes: Mardi.... à 1.00 hr. P.M.

HOTEL-DIEU, ST-VALIER, CHICOUTIMI.

Hommes: Vendredi.... de 7 hrs. P. M.
Femmes: Mardi.... à 8 hrs. P. M.

L'HOPITAL ST-JOSEPH, LA TUQUE.

LABORATOIRES

LABORATOIRES DE MONTREAL, 59, Rue Notre-Dame Est.
LABORATOIRES DE QUEBEC, 40, Rue Charlevoix.

Ces Laboratoires sont mis à la disposition gratuite des médecins de la Province pour les recherches microscopiques, sérologiques, etc., en rapport avec la Syphilis, la blennorrhagie et le chancre mou. Tout le matériel requis pour telles recherches est fourni gratuitement sur demande.

Tous renseignements sur la lutte antivénérienne seront donnés avec plaisir par le bureau, 63, rue St-Gabriel, Montréal.

DIVISION DES MALADIES VENERIENNES

du Service Provincial d'Hygiène de la province de Québec :

Dr. A. H. DESLOGES, Directeur — Dr. J. A. RANGER, Asst. Directeur.

HYGIENE SOCIALE

TUBERCULOSE
Dr. ALBERT JOBIN.

Dans le numéro précédent nous avons énuméré les modes de propagation de la tuberculose. Dans le présent numéro, nous en étudierons la prophylaxie.

Le tuberculeux n'est pas toujours dangereux pour son entourage. Il ne le devient que lorsque ses lésions tuberculeuses sont ouvertes. Ces dernières émettent en effet des bacilles qu'il faut détruire. En pratique, cette destruction s'adresse à peu près aux seuls bacilles d'origine pulmonaire, i-e. ceux des crachats.

Pour faire cette prophylaxie, il faut donc de toute nécessité faire le diagnostic bactériologique. Seul le laboratoire peut dire si une tuberculose est ouverte ou fermée, autrement dit si le tuberculeux est contagieux ou non.

* * *

Destruction des crachats:—Il importe de détruire les crachats dès leur émission. Car après leur dessiccation, alors que les poussières chargées de crachats desséchés sont virulents, la chose n'est pas aussi facile. Pour cela que faut-il faire?

1°.—Défense absolue de cracher à terre, à plus forte raison pour les tuberculeux.

2°.—Le tuberculeux crachera dans un crachoir personnel en carton qu'il détruira après usage, ou dans un crachoir en métal, en verre ou en porcelaine, qu'il stérilise après en avoir détruit le contenu, ou encore dans des linges qu'il brûle ensuite.

Deux précautions sont à prendre au sujet des crachoirs, personnels ou collectifs. D'abord il faut qu'ils aient leur couvercle, afin d'empêcher les mouches de venir s'y nourrir. Ensuite il faut qu'ils contiennent un liquide désinfectant, afin que les crachats ne deviennent jamais secs.

Il est bon de savoir que toutes les substances désinfectantes ne sont pas capables de détruire le bacille de Koch, dont la résistance est considérable. Dans les crachats le bacille, est enveloppé de mucus et de sécrétions bronchiques, mélangé à des substances albuminoïdes que certains désinfectants ont la propriété de coaguler. L'enveloppe protectrice, qui en

résulte, empêche le désinfectant d'atteindre le microbe qui conserve toute sa vitalité. On ne devra donc jamais employer pour la désinfection des crachats des substances qui coagulent les matières albuminoïdes, tel que le sublimé.

Les antiseptiques les plus généralement efficaces sont :

Le lysol à 10%—Le crésylol-sodique à 5%—La lessive (soude ou potasse) à 10%—L'eau de Javel à 10%—La chaux vive.

A propos de cette dernière substance, il est bon, au préalable d'émulsionner les crachats avec du lait de chaux, avant d'ajouter le morceau de chaux vive. Sous l'action de l'eau, celle-ci dégage une chaleur qui atteint un degré de 212°F., ce qui est suffisant pour tuer le bacille tuberculeux.

Si l'on veut réussir avec le *lysol*, il faut laisser les crachats en contact intime avec cette substance pendant 24 heures au moins.

L'hypoclorite de chaux, vu son prix modique serait à recommander. Mais il a l'inconvénient de s'altérer facilement, de ne pas se mêler intimement avec les crachats, et surtout de dégager une odeur de chlore fort désagréable pour le malade, et pouvant provoquer des quintes de toux.

De même le formol ne peut être employé auprès des malades, à cause de son action irritante sur les différentes muqueuses.

Le *lusoforme*, qui est un formol saponifié, grâce à sa réaction alcaline qui lui permet de dissoudre les crachats, possède une action puissante sur le bacille tuberculeux. On l'emploie à la dose de 5%.

Le *crésyl*, à 5%, désinfecte fort bien les crachats.

On stérilise les crachats en les faisant bouillir dans de l'eau.

Malgré toutes les précautions, les bacilles ne seront pas tous détruits après leur émission. Malheureusement les poussières des appartements de tuberculeux contiennent des germes virulents et en grande abondance. Il faudra donc interdire le balayage à sec, et n'avoir recours qu'au balayage humide.

Là ne se borne pas la prophylaxie de la tuberculose. La désinfection des objets souillés, au cours de la maladie, est de première importance. Il importe de stériliser avec grand soin tout ce que le tuberculeux a pu souiller : ustensiles, mouchoirs, lingerie, literie, livres, vêtements, etc. C'est surtout la chaleur qui doit être recommandée comme agent destructeur des bacilles. On ne s'adressera pas aux désinfectants gazeux (acide sulfureux, aldéhyde formique) qui peuvent évidemment opérer la désinfection mais très lentement, et encore à condition que la température du gaz désinfectant soit élevée. Autrement c'est illusoire. On fera le *buandage* des linges, mouchoirs etc. Avant le buandage, il faut les laisser tremper

dans une solution de lysol à 2%. Il faut au moins 10 minutes d'ébullition pour tuer le bacille de Roch.

La literie, les vêtements seront désinfectés à l'étuve municipale.

Pour faire la désinfection parfaite de l'appartement, on fera des lavages ou mieux des pulvérisations abondantes de sublimé à 1%. On se souviendra toutefois que les bacilles de Koch sont plus résistants que les autres. Pour les lavages des planchers et des surfaces, il faudra toujours additionner le sublimé de chlorure de sodium, à raison de 20 grammes par litre. Car le sublimé tout seul forme des albuminates qui nuisent à l'action des antiseptiques sur les bacilles.

Pas besoin de signaler la nécessité de détruire les mouches, et encore mieux d'en préserver les locaux habités par les tuberculeux.

* * *

Dans les lignes précédentes nous avons dit les moyens de prévenir la contagion dans les familles; nous allons maintenant indiquer quelques-uns des moyens de préservation pour le grand public.

Ainsi dans les chemins de fer, dans les chars électriques, dans les théâtres, les églises, les salles publiques et même dans les rues, la prophylaxie devrait être active. On devrait lutter contre le crachat, par la multiplicité des défenses de cracher, par le balayage humide, la suppression des tapis et des housses dans les wagons, la désinfection quotidienne des wagons, la multiplication de water-closet et des lavabos, l'aération des théâtres, etc.....

Pour la protection des blanchisseuses, les familles devraient faire bouillir toute lingerie à l'usage des tuberculeux, avant de les envoyer à la buanderie. Ce sera l'oeuvre des infirmières visiteuses, dans les familles pauvres, de leur montrer la nécessité de cette précaution.

Bien que la tuberculose bovine ne soit l'agent de la tuberculose humaine que dans une faible proportion, cependant il est sage d'exiger que toute vache laitière soit soumise au préalable à l'épreuve de la tuberculine. Cette épreuve devrait être faite une fois par année de même que l'inspection des étables.

* * *

Au dernier congrès international de tuberculose tenu à Paris en 1920, voici quel fut le plan de campagne adopté dans la lutte contre la tuberculose.

- 1°.—Education sanitaire des médecins et du public;
- 2°.—Enquêtes sur le nombre de tuberculose latentes et d'infections graves;
- 3°.—Statistiques de mortalité et des différentes localisations de la maladie;
- 4°.—Dispensaires;
- 5°.—Sanatorium, hôpitaux.
- 6°.—Préventorium.

Education sanitaire.—Cette campagne d'éducation sanitaire vise d'abord à atteindre tous les médecins. Il importe en effet que les praticiens se joignent au mouvement de lutte contre la tuberculose. Car leur rôle est considérable; et ils se doivent à eux-mêmes de participer au programme général de la lutte antituberculeuse. A cette fin, un comité central leur sert des publications qui les tiennent au courant des études cliniques et prophylactiques.

L'éducation du public devra atteindre toutes les classes de la société. Dans ce but, en France et aux États-Unis surtout, on a organisé plusieurs équipes dont l'objet est de faire des tournées dans les différents départements. Chacune de ces équipes a le personnel voulu pour faire des conférences, installer une exposition anti-tuberculeuse, et donner des vues cinématographiques. Dans ces réunions on distribue à chaque personne présente, ainsi qu'aux écoliers, des imprimés, des brochures, des tracts éducationnels sur la tuberculose, l'hygiène et la puériculture.

En 18 mois, quatre équipes françaises ont touché au-delà de 600.000 personnes et distribué un million et demi d'imprimés.

Cette propagande éducatrice, inaugurée aux États-Unis, avec l'établissement de dispensaires, a déjà donné de beaux résultats. Ainsi pendant les 10 années (1910 à 1920), la mortalité générale par tuberculose (toutes formes) a diminué de 29 pour 100, aux États-Unis soit de 160.3 à 114.2 décès par 100.000 habitants :

A Paris, 33 dispensaires appartiennent actuellement à l'Office, dont 21 à Paris, 12 dans la banlieue; 10 dispensaires privés sont en liaison avec le Bureau Central. En Septembre 1922, plus de 20,000 malades avaient été inscrits et suivis, plus de 13,000 tuberculeux avaient été diagnostiqués, dont 2.1/16 tuberculeux contagieux. Actuellement 9 à 10,000 consultations par mois sont données, et 12 à 13.000 visites à domicile sont faites, chaque mois par les visiteuses.

Cette campagne est déjà commencée dans la Province de Québec, grâce à la générosité du gouvernement. Nul doute que les autorités en

charge de cette propagande ne manqueront pas de la pousser avec une extrême vigueur surtout chez les enfants à l'école, parce que là est le moyen le plus sûr de déraciner les croyances et les préjugés populaires.

L'enfant bien catéchisé, est le plus sûr moyen de pénétration familiale.

* * *

Enquêtes :—Qu'il soit de première importance de connaître le nombre des victimes de la tuberculose, latente ou active, rien de plus vrai. C'est un excellent stimulant de lutte. Qu'il soit important de connaître les foyers, ou les classes sociales où sévit le plus cette terrible maladie, rien de plus indispensable pour travailler effectivement. Mais... il y a un mais....pour cela, il faut la déclaration de tous les cas de tuberculose.

Hélas ! bien que la loi l'exige, la chose est pour ainsi dire impossible, avec notre mentalité. Du reste, il n'y a pas trop de reproches à adresser à nos compatriotes, c'est ainsi de par le monde entier. On ne déclare pas en général les cas de tuberculose. Et pourtant la chose est nécessaire.

Quel moyen faudrait-il donc prendre pour arriver à quelque chose de pratique ? On a proposé un moyen terme, qui semble bon, c'est celui de la déclaration anonyme. Cette dernière forme aurait, paraît-il, donné des résultats satisfaisants dans les pays où elle a été mise en pratique.

Nous devrions en faire l'essai dans notre province. Ce serait mieux que de garder dans nos statuts une loi qui est à l'éclat de lettre morte.

* * *

Dispensaires :—Le dispensaire, voilà bien une des armes les plus offensives pour lutter contre la tuberculose dans les villes. C'est le véritable instrument de prophylaxie anti-tuberculeuse. C'est un *préventorium*. C'est le centre d'action par excellence.

Le principe est le suivant : créer une consultation spéciale pour les tuberculeux d'une ville, les dépister et les y attirer. Dès que ces tuberculeux sont inscrits, examiner leurs crachats pour distinguer ceux qui sont contagieux de ceux qui ne le sont pas.

Un bon moyen d'attirer la clientèle est le suivant : la plupart de ces dispensaires en Europe ne font que le diagnostic et la prophylaxie. Ce mode d'action leur a reconcilié le corps médical. Le médecin traitant est alors averti par le dispensaire du résultat de l'examen de son malade. Ensuite ne sont admis comme clients réguliers au dispensaire que les malades pauvres porteurs d'un certificat *ad hoc* de son médecin habituel.

L'infirmière-visiteuse suit à domicile tous les malades, et fait rapport au dispensaire. C'est le dispensaire qui désigne encore les malades qui doivent bénéficier de l'hospitalisation, soit pour le traitement des tuberculeux curables, soit pour l'isolement des malades dangereux.

Le dispensaire est en somme une oeuvre d'hygiène, de préservation, d'éducation bien plus que de cure. En effet tout tuberculeux du dispensaire, reconnu contagieux, est tenu de prendre les précautions suivantes: obéir à l'infirmière, cracher dans un crachoir spécial et l'ébouillanter journellement, ou le brûler quand c'est possible, apporter régulièrement son linge au dispensaire dans des sacs pour le faire laver et désinfecter là, laisser laver et désinfecter son appartement au moins une fois par mois, soumettre toute sa famille à la plus grande propreté, accepter l'éloignement des enfants à la campagne.

* * *

L'infirmière-visiteuse complète le médecin du dispensaire. C'est lui, le médecin qui a la parole pour faire le diagnostic et prescrire le traitement. C'est elle, son auxiliaire, qui doit le renseigner sur les conditions matérielles et morales de l'individu.

En effet le rôle de la visiteuse n'est pas celui de garde-malade, d'infirmière soignante, mais bien celui de monitrice d'hygiène ayant un but bien défini: dépistage des tuberculeux, assistance sociale des tuberculeux et à sa famille, éducation prophylactique.

Le rôle essentiel que va jouer la visiteuse sera au foyer du malade: apprendre au malade comment et pourquoi il est contagieux, par quels moyens il peut éviter de contaminer son entourage; autrement dit faire l'éducation prophylactique du malade et de sa famille: ce sera sa première mission.

La surveillance du cracheur de bacilles devra s'étendre non seulement à la famille du malade, mais dans les rapports de ce dernier avec ses concitoyens pour éviter les contaminations au dehors, dans les lieux publics, les ateliers, les écoles, les bureaux. Cette surveillance est très facilitée par la création du "*ficher*" contrat médical qui peut renseigner à tout moment sur les séjours, mouvements, changements de résidence des tuberculeux.

Le rôle principal de la visiteuse est donc celui d'une éducatrice en prophylaxie tuberculeuse; elle doit, parmi les masses populaires où son action s'exerce, remplir l'office d'un véritable agent ambulant d'éducation sanitaire. Cela est si vrai qu'on considère la visiteuse comme la cheville ouvrière du dispensaire.

Aussi ce qu'il importe avant tout, c'est d'avoir, non pas des visiteuses quelconques, mais des infirmières de carrière, instruites et parfaitement conscientes de leur rôle qui est capital dans la lutte anti-tuberculeuse. Elles doivent garder le caractère d'une élite, autant en ce qui concerne leur formation que pour l'exercice de leur profession. Il est certain que, dans bien des cas, l'oeuvre anti-tuberculeuse ne vaudra qu'en proportion de la valeur et de l'activité de l'infirmière visiteuse. On ne saurait donc trop s'efforcer de leur assurer d'abord la formation nécessaire, ensuite la situation matérielle et morale qui leur permettra d'accomplir au mieux la tâche si importante qui leur est assignée.

* * *

Hôpital.... Sanatorium:—L'isolement des tuberculeux s'impose comme une nécessité impérieuse. Telle est l'opinion de l'Académie de Médecine en date du 2 Février 1918. Depuis, les pouvoirs publics s'efforcent de réaliser cet isolement, soit par l'affection de salles ou de pavillons spéciaux dans les hôpitaux, soit par l'ouverture d'hôpitaux et de sanatoriums spéciaux. Le Conseil Municipal de Paris a voté 5,000,000 de francs pour la construction de baraquements pour l'isolement des tuberculeux.

C'est dire qu'on est revenu du "*sanatorium*", tel qu'on le concevait autrefois, destiné tout au plus à ne recevoir qu'un petit nombre de malades, et par conséquent destiné à ne jouer qu'un rôle bien inférieur dans une campagne contre la tuberculose. Ces sanatoriums qui ne recevaient que les riches *pré-tuberculeux*, ne semblaient produire que l'effet d'un jet d'eau sur une forêt en flammes.

Aussi au congrès international de tuberculose, tenu à Paris en 1920, et auquel prirent part des délégués de plus de 40 pays différents, l'on ne s'est pas gêné pour parler de la faillite de cet organisme, et pour affirmer que le sanatorium a englouti des sommes considérables que ne justifient pas les résultats obtenus. Aussi ce congrès a-t-il fait sienne l'idée de l'Académie de médecine, à savoir *d'isoler* les tuberculeux dans les hôpitaux.

* * *

Préventorium:—C'est le nom par lequel on désigne le moyen de préserver l'enfance exposée à la tuberculose. "Quand la tuberculose sévit dans un logis étroit, et frappe le père ou la mère, la contagion des enfants est presque fatale, et j'ai pensé que le meilleur moyen de lutter contre la tuberculose était de lui enlever sa proie."..... Ainsi s'exprimait Gran-

cher; et c'est sous l'inspiration de cette idée directrice qu'il a fondé son oeuvre, qui porte son nom. En deux mots, l'oeuvre de Grancher consiste à envoyer à la campagne, dans les familles choisies, sous la surveillance de bons praticiens, des enfants de familles tuberculeuses, âgés de 3 à 10 ans. Ils y restent jusqu'à l'âge de 13 ans, et souvent y font souche.

"Formule idéalement simple et scientifique!" ajoute Grancher. Elle est pour l'enfant la meilleure que l'on puisse opposer à l'envahissement du fléau tuberculeux.

Médicalement: cette formule donne une solution complète et radicale;

Socialement: l'enfant devient un être nouveau physiquement et moralement. Il arrive plein de vigueur au seuil de l'adolescence, et peut alors choisir entre la vie des champs et le retour à la ville.

La préservation de ces enfants, condamnés presque fatalement à devenir tuberculeux, supprimera pour l'avenir autant de foyers de contagion, et diminuera progressivement le champ de la tuberculose.

L'oeuvre de Grancher, quoique simple, n'est pas toujours d'une réalisation facile, surtout dans notre province, où les enfants abondent dans nos familles campagnardes. Espérons que nos autorités civiles et religieuses trouveront la solution de ce problème un peu difficile: "la préservation des enfants de tuberculeux".

* * *

Logements salubres:—La malpropreté du logis, la misère et l'alcoolisme, voilà bien, il me semble une trinité qui siège généralement au foyer du tuberculeux. Née du paupérisme et de la mauvaise hygiène, la tuberculose conduit au paupérisme et au manque d'hygiène. C'est un cycle terrible.

Une famille ouvrière, dont le chef est tuberculeux, est une famille socialement atteinte; ses sources de résistance sont taries. De nouveaux cas de tuberculose vont se produire.

La mauvaise alimentation, le logement insalubre et le surpeuplement de l'habitation sont sans aucun doute des facteurs intenses de bacillose.

La tuberculose est en effet, et avant tout, la maladie de l'obscurité. La lumière représente un des agents physiques qui influencent le plus le bacille.

Lorsque l'on expose des tubes de culture de tuberculose à la lumière solaire, les bacilles sont plus ou moins rapidement détruits. Les cultures sont-elles laissées à la lumière des laboratoires ou même à la lumière diffuse, la virulence des bacilles est extrêmement diminuée.

Un logement infecté par la tuberculose est donc peu dangereux lorsque le soleil y pénétre; sa nocivité est indiscutable s'il est obscur. C'est ce qui faisait dire à Duclaux: "Là où pénètre un rayon de soleil, il y a des millions de cadavres de microbes.

La tuberculose étant l'hôte presque obligé des maisons insalubres et surpeuplées, l'Etat se doit à lui-même de faire disparaître les taudis, et de les remplacer par des logements salubres.

Quant au paupérisme, compagnon fidèle de la tuberculose, on ne peut pas prétendre le faire disparaître. Il y aura toujours des pauvres parmi nous, a dit quelqu'un qui savait ce qu'il disait. Seulement on devrait chercher à en diminuer le nombre. Et dans mon humble opinion, un, bon moyen serait de maintenir chez les ouvriers les salaires élevés. L'ouvrier, mieux payé, se loge mieux, se nourrit mieux, se soigne mieux, et par conséquent résiste mieux à l'infection tuberculeuse.

J'ai déjà, dans un précédent numéro, fait connaître mon sentiment au sujet de l'alcoolisme, qui est la plus grande source de nos misères sociales, notamment, la tuberculose. Aussi, on aura beau créé des commissions et organisé des congrès, on aura beau fondé des Sanatoriums et des dispensaires, on aura beau faire une propagande anti-tuberculeuse, fort de l'autorité de Huchard, je n'hésite pas à dire: "On n'aura rien fait tant que l'on n'aura pas agi contre l'alcoolisme.

ALBERT JOBIN.

PROSTHÉNASE

GALBRUN

SOLUTION ORGANIQUE TITRÉE DE FER ET DE MANGANÈSE
Combinés à la Peptone & entièrement assimilables

NE DONNE PAS DE CONSTIPATION

ANÉMIE — CHLOROSE — DÉBILITÉ — CONVALESCENCE

DOSES QUOTIDIENNES : 5 à 20 gouttes pour les enfants ; 20 à 40 gouttes pour les Adultes

Échantillons et Littérature : Laboratoire GALBRUN, 8 et 10, r. du Petit-Hôtel, PARIS.

Dépôt général pour le Canada: Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.

LA CUTI-REACTION A LA TUBERCULINE

" SA VALEUR "

L'emploi de la réaction cutanée à la tuberculine se généralise de plus en plus, et cette année maints auteurs ont discuté ce qu'on en peut attendre.

Le procédé, dont M. Jousset a récemment précisé la technique, est si simple! Inoculation par incision au vaccinostyle de tuberculine *brute* dite des vétérinaires; incision témoin sans inoculation; au bout de 48 heures, lecture du résultat qui, si la réaction est positive, est plus caractéristique encore par l'infiltration cutanée que par la coloration, et doit laisser des traces pendant 10 à 15 jours.

Sa valeur diagnostique, sa valeur pronostique, voire même sa valeur thérapeutique ont été discutées dans de nombreux travaux, notamment par M. Jousset, M. Nobécourt, M. Debré, etc. Cette méthode rapide et simple peut-être utilement employée non seulement au point de vue clinique, mais dans le domaine de l'hygiène et de la prophylaxie.

Le prof. Nobécourt affirme que les méthodes du tuberculino-diagnostic permettent la certitude chez les tout jeunes enfants.

Toute réaction *positive*, dit-il, indique, d'une manière certaine, que le *nourrisson* a été infecté par le bacille à une période quelconque de sa courte vie. Contrairement à ce qu'avaient pensé certains auteurs, seule une infection par le bacille de Koch détermine une réaction tuberculinique.

Par contre, une réaction *négative* ne permet pas de conclure, d'une façon aussi catégorique, à l'absence de tuberculose.

D'autre part, il est bien connu que, dans la cachexie et dans la période terminale, la faculté de réagir à la tuberculine faiblit et finit par disparaître, et enfin qu'au cours d'un certain nombre de maladies infectieuses (grippe, rougeole, coqueluche) on peut observer la suspension des réactions tuberculiniques.

En prenant la précaution de répéter les cuti, en tenant compte de l'état cachectique et des maladies anergisantes, on peut dire que la cuti-réaction a une valeur presque absolue pour confirmer ou écarter le diagnostic de tuberculose chez un nourrisson.

Nous lisons dans le "Journal des Praticiens" (7 Juillet 1923), sous la signature du Dr Alphonse Guérin, les lignes suivantes sur la cuti-réaction.

Je sais bien que la cuti-réaction a perdu toute sa valeur diagnostique. La sensibilité même et le fait que tout malade suspect de tuberculose même à un degré minime et cliniquement inexistant, réagit à la tuberculine, semble enlever toute nature aux réactions. C'est ainsi que tel malade ayant eu autrefois un ganglion tuberculeux cicatrisé réagit à la tuberculine. Autrement dit tout le monde réagit à la tuberculine, et on admet généralement que cette réaction n'a de valeur que chez le nourrisson.

Chez l'adulte on ne lui accorde qu'une valeur pronostique, et loin d'accorder une importance diagnostique, à une cuti-réaction positive, on admet au contraire que son absence a une valeur pronostique grave : un tuberculeux avéré qui ne réagit pas à la tuberculine doit être considéré comme ayant perdu ses réactions de défense.

Pourtant l'observation nous a montré que l'on pouvait attendre beaucoup de la cuti-réaction si l'on se soumettait à des règles précises, et qu'elle pouvait avoir non seulement une signification pronostique mais une valeur de diagnostic très précieuse.

Pour cela il faut n'employer que la tuberculine mère à usage vétérinaire et non la tuberculine diluée du commerce. La façon de faire la cuti-réaction a une importance sur laquelle on ne saurait trop insister et c'est la façon défectueuse de faire cette cuti-réaction qui a conduit à ces interprétations qui nous paraissent erronées sur sa valeur clinique.

Quand on dit que tout le monde réagit à la tuberculine, on ne tient pas compte de la nuance des réactions, et c'est ce qui importe dans la question.

On accuse la méthode de ne rien valoir parce qu'elle est trop sensible : ce n'est pas la méthode qui est déficiente, il faut accuser la brutalité de l'expérimentateur. En effet faire des scarifications vives a semblé une mauvaise méthode d'expérimentation.

Voici comment nous opérons : avec une seringue de Pravaz préalablement trempée dans la tuberculine mère, nous faisons à la racine du membre trois piqûres légères comme pour un vaccin. La piqûre doit être assez profonde pour intéresser tout l'épiderme de façon à ce que quelques secondes après la piqûre, apparaisse un point rouge, une rosée sanguine.

Huit jours après on observe les résultats de cette cuti-réaction.

Quatre cas peuvent se présenter :—

1°.—La réaction a l'étendue d'un grain de millet ;

2°.—La réaction est grande comme une pièce de 50 centimes et uniformément rosée ;

3°.—La réaction est papuleuse faisant une saillie sous le doigt et la saillie est visible;

4°.—La réaction forme une *sorte de cocarde* à périphérie rose et à centre plus lustré.

Toutes les fois que l'on observera en se conformant à ces règles d'examen, une cuti-réaction présentant les deux derniers caractères, on pourra affirmer que la tuberculose est cliniquement appréciable.

En résumé il ne faut donc pas dire grossièrement la cuti-réaction est positive ou négative, en se contentant des scarifications.

Mais il faut au contraire partir d'un point, d'une simple piqûre vaccinale et dire la cuti-réaction est positive à l'indice 1 ou l'indice 2, *c'est-à-dire négative*. Elle est positive à l'indice 3, c'est-à-dire elle est partiellement positive. Elle est positive à l'indice 4, on observe "*la cocarde*", c'est-à-dire qu'elle est franchement positive.

En deux mots il faut observer les nuances de réactions dans une cuti-réaction comme les nuances d'hémolyse dans une réaction de Bordet-Wassermann.



REGYL

DYSPEPSIES GASTRALGIES

à base de peroxyde de magnésium et de
chlorure de sodium organique

Rebelles aux traitements ordinaires
8 fr. 50 LA BOITE POUR UN MOIS.

Echantillons gratuits à MM. les Docteurs

Laboratoires FIÉVET
53, rue Réaumur, PARIS
Dépôt : MONTREAL, 820, Saint-Laurent.

LE DISPENSAIRE

"CE QU'IL NE DOIT PAS ETRE"

Un point souvent délicat du fonctionnement du dispensaire a été et est encore la collaboration avec les médecins du quartier. La fonction principale est le dépistage des tuberculeux avérés par un diagnostic rigoureux et précoce. Et la règle du médecin du dispensaire est de renvoyer tout malade non indigent, les conseils d'hygiène étant donnés, le diagnostic étant précisé, à son médecin traitant.

Ce diagnostic est l'opération fondamentale du dispensaire et comme le point de départ de toute son action. Il est évident que si le dispensaire conserve indéfiniment parmi ses "*inscrits*" des sujets qui ne sont pas tuberculeux, non seulement il alourdit son fonctionnement, mais encore, et c'est sur ce point que nous désirons insister, il est susceptible de nuire aux intérêts légitimes du praticien.

Or il n'est pas douteux que trop de malades restent inscrits alors qu'aucun des tests, sur lesquels doit être actuellement fondé le diagnostic de tuberculose, ne permet de les considérer comme atteints de cette maladie. Trop de malades y sont maintenus avec des diagnostics insuffisamment motivés de tuberculose fermée, voire même de pleurite du sommet ou de sclérose, basés sur de simples anomalies, d'ailleurs minimes et inconstantes, de la respiration ou du poumon, alors même que l'examen répété des crachats et la cuti-réaction restent négatifs, et que l'état général ne subit aucune altération.

Que d'anémiques, prétendus pré-tuberculeux, que de scrofuleux, que de lymphatiques, que d'enfants rachitiques, ou maigres ou mal bâtis, figurent sur la liste du dispensaire sur le prétexte d'une prédisposition constitutionnelle à la tuberculose pulmonaire.

La place de ces enfants-là est partout ailleurs que dans ces dispensaires.

D'autre part voici un sujet qui annonce un léger fléchissement de sa santé et dont l'histoire "ancienne" relate une hémoptysie. Vite on le garde au dispensaire "en observation"; et ce malade reste indéfiniment classé sous cette rubrique commode peu compromettante. Lui arrive-t-il dans la suite d'avoir une angine, un simple coryza, il s'empresse de retourner au dispensaire où il est inscrit pour se faire soigner "*in forma pauperis*".

Cela ne doit pas être, car le médecin praticien se trouve ainsi frustré d'une consultation qui, logiquement eût dû lui revenir.

"En effet, la plupart de ces malades ne sont nullement des tuberculeux même "*fermés*", encore moins des "*prédisposés*"; ce sont le plus souvent des malingres au thorax mal venu, des insuffisants de la respiration nasale, des dyspeptiques, des cardiaques, ou même de simples névropathes. Encore une fois la place de ces sujets n'est pas au dispensaire, ils doivent en être rigoureusement éliminés.

Enfin, en ce qui concerne les enfants, l'étiquette d'adénopathie-trachéobronchique n'est-elle pas l'occasion d'une prise en charge définitive au dispensaire; et cela sans aucune preuve manifeste de tuberculose. Or ce diagnostic d'adénopathie tuberculeuse bronchique paraît souvent porté avec une générosité surprenante alors même qu'aucune notion de contact infectant ne le rend vraisemblable et que l'examen radiologique, qui semble être en la matière le seul critérium, ne révèle aucune ombre ganglionnaire avérée du hile ou du médiastin. La plupart de ces enfants sont des débiles ou des dystrophiques entachés de syphilis, des adénoïdiens, parfois des insuffisants glandulaires. Ces enfants doivent aussi être renvoyés à leur médecin de famille qui, par un traitement spécifique ou opothérapique judicieux, leur rendra les plus grands services.

En un mot, le dispensaire d'hygiène sociale ne doit être ni une "poly-clinique, ni une simple consultation médicale". Il ne faut pas non plus que ce dispensaire ait tendance à accaparer, sans aucune utilité pour le but qu'il se propose, et sous le couvert de diagnostics peu précis, tous les malades qui s'y présentent.

Bref, le rôle du dispensaire est de dépister les tuberculeux avérés et d'éliminer les non-tuberculeux. Et pour cela, il est indispensable que le dispensaire ait à sa tête un médecin spécialisé ne faisant pas de clientèle. D'abord ce dernier pourra consacrer tout son temps pour faire un diagnostic précis, et faire le partage des tuberculeux et des non tuberculeux, ce qui demande souvent plusieurs auscultations et plusieurs examens. Ensuite parce que ce médecin qui ne fait pas de clientèle sera plus indépendant pour renvoyer ceux qui ne sont pas justiciables d'un pareil dispensaire. Car il ne faut pas qu'un bon nombre de personnes aiment ces dispensaires à raison de la gratuité de leurs services.

Ainsi la nécessité de confier la direction du dispensaire à un médecin spécialisé, apparaît une fois de plus comme la solution la plus conforme aux intérêts du praticien.

Est-ce à dire, pour tout cela, qu'il faille tenir en suspicion les dispensaires anti-tuberculeux? Oh! non! loin de là. Les services qu'ils sont

appelés à rendre dans la lutte anti-tuberculeuse sont trop importants pour qu'il n'y ait une union de tous les médecins à ce sujet.

Le dispensaire, comme on l'a déjà dit, a pour but le dépistage des tuberculeux. Loin de nous la pensée que seuls les médecins du dispensaire sont capables de poser le diagnostic de tuberculose pulmonaire. Non. Seulement au dispensaire, grâce au laboratoire qui permet de faire l'analyse des crachats, grâce à l'épreuve de la cuti-réaction tuberculinique, grâce surtout à la radiographie, on peut plus facilement dépister une tuberculose commençante ou évolutive.

En raison des affections des voies aériennes supérieures et de leur répercussion sur l'arbre bronchique, la collaboration d'un spécialiste en oto-rhino-laryngologie est très importante. Et beaucoup de ces prétendus tuberculeux guérissent par la désinfection du sinus maxillaire, l'ablation d'un cornet, de végétations adénoïdes ou d'amygdales hypertrophiées. Les bronchites aiguës ou chroniques sont souvent dues à un coryza aigu ou chronique.

RESPIRATION PROFONDE

Le Dr Joland a écrit dans "Paris Médical" (12 août 1922), un article des plus intéressants sur la respiration profonde. Nous en publions quelques extraits.

Une des objections les plus sérieuses que l'on oppose à la méthode suédoise, dit-il, est celle qui a trait à l'abus que font ses adeptes de la respiration. Les exercices physiques, dit-on, suffisent à provoquer la respiration. Et faire inspirer de l'air, dont l'oxygène n'est pas utilisé dans une augmentation des combustions intramusculaires, est une erreur.

Eh bien ! Pour ma part, m'occupant surtout d'enfants chétifs ou déformés, d'adolescents scoliotiques, de jeunes gens insuffisamment développés, j'ai été amené, par expérience, par la constatation des résultats, à exagérer encore cette tendance... suédoise(?). J'abuse des mouvements respiratoires et je fais toujours suivre tout exercice un peu pénible de deux ou trois respirations.

Le poumon ne sert pas seulement aux échanges gazeux, bien que ceux-ci aient une importance primordiale. Sa physiologie est fort complexe. Si le rôle des ferments qu'il contient est encore assez obscur, son action sur les substances toxiques est bien établie : il élimine les poisons

volatifs; il agit aussi, probablement par oxydation, sur un grand nombre de substances fixes. Le poumon est également capable de détruire les microbes introduits par la respiration ou charriés par le sang. Or, ce haut pouvoir bactéricide, cette action antitoxique qui le rapproche du foie, exigent, pour se manifester pleinement, que le poumon reçoive librement de l'air oxygéné.

"Les mouvements généraux, les exercices physiques, a dit Rosenthal, n'ont aucune action exagératrice de l'ampliation thoracique". Aussi cet auteur en fait faire de moins en moins, et prescrit beaucoup de mouvements passifs.

Le développement du thorax est certainement facilité, hâté par les exercices respiratoires spécialisés. Si "la gymnastique de développement doit avoir pour but, par le travail systématique des muscles, leur développement qui entraîne celui du squelette" (de Champtassin), il apparaît comme nécessaire de faire aussi des exercices spéciaux des muscles du thorax et des muscles respiratoires, principaux et auxiliaires. Dans la respiration ordinaire, peu de muscles interviennent; dans la respiration profonde, et dans cet exercice seulement, un grand nombre de muscles entrent en jeu avec énergie. Ces muscles ne se contractant pas si l'on se contente de la gymnastique générale, le développement du thorax sera moins rapide et moins parfait. "Chez les adénoïdiens sains, dit Rosenthal le thorax évolue moins rapidement vers un développement normal." Cela se produirait-il sans l'exercice de respiration? Suffirait-il, pour déclancher ce développement, de faire courir l'enfant, de le faire sauter, danser à la corde? Certainement, non! On voit tous les jours des adénoïdiens opérés, faire de la gymnastique générale, se livrer à des jeux sportifs, et conserver un thorax étroit et immobile.

Le développement du thorax, ainsi provoqué par des exercices spécialisés, se manifeste d'abord par une ampliation physiologique; puis, peu à peu, se produisent des modifications anatomiques de la cage thoracique, un élargissement antéro-postérieur et tranverse (Rosenthal). Il est logique de penser qu'après quelque temps d'une utilisation précoce et plus complète de l'appareil respiratoire, cet appareil "augmente de force, de dimensions et de rendement" (M. Faure). Sans songer à la possibilité de provoquer un accroissement squelettique anormal, reprenons le raisonnement d'Otabe. Imaginons deux frères ayant même constitution, élevés dans des conditions identiques. Quand ils auront treize ans, faisons de l'un un serrurier, de l'autre un acteur. Revoyons-les à dix-huit ans; les mains du premier ne seront-elles pas plus développées que celles du second? "J'ai remarqué, dit Otabe, que le développement général des muscles

et des os d'un thorax accoutumé à la respiration profonde, pratiquée matin et soir pendant plusieurs années, est plus grand que celui d'un thorax qui n'y a pas été soumis" (*Science and art of deep-brathing*, p. 50). Il en est de même des organes internes: un estomac qui ne prend que du lait est plus petit que celui qui reçoit une alimentation ordinaire.

Au surplus, une autre raison nous invite à développer le plus tôt possible, par l'exercice, la fonction respiratoire: c'est que la cause réelle des effets salutaires de ces exercices réside, non pas dans une augmentation de la quantité d'oxygène inspiré, mais dans les modifications de la pression thoracique et abdominale. La pression exercée par le diaphragme pendant l'inspiration, par les muscles abdominaux pendant l'expiration, pression transmise à tous les organes abdominaux, constitue déjà, pour les fibres nerveuses, une excitation salutaire. Mais il se produit des modifications plus importantes.

Lorsque, par une inspiration profonde, la pression thoracique devient négative, la cavité abdominale présente une pression positive. Le sang de l'abdomen coule alors dans le thorax avec une rapidité plus grande et la circulation du sang dans les organes abdominaux s'accélère. (Nous savons bien que la gêne circulatoire du poumon dans la pneumonie ou le pneumothorax produit l'hyperémie des organes abdominaux: foie, rate, intestin, etc., où la circulation est lente et si facilement entravée.)

Dans l'expiration profonde, lorsque la pression abdominale décroît, la pression thoracique augmente, et le sang qui avait été attiré dans le thorax pendant l'inspiration, reflue de nouveau dans la cavité abdominale. Ainsi les fonctions nerveuses et la circulation du sang dans les organes abdominaux sont stimulées et l'activité de ces organes s'accroît. Ceci explique l'effet salutaire des exercices de respiration dans le catarrhe chronique de l'estomac, de l'intestin, et dans beaucoup de maladies des organes abdominaux (Otabe).

L'exercice de respiration profonde produit donc une accélération du cours du sang. Or, cette accélération évite le dépôt des bacilles. Dans une rivière rapide, l'eau est pure; quand le courant est lent, les impuretés s'accumulent sur les bords.

Le poumon, dit notre confrère japonais, Otabe, n'a jamais qu'une expansion limitée; aussi, sa résistance, au lieu d'augmenter, diminue graduellement.

Cette gêne apportée à ses fonctions physiologiques, jointe à la structure compliquée de l'organe, structure qui oblige l'air inhalé à traverser, pour pénétrer jusqu'à l'alvéole, des tubes de plus en plus petits, explique

que, dans la respiration normale, l'air pur n'atteint pas le sommet, toujours rempli par l'air résiduel qui contient beaucoup d'acide carbonique et peu d'oxygène. Par suite, la différence de tension de ces gaz dans le sommet et dans le sang environnant est faible, et, en conséquence, l'échange gazeux y est insignifiant.

Le sommet du poumon n'est donc jamais assez ventilé; il est immobile; il ne s'exerce pas, ne fonctionne pas et, par suite, ne se développe pas comme les parties moyenne et basse, que l'air atteint directement. L'échange gazeux entre le sang et l'air inspiré s'opère surtout dans ces dernières parties; leur fonctionnement est plus actif et elles se développent mieux. Aussi, *a priori*, nous nous attendons à voir rarement la tuberculose débiter dans ces régions, surtout dans la partie moyenne, où le fonctionnement respiratoire et l'échange gazeux sont les meilleurs. Ce territoire sera plus résistant; la partie basse doit avoir une résistance moyenne, et le sommet constituera le point le plus faible. En effet, que voyons-nous en clinique? Le sommet est souvent atteint le premier par la tuberculose; la base l'est rarement; la partie moyenne, très rarement. Il semble donc qu'un échange gazeux actif empêche le développement des bacilles.

D'autres causes expliquent encore que le sommet résiste moins aux infections. Les vaisseaux sanguins y sont moins nombreux, et, par suite, cette région est toujours dans un état relatif d'anémie qui retarde son développement et la rend plus vulnérable. En outre, le courant sanguin et lymphatique y est plus lent, et cette lenteur prédispose à toute infection. Les bacilles qui ont pénétré dans le sang traversent les lobes moyen et inférieur où le cours du sang est rapide, et se fixent dans les vaisseaux du sommet.

La vulnérabilité de cette partie du poumon est bien établie par les statistiques de Turban et de Krebs (Otabe, p. 65). En tout cas, cette région est atteinte la première dans la plupart des cas, au moins 80 fois sur 100; et, si sur 100 phtisiques la maladie a débuté 80 fois par le sommet, ces 80 malades auraient été préservés par une résistance plus grande de cette partie de leurs poumons.

* * *

Affaibli par une longue maladie, et se croyant menacé de phtisie, Otabe âgé de treize ans, espère se défendre en aspirant une quantité d'oxygène suffisante pour brûler ses bacilles. Idée d'enfant! Il veut développer ses poumons par l'exercice, et quel exercice peuvent-ils exécuter, en dehors de la respiration? Il commence à treize ans, en 1900, la respiration profonde. Il en fait sur sa route vers l'école, en promenade, il en fait

même en rêve. Dès lors, il grandit et se développe ; son ampliation thoracique passe de 4 à 10 centimètres. Jusqu'à quinze ans, il pratique cet exercice quatre à cinq heures par jour. Il le conseille à ses amis ; l'un d'eux se laisse convaincre et augmente de 26 kilogrammes en dix-neuf mois. Un laboureur, maigre et débile, avait perdu son père, sa mère et deux frères, de tuberculose. Otabe (qui a seize ans) lui recommande la respiration profonde, et le laboureur ne quitte plus son travail. En 1911, Otabe, assistant de bactériologie à Tokio, conseille la respiration profonde à plusieurs tuberculeux, en choisissant ses cas avec soin, et il obtient des résultats encourageants. Désormais l'exercice de respiration devient au moins un adjuvant précieux dans presque tous ses traitements. Il le prescrit dans des cas de catarrhe gastro-intestinal chronique, dans la dyspepsie, la neurasthénie, la pleurésie, etc. Elle fortifie surtout, dit-il, les poumons et le cœur. Il nous cite le cas du professeur Futaki, commençant la respiration profonde alors qu'il était étudiant et débile, et devenant assez robuste pour gagner une course de 36 milles sur des concurrents en apparence plus vigoureux. Lui-même, Otabe, qui, atteint d'ostéomyélite de la cuisse, avait été couché de cinq à douze ans, réussit, à vingt-deux ans, l'ascension du plus haut pic du Japon (4000 mètres), aidant ses camarades qui grelottaient et souffraient de palpitations. Mais, si la respiration profonde pratiquée dix minutes matin et soir, produit déjà, en huit jours, des effets réels sur l'esprit et sur le corps, si elle fortifie ce dernier contre toutes les infections, Otabe y voit surtout le meilleur moyen de prévenir la tuberculose. Et le professeur Kitasato semble partager cette opinion. Par cet exercice, dit Otabe, les petites bronches et les alvéoles, dont l'élasticité est mise en jeu, se distendent et se contractent ; l'activité fonctionnelle s'accroît dans toutes les parties du poumon. Exercice approprié et ventilation suffisante sont favorables au développement du sommet. Le tissu pulmonaire deviendra vivace et résistant. Les bacilles qui y pénétreront seront enkystés ou rejetés par le fort courant d'air de l'expiration, seul capable d'ouvrir les angles aigus que forment entre elles les ramifications bronchiques et de chasser les bacilles accumulés avec les sécrétions au sommet de ces angles.

On savait, il y a plus de vingt siècles, que la respiration profonde donne la santé. Et cependant, ni la méthode de respiration, découverte il y a trois mille ans, dans le Brahmanisme, ni le "zazen", introduit plus tard par Bouddha dans sa religion, ne s'accompagnaient de mouvements capables de brûler l'oxygène ainsi inspiré. C'est, au contraire, dans le plus grand calme que les anciens pratiquaient ces procédés de respiration profonde qui entretenaient la vigueur de leur esprit et fortifiaient leur corps.

Non, nous ne ferons pas un crime à la méthode suédoise de faire une large place aux exercices respiratoires. Bien au contraire, nous voudrions les voir employés plus souvent encore, surtout chez les jeunes enfants, pour lesquels ils devraient constituer le seul exercice, en dehors des jeux. Nous voudrions les voir introduits dans les établissements d'instruction où, avant chaque classe, quelques respirations profondes amèneraient le calme dans les cerveaux et disposeraient à l'étude. Nous voudrions surtout les voir prescrits chez les convalescents, en particulier chez les enfants, et même au cours de beaucoup de maladies, qu'ils abrégeraient considérablement. Les professeurs dans les classes, les infirmières dans les hôpitaux, devraient savoir les faire exécuter.

L'INFECTION PAR LES GOUTTELETTES

La projection de gouttelettes d'origine bronchique, au cours des quintes de toux des tuberculeux, est, de beaucoup la cause la plus importante de contagion tuberculeuse, du moins chez les adultes qui ont une réaction positive à la tuberculine.

Les tuberculeux ne projettent des bacilles que pendant les fortes secousses de toux. La zone dangereuse ne s'étend pas au-delà de 80 c. m. de la bouche des tuberculeux.

Dans les pièces habitées par les tuberculeux, maisons, hôpitaux, dispensaires, il faut supprimer les balayages et les brossages à sec.

Pendant les secousses de toux, le tuberculeux doit se tenir à distance de ses voisins, (3 pieds à peu près) à une longueur de bras en moyenne; il doit baisser la tête et placer sa main ou son mouchoir devant sa bouche.

Les domestiques d'un *sanatorium* doivent porter un voile protecteur devant le nez et la bouche, quand ils trient le linge des tuberculeux et quand ils nettoient les tapis et les habits. Ces employés doivent être des personnes dont la cuti-réaction est positive. Ce sont des immunisés presque. Les sujets à cuti-réaction négative seraient trop sensibles à de minimes apports bacillaires qui sont à peu près inévitables dans un pareil milieu.

LA CONTAMINATION PAR LE LAIT.

La question de la propagation de la tuberculose par le lait est actuellement discutée devant l'Académie de Médecine. Aussi le Dr Calmettes s'y est élevé contre l'idée de ne pas se servir du lait de vaches présentant une cuti-réaction tuberculinique positive. En effet, si la tuberculose bovine n'est pas un facteur absolument négligeable de contamination pour l'homme, elle n'entre que pour une très faible part dans l'étiologie de la tuberculose humaine.

"Il est inadmissible, dit-il, de supprimer de la production laitière les vaches ne présentant aucune lésion tuberculeuse apparente ou cliniquement décelable et n'ayant pas de bacilles tuberculeux dans leur lait, uniquement parce qu'elles réagissent à la tuberculine."

Cette mesure réduirait d'un tiers la production laitière déjà insuffisante. La santé publique serait plus efficacement protégée par l'obligation de ne mettre en vente, surtout pour l'alimentation des enfants, que des laits privés de bacilles tuberculeux par l'ébullition.

CORPS THYROÏDE ET TUBERCULEUX

Dans *Paris Médical* (6 janvier 1923), les Drs P. Lereboullet et L. Petit écrivent ce qui suit :

"Les relations entre les états thyroïdiens et la tuberculose ont de longue date retenu l'attention. M. Couland a conservé à ce sujet une thèse tout à fait originale et intéressante. Il émet l'opinion, basée sur l'expérimentation et des constatations cliniques et nécropsiques, que l'hypothyroïdie semble plutôt contrarier le développement de la tuberculose, alors qu'un certain degré d'hyperthyroïdie aurait plutôt pour conséquence de diminuer la résistance à l'infection tuberculeuse.

Cliniquement, au cours des états thyroïdiens pathologiques, la tuberculose paraît peu fréquente.

Virchow, Hamburger, Betz avaient déjà remarqué que les goitreux deviennent rarement phthisiques, que même l'apparition d'un goître chez un tuberculeux ralentirait la marche de l'affection.

Les myxcoedémateux, non traités par l'opothérapie thyroïdienne, paraissent dans une large mesure, réfractaires à la tuberculose. Il en serait de même des basedowiens vieux, ce qui vient à l'appui des faits précédents si l'on considère le goître exophtalmique non comme une hyperthyroïdie, mais comme la conséquence d'une profonde déchéance thyroïdienne. Au contraire, le syndrome basedowien fruste qui, à la lumière des examens histologiques, semble être la conséquence d'un hyperfonctionnement de la glande, coexiste souvent avec la tuberculose.

Enfin dans certains cas d'hyperthyroïdie physiologique, au moment des règles chez la femme, au voisinage de l'accouchement, à la ménopause ou après l'ovariotomie, la résistance à l'infection tuberculeuse semble diminuer. De plus, M. Couland souligne l'effet déplorable produit par l'opothérapie thyroïdienne chez les tuberculeux, celle-ci, si elle est excessive, semblant, même chez les sujets sains, amener un fléchissement notable de l'allergie.

Inversement l'opothérapie ovarienne, qui paraît avoir une action modératrice sur la glande thyroïde, augmenterait la résistance à l'infection tuberculeuse.

TUBERCULOSE CONJUGALE

Le travail du Dr Paul Roussel aboutit à cette conclusion, un peu paradoxale, que, malgré la multiplicité des sources de contagion, cette contagion tuberculeuse est rare entre époux et ne se produit qu'après une longue cohabitation. Dans sa statistique elle est de 5.2 pour 100 dans l'ensemble, de 11.56 pour 100 dans les tuberculoses ouvertes.

La transmission paraît beaucoup plus fréquente du mari à la femme que réciproquement; c'est, selon M. Roussel, que, chez celle-ci, l'état allergique est souvent modifié physiologiquement par les règles, la grossesse, la puerpéralité, l'allaitement. L'anergie qui apparaît au cours de ces différents états met plus fréquemment la femme en état de réceptivité.

Lorsque la transmission se produit entre époux, elle est le plus souvent bénigne.

En revanche, les enfants se montrent extrêmement sensibles à l'infection tuberculeuse et sont contaminés dans une proportion minima de 25.02 pour 100 dans la statistique globale de Roussel, de 37.59 pour 100 au cas de tuberculose ouverte des parents.

La rareté de la tuberculose conjugale s'explique par l'immunité que des surinfections faibles et répétées confèrent à l'adulte à l'égard des contaminations légères de la vie courante.

Le prophylaxie conjugale reposera surtout sur l'isolement de l'époux bacillifère autant qu'on pourra le réaliser, tout au moins sur la séparation de lit, la discipline de la toux et de l'expectoration, une sage réserve sexuelle, et le maintien du bon état général du conjoint.

Enfin il ne faut pas oublier que la base de toute prophylaxie sérieuse repose sur la préservation rigoureuse de l'enfance contre la tuberculose.

On comprend quel rôle capital doit jouer le dispensaire dans cette lutte prophylactique.

(Lereboullet et Petit, dans "Paris Médical", 1-1923.)

QUE PENSER DU PNEUMOTHOROX ARTIFICIEL ?

L'indication du pneumothorox artificiel est ou une indication d'urgence ou une indication d'opportunité. L'indication *d'urgence* est réalisée dans les cas de phtisie à marche rapide et unilatérale, chez les malades porteurs d'une grosse cavité à suppuration abondante avec fièvre à grandes oscillations, ou bien présentant des hémoptysies abondantes, répétées, mettant leur vie en danger. Dans ces cas on ne doit pas hésiter, si les lésions sont unilatérales.

L'indication *d'opportunité* se présente dans les cas qui ne mettent pas immédiatement la vie du malade en danger, par conséquent dans les cas chroniques. Mais la condition essentielle à l'établissement d'un pneumothorax artificiel est l'intégrité du poumon opposé. Il faut aussi que du côté lésé il n'existe pas d'adhérences pleurales trop étendues, car par le pneumothorox partiel on n'obtient pas de résultat favorable.

Les résultats éloignés du pneumothorax dépendent du temps pendant lequel on peut continuer la compression. Si aucune complication ne survient obligeant à interrompre le traitement, pendant combien de temps doit-on la maintenir? La plupart des auteurs sont d'avis qu'il faut au moins trois ans et souvent davantage pour obtenir une cicatrisation réelle des lésions.

Le moment où le poumon reprend sa place est un moment critique. Il n'est pas rare de voir l'expectoration réapparaître, de retrouver les bacilles dans les crachats, et d'assister à une nouvelle évolution de la lésion obligeant à recommencer la compression, ce qui n'est pas toujours facile, les adhérences pleurales se constituant rapidement.

Le pneumothorox artificiel reste actuellement encore une méthode d'exception. Mais on peut espérer qu'avec le temps, les indications et la technique du pneumothorox étant mieux connues, on obtiendra des résultats plus encourageants.

(Lereboullet et Petit dans Paris Méd.)

A PROPOS DE TUBERCULOSE

MEDICATION

Les principaux médicaments sont :

1° les arsénicaux ; 2° les phosphates de chaux ; 3° les composés créosotés.

Voici de quelle façon, depuis plusieurs années, nous employons ces différentes médications.

Parmi les arsénicaux, nous nous sommes rendu compte que les éléments les moins congestifs et les mieux supportés sont les arséniate de soude et de strychnine. Nous les administrons d'après la formule suivante :

R. Arséniate de soude, 10 centigrammes,
Arséniate de strychnine, 10 centigrammes,
Acide phosphorique officinal, 10 grammes,
Alcool }
Glycérine } ââ 5 grammes,
Eau distillée, 30 grammes.

Vingt gouttes de cette solution représentent 2 milligrammes d'arséniate de soude, 2 milligrammes d'arséniate de strychnine et 20 centigrammes de solution d'acide phosphorique officinal. Ce complexe arséniato-phosphoré a sur la nutrition du tuberculeux une action stimulante qui, dans certains cas, m'a parue énergique. La sensation de faiblesse et de fatigue au moindre effort disparaît rapidement. L'appétit se relève, le malade augmente en poids. Les arsénicaux ne devant pas être donnés d'une façon trop prolongée, nous administrons cette solution de la façon suivante :

Nous faisons prendre le premier jour trois fois dix gouttes dans un peu d'eau. Chaque fois, dix gouttes immédiatement avant le repas, ce qui représente 3 milligrammes d'arséniate de soude et d'arséniate de strychnine et 30 centigrammes d'acide phosphorique officinal.

Nous faisons augmenter chaque jour et chaque fois la dose d'une goutte, pour arriver, au bout du dixième jour, à trois fois vingt gouttes, ce qui est la dose maxima correspondante à 6 milligrammes d'arséniate de soude, 6 milligrammes d'arséniate de strychnine et 60 centigrammes d'acide phosphorique officinal. Le malade continue à cette dose cinq jours encore, de façon à terminer une cure arsénicale de quinze jours, puis suspend le traitement huit jours, après quoi il recommence.

Nous avons emprunté à Ferrier la formule de ses poudres de phosphate de chaux, que nous donnons deux fois par jour, en dehors des repas. Quant à la médication créosotée, nous l'employons avec une extrême prudence dans les périodes apyrétiques, en dehors des poussées congestives et seulement chez les malades présentant des râles fins et à expectoration peu abondante, nous souvenant que la médication créosotée agit seulement par son pouvoir empêchant plutôt que par un pouvoir d'antiseptie qu'il est, à notre avis, illusoire de lui demander. Nous avons porté notre préférence sur le carbonate de créosote (créosotal) que nous administrons sous la forme de capsules de 50 centigrammes, au nombre de quatre ou six par jour et prises à la fin des repas, pendant une période de quinze jours à trois semaines, laissant ensuite un repos d'un égal laps de temps.

Nous avons modifié, dans ces derniers temps, pour certains cas, notre façon d'administrer les dérivés de la créosote. Nous y reviendrons par la suite. Comme on peut le constater, nous faisons dans l'application des arnicaux et des substances créosotées, des alternatives d'administration et de repos. Cela parce que nous n'oublions pas qu'il y a grand intérêt du côté de l'organisme à éviter une accumulation toujours possible de médicaments, et certainement un effet d'accoutumance qui doit correspondre, du moins nous nous l'imaginons, à une déficiencia des moyens de défense naturels, succédant à une période d'exaltation; et que, d'autre part, du côté du bacille, nous savons également bien que sa faculté d'adaptation est telle qu'au bout d'un certain temps l'effet des médicaments peut devenir nul sur lui. C'est ce traitement que nous avons notamment appliqué en 1918 aux malades qui fréquentaient la consultation de la clinique des voies respiratoires de l'hôpital d'Ixelles, dont nous étions chargé. Les résultats obtenus nous avaient fort encouragé:

INFECTIONS ET TOUTES SEPTICEMIES

(Académie des Sciences et Société
des Hôpitaux du 22 décembre
1911.)

....**LABORATOIRE COUTURIEUX....**
18, Avenue Hoche, Paris.

Traitement LANTOL — PAR LE —

Rhodium B. Colloïdal
électrique

AMPOULES DE 3 C.M.

RESOLUTION D'UN FOYER PNEUMONIQUE TUBERCULEUX

Dans "Le Progrès Médical" (7 juillet, 1923), le Dr André Tardieu rapporte l'observation d'un foyer pneumonique tuberculeux dont l'évolution a duré trois ans. Voici les extraits principaux de sa communication.

* * *

Le nommé J. T..., âgé de 45 ans, cantonnier, est venu nous consulter en mai 1922. Atteint d'une tuberculose pulmonaire chronique, dont le début datait de 6 ans, il ressentait, depuis quelques jours, une douleur diffuse s'étendant à tout l'hémithorax droit; il se plaignait d'une oppression angoissante, survenant par paroxysmes.

Dès notre premier examen, nous avons constaté un syndrome pneumonique lobaire, occupant les deux tiers inférieurs du poumon droit, caractérisés par les signes physiques classiques de la pneumonie aiguë: exagération des vibrations, matité, souffle tubaire, foyer de râles sans crépitations fins et secs, bronchophonie.

L'absence de l'hyperthermie, la bénignité relative des signes généraux et l'anamnèse nous permirent de penser qu'il s'agissait d'une poussée pneumonique tuberculeuse survenant à cours d'une tuberculose fibreuse ancienne, à évolution lente.

La courbe thermique est de type sub-fébrile, avec rémission matutinale constante; elle s'élève le soir à 38°, 38°.5, très rarement 39°.

L'embonpoint est conservé. Les signes généraux et fonctionnels sont au minimum; pas de sueurs nocturnes, aucun trouble dyspeptique, appétit normal et régulier, ni tachycardie, ni palpitations. Cependant l'asthénie est marquée, très accusée le soir; la dyspnée d'effort est intense.

La toux est fréquente, le matin seulement; elle s'accompagne d'une expectoration légère. Parfois de véritables quintes surviennent la nuit mais, le plus généralement, le sommeil est facile et prolongé.

L'expectoration est de minime importance; ce sont des crachats isolés, rejetés à plusieurs reprises pendant le jour, principalement dans le courant de la matinée; ils sont rendus à la suite de quelques secousses de toux. Ils renferment des bacilles de Koch. En résumé ce sont des crachats nettement caverneux.

La percussion révèle une sonorité pulmonaire normale de toute l'étendue de l'hémithorax gauche, tant en avant qu'en arrière. A droite, au contraire, elle indique une matité absolue, hydrique, s'étendant à toute la hauteur de l'hémithorax, en avant et en arrière; cependant sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse, on trouve seulement la sub-matité.

L'auscultation de la toux et de la voix parlée, révèle une bronchophonie très accentuée, prédominant à la base du poumon droit. Dans la fosse sus-épineuse et sous la clavicule de ce même côté: pectoriloque.

Il existe un double souffle tubaire qui siège: En avant depuis le 2^e espace intercostal droit jusqu'au bord supérieur du foie.

Dans la zone sous-claviculaire droite, sont quelques gros craquements et des râles bulleux, de gargouillement; on pose facilement le diagnostic de caverne du sommet.

A la partie la plus décline de la base droite, on retrouve les mêmes râles de gargouillement.

L'examen radiologique nous a révélé une opacité absolue des quatre cinquièmes inférieurs de la plage pulmonaire droite. Du côté gauche, la plage pulmonaire est claire dans son ensemble. Pas de refoulement du coeur ni de l'aorte. Ce dernier caractère est un argument de plus en faveur d'un bloc solide, et permet d'éliminer le diagnostic d'épanchement.

En résumé: homme de 45 ans, atteint depuis 7 ans d'une tuberculose ulcéro-caséuse à évolution lente, localisée au sommet droit, présente depuis 3 ans un syndrome pneumonique de la base de ce même poumon qui se traduit par les signes physiques habituels de la pneumonie franche aiguë, à pneumocoques. Fixité remarquable de ce syndrome pneumonique; résolution seulement au bout de trois ans. Bénignité relative de ces lésions malgré leur apparente gravité et leur extension à deux lobes pulmonaires.

Cette observation entre très exactement dans le cadre des "*Foyers pneumoniques tuberculeux curables*", isolés et complètement étudiés cliniquement par M.M. F. Bezançon et Braun dans "*La Normandie médicale*".

Pathologiquement, nous pensons qu'il s'agit d'un oedème phymique massif, voisin d'un foyer tuberculeux ancien, et qui peut siéger à la base comme au sommet du poumon. Ces oedèmes pérítuberculeux, en effet, se traduisent ordinairement par une vaste zone de matité, du souffle et des râles sous-crépitaux; les signes fonctionnels et l'état général rassurants sont en opposition marquée avec la gravité apparente des signes locaux et l'inanité, en pareil cas, à exagérer la part qui revient au processus spécifique.

L'anatomie pathologique montre autour des granulations rares, d'origine sanguine, une sérosité albumineuse qui peut occuper deux lobes pulmonaires, alors qu'il n'existe, en réalité que 4 ou 5 tubercules.

La connaissance de ces oedèmes est d'une importance capitale en pratique ptisiologique; cette pathogénie éclaire brillamment un grand nombre d'épisodes aigus, subaigus ou chroniques, surgissant au cours d'une tuberculose en évolution, et l'on ne saurait la méconnaître sans risquer de tomber dans de graves erreurs de diagnostic et surtout de pronostic. La confusion, si fréquente de ces oedèmes et des lésions ulcéro-caséuses, explique la plus grande partie des prétendus cas de guérison de la tuberculose pulmonaire.

NOTES DE PÉDIATRIE

*Rôle eutrophique de l'arsenic à faible dose chez les nourrissons débiles.
(Société de Pédiatrie.)*

L'enfant qui a été atteint de gastro-entérite accentuée ou durable peut rester longtemps débile, alors même que les selles sont redevenues normales.

Malgré les régimes les plus variés, il se refuse à engraisser, et son poids est stationnaire. Quelle que soit d'ailleurs la cause de la débilité, il sera indiqué de tenter l'emploi du puissant stimulant nutritif qu'est l'arsenic. L'auteur a constaté, en effet, et l'efficacité du médicament et la parfaite tolérance du nourrisson.

Armand-Debille a soigné neuf nourrissons en leur donnant une goutte par jour de liqueur de Fowler. Le traitement dura trois semaines, et sept fois il constata le relèvement de l'état général et du poids. Le plus jeune malade, par exemple, âgé de deux mois et demi, passa en vingt jours de trois kilogrammes, à trois kilogrammes 350 grammes. Le plus grand, âgé de 13 mois, augmenta en un mois de 800 grammes. Ces résultats sont assurément encourageants.

Le Collargol dans la dysenterie infantile.

MM. les docteurs Moncorvo et Pires ont étudié récemment les avantages de l'emploi du collargol au cours de la dysenterie (*Medicina de los niños*, ix, 1908). Ils ont utilisé ce médicament en quelque sorte comme topique intestinal, sous forme de grands lavages d'intestins répétés deux à trois fois par jour (avec une solution à 1, 2, 3 ou 5 pour 1,000). Toujours ils faisaient précédé ce lavage médicamenteux d'un lavage à l'eau simple. Ce traitement leur aurait donné des résultats remarquables; le collargol, devrait, disent-ils, être employé systématiquement dans toutes espèces de dysenteries; on pourrait de même l'utiliser avec succès dans d'autres affections intestinales.

Dans les entérites dysentériques ou dysentéroides, les accidents intestinaux auraient été jugulés en un temps variant de 24 heures à 8 jours.

L'emploi du collargol localement ne serait pas aussi avantageux dans certaines formes d'helminthiase, (oxyures, ascarides).

Différentes médications ont déjà été indiquées dans les entérites dysentéroides, telles que la sérothérapie antidysentérique efficace surtout dans la dysenterie bacillaire. L'emploi du collargol étant inoffensif, on pourra recourir à cette médication sans aucun inconvénient. Mais on fera sagement de la considérer surtout comme un moyen adjuvant du régime alimentaire qui, ici comme dans toutes les entérites du jeune âge, doit être considéré comme le véritable traitement.

N.B.—Ce traitement a réussi dans les quelques 5 à 6 cas où je l'ai employé.—A. J.

ALBUM MEDICAL

L'impassibilité la plus distante recouvre souvent une sensibilité profonde. Dupe de sa bonté, le médecin la musèle avec des apparences de froideur.

* * *

Il est maladroit de se fixer dans une attitude. Le malade apprécie chez son médecin les changements d'expression par où se trahit le rythme de sa sensibilité profonde. Pour guérir, soyez vivants.

* * *

La science médicale varie et celle d'y il y a 20 ans n'est pas plus celle d'aujourd'hui, que celle d'aujourd'hui ne sera la science de demain. Rien que pour la pneumonie, que de panacées successives en 30 ans: le tartre stibié, la digitale, le sérum antidiphthérique, la quinine, le sérum anti-pneumonique et combien d'autres encore. Les constructions définitives de notre édifice thérapeutique ne s'élèvent pas bien haut; quelques pans de mur résistants avec nos médications spécifiques et c'est peu de chose. Comptez-les, ces médications qui, resteront debout dans 50 ans! Vous en compterez dix, douze tout au plus.

* * *

C'est pourquoi, si un empirique, voire un praticien modeste, prétend guérir, ne disent pas "non" tout d'abord: "Ceux qui se drapent dans le manteau d'une science intransigeante, lit-on dans la Revue de psychologie appliquée (Avril 1922), et crient au charlatanisme, ne font guère de mal à l'adversaire, si celui-ci a réellement fait du bien au patient, et ils font un tort réel à eux-mêmes et à la science, au nom de laquelle ils prétendent parler. Un neurasthénique soulagé de ses misères s'occupe peu de savoir si c'est par un petit docteur ou par un prince galonné de la neurologie.

* * *

Dans ses cours, Claude Bernard rapporte un mot de l'infatigable Magendi, qui traduit sous une forme originale et piquante, cette horreur instinctive du grand physiologiste pour tout ce qui tient à l'exercice de la pensée et du raisonnement dans l'évolution des sciences. "Chacun, disait-il, un jour, se compare dans sa sphère à quelque chose de plus ou moins grandiose, à Archimède, à Newton, à Galilée, à Descartes, etc. Louis XIV se comparait au soleil. Quant à moi, je suis beaucoup plus humble, je me compare à un chiffonnier; avec mon crochet à la main et ma hotte sur le dos, je parcours le domaine de la science et je ramasse ce que je trouve."

* * *

"L'excès en tout est un défaut", proclame la Sagesse des Nations.— Cet aphorisme est particulièrement vrai de la division du travail, appliquée aux choses de la médecine.

"Il n'y a pas de maladies, disait, je crois, Gervissart; il n'y a que des malades." Un cas de pneumonie étant donné, ce n'est pas tant la lésion pulmonaire elle-même que le pneumonique qui doit préoccuper le médecin. C'est pourquoi, en présence d'une affection nettement différenciée, les localisations morbides, avec leur symptomalogie, n'offrent un véritable intérêt que si leur examen est dominé par des notions de pathologie générale, faute de quoi on s'expose à négliger l'état général du malade, pour ne prendre en considération que l'organe essentiellement touché: c'est faire montre d'une courte vue, et courir au devant de graves mécomptes.

Or, l'association étroite de la pathologie locale et de la pathologie générale, c'est surtout et principalement au lit du malade qu'elle peut et doit s'effectuer le plus utilement. La clinique demeure, quoiqu'on en puisse penser, rigoureusement prépondérante, et c'est faire oeuvre mauvaise que de la sacrifier à d'autres méthodes, qui ont sans doute leur valeur, mais auxquelles il ne convient, à mon avis, de n'attribuer qu'une fonction d'auxiliaires.

* * *

Et cette protestation trouve aujourd'hui un appui solide dans un article récent de M. Noël Fiessinger, sur les abus du laboratoire.

"Il faut, écrit le distingué médecin des hôpitaux de Paris, savoir se servir du laboratoire, et c'est là que réside le point culminant du problème... On en abuse, on le sollicite à tort et à travers... C'est qu'en effet, si un médecin doute de la valeur d'un signe clinique à cause de sa longue expérience, il ne doute jamais de la valeur d'un renseignement de

“laboratoire; le laboratoire, c'est pour lui une donnée scientifique précieuse, peut-être parce qu'il en ignore les nombreuses erreurs techniques et qu'il n'en a pas l'expérience.”

“Le laboratoire ne peut pas tout dire, poursuit le jeune agrégé, il est souvent même bien troublant par l'incertitude de ses résultats. Mais il ne faut pas trop lui faire dire, car il peut se tromper.”

Et l'auteur étaye son argumentation sur de nombreux exemples éloquentes, tirés de son expérience personnelle. Il conclut en ces termes, qui méritent d'être médités et retenus par tous ceux qui ont tendance à assimiler la médecine à une sorte d'industrie, dans laquelle la technique manuelle tient une place prépondérante: “Il ne faut pas de foi aveugle. Le médecin doit toujours voir clair. La clinique est là, avec son faisceau d'arguments, avec sa force indiscutable, j'ajouterais presque insurmontable. Le médecin ne doit pas se décourager; qu'il réfléchisse, et lorsqu'il y a discordance, qu'il reprenne son ouvrage et qu'il fasse aussi recommencer le laboratoire...”

* * *

Tout homme est obligé en justice d'avoir la science de son état. Il doit étudier avec méthode et toujours, afin de ne pas oublier ce qu'il a appris et de se tenir au courant des découvertes. A mesure qu'il avance en âge, le médecin doit se tenir à la hauteur de la confiance que son âge inspire.

* * *

Il ne faut pas attendre que le danger de mort soit *imminent* pour avertir le patient à songer à mettre ordre à ses affaires spirituelles et temporelles. Il suffit que le danger soit grave. C'est une faute grave contre la charité, c'est une vraie cruauté que de négliger ce devoir par la crainte d'effrayer le malade.

* * *

Le médecin ne doit pas priver le patient de l'usage de sa raison et de sa connaissance, lorsqu'il est en danger de mort, en lui administrant un narcotique dans le seul but de soulager sa douleur.

J. E. LIVERNOIS,

Limitée.

FOURNISSEURS

En Produits Chimiques, Pharmaceutiques et
Photographiques.

Instruments et Accessoires de Chirurgie

Remèdes Brevetés

Articles de Toilette et Parfumerie.

Entrepôts:

43, RUE COUILLARD,
Québec.

Magasin et Bureau:

RUE ST - JEAN,
Canada

PHOSPHAGON

(Lécithogénique Proto-Phosphoïdes)

UNE NOURRITURE NERVEUSE NATURELLE

PHOSPHAGON

(Lécithogénique Proto-Phosphoïdes)

UN TONIQUE PERMANENT DU SYSTEME NERVEUX

PHOSPHAGON

(Lécithogénique Proto-Phosphoïdes)

PRODUIT L'EQUILIBRE NERVEUX.

DOSE—Une à quatre cuillerées à thé trois ou quatre fois par jour.

THE ARLINGTON CHEMICAL COMPANY,

YONKERS, N. Y.

Fabricants de Liquide Peptonoïde.

Bureau pour le Canada: 88, Wellington St. West, Toronto.

Mentionnez le "Bulletin Médical" en écrivant aux annonceurs.