

TRAVAUX ORIGINAUX

LA PREVENTION DES RECHUTES PARMIS LES SOLDATS ET MARINS GUERIS DE LA TUBERCULOSE

Par S. Adolphus KNOPF,

Docteur en médecine des Universités de Paris et de New York.

Professeur de Phtisiothérapie à l'école de Médecine Post-

Graduate. Membre de l'Académie de Médecine de New

York. Ancien capitaine du Corps Médical de

l'armée des États-Unis.

Depuis le commencement de cette année, j'ai fait des conférences et cliniques sur les rechutes des tuberculeux dans un grand nombre de villes des États-Unis, de New-York à San Francisco, devant des sociétés médicales et des écoles de médecine. Partout mon sujet a attiré l'attention des médecins civils et militaires car

**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 cm³

il faut avouer que jusqu'à présent nous avons essayé de guérir nos tuberculeux aussi vite que possible, mais nous ne nous sommes pas suffisamment occupés de prévenir les rechutes.

Le problème de la rechute parmi les anciens tuberculeux est aussi important pour les soldats français et ceux de nos autres alliés, que pour les soldats américains. Comme ancien élève de la Faculté de Médecine de Paris, et par reconnaissance envers mes maîtres français, à qui je dois la plus grande partie de mes modestes connaissances pathologiques et thérapeutiques sur ce sujet, et aussi comme américain, dont le cœur est plein de gratitude envers l'armée française, j'offre ce travail, en français, à mes confrères et amis, dans l'espoir que la pratique des moyens que je suggère épargnera des vies françaises et soulagera beaucoup de souffrances parmi les anciens soldats et marins, autrefois "blessés" par la tuberculose, comme disait mon vénéré et regretté maître, le Professeur Landouzy. Les relations amicales qui existent, depuis des années, entre mes collègues canadiens-français et moi, m'ont décidé d'accepter une invitation de faire une conférence, sur ce sujet devant les Sociétés Médicales de Montréal et de Québec et à la publier dans l'Union Médicale du Canada et dans le Bulletin Médical de Québec.

Les autorités militaires, chez vous comme chez nous et en France, ont fait tout leur possible pour éviter la tuberculose parmi les soldats et les marins. Les recrues subissent un premier examen rigoureux, ils en subissent un second plus tard, de plus, on les soumet à un examen de la poitrine au camp, et on leur donne une éducation anti-tuberculeuse par les conférences et en leur distribuant de la littérature sur ce sujet. J'ai même eu l'honneur, comme Capitaine du Corps Médical, de publier, sur l'ordre du Chirurgien-Général de l'Armée des Etats-Unis, une brochure intitulée "*Ce que le soldat américain, qui combat actuellement en France, devrait savoir sur la tuberculose*", qui a

été traduite en français par mon ami et camarade d'études à Paris, le Professeur Le Sage, de Montréal et qui a été distribuée parmi les soldats canadiens-français. Un certain nombre de cas se sont néanmoins développés. Nous avons placé presque tous ces braves, devenus tuberculeux dans le service militaire, dans des sanatoria et hôpitaux spéciaux pour tuberculeux.

Malgré les conseils qu'on leur a donnés, un certain nombre d'entre eux ne séjournent pas assez longtemps dans les sanatoria. D'autres encore, obligés d'accomplir des travaux au-dessus de leurs forces, ou obligés de vivre dans des milieux non-hygiéniques, ont rechuté. Pour éviter ces incidents malheureux, ou, tout au moins, pour en réduire le nombre, cherchons ce que nous pouvons faire afin de rendre plus vigoureux et plus résistants les soldats renvoyés des sanatoria comme guéris ou presque guéris.

Quelles sont les vraies causes de ces rechutes?

Le malade phtisique prend sa cure d'air sur la chaise longue pendant des mois, il fait peu d'exercices et, à cause des lésions actives de ses poumons on lui conseille, avec raison, de ne pas respirer profondément. Il retrouve rarement, une fois de retour chez lui, les excellentes conditions climatiques et hygiéniques du sanatorium. Le malade quitte le sanatorium, les muscles mous, quasi dégénérés, et le système respiratoire est devenu indolent.

L'hydrothérapie est malheureusement trop peu employée dans beaucoup de sanatoria; pourtant, selon mon humble avis, l'hydrothérapie employée scientifiquement est le moyen principal qui fortifie contre les rhumes et autres maladies infectieuses du système respiratoire, tels que la grippe, pneumonie, etc., non seulement pendant la période de convalescence, mais aussi après la guérison de la tuberculose.

Le tuberculeux soi-disant guéri rentre chez lui dans un état physiologique amoindri, le système respiratoire est au-dessous de l'état normal, et l'hématose est très réduite; les muscles affaiblis,

produisent les toxines de la fatigue le système cutané fonctionnant mal, subit sans réagir les changements atmosphériques.

Que pouvons-nous faire pour raccourcir la durée entre l'arrêt apparent, l'arrêt réel et enfin la guérison des lésions? Pour être bien compris, nous allons définir ces trois états. Un cas d'arrêt apparent est un malade chez lequel tous les symptômes constitutionnels ainsi que les bacilles dans les crachats sont disparus *depuis trois mois* et, en plus, que les signes perçus à l'auscultation sont ceux d'une lésion guérie. Quand ces conditions existent *depuis six mois* on considère ces lésions comme arrêtées.

La guérison est dite absolue, si les conditions ci-haut décrites existent *depuis deux ans*.

Que pouvons-nous faire pour éviter ces rechutes redoutables qui, au point de vue médical, social et économique, sont les plus fâcheuses parmi la population civile, mais doublement à redouter dans le cas des tuberculeux militaires et marins? Les braves qui sont devenus tuberculeux en faisant leur devoir sacré, en se battant pour l'humanité et la libération des nations opprimées sont presque tous des hommes entre 20 et 40 ans, période la plus productive à tous les points de vue.

Dans l'espoir d'enrayer ces rechutes, j'ai employé les trois moyens suivants: *massage, hydrothérapie, et exercices respiratoires*, parmi ma clientèle privée, et j'en ai obtenu les résultats les plus satisfaisants. Ces résultats satisfaisants, nous avons pu les obtenir dans un assez grand nombre de cas, grâce à la collaboration efficace de mes assistants et infirmiers au courant des méthodes physiothérapeutiques indiquées. J'ai rarement fait usage de moyens médicamenteux. Il faut avouer que, malgré nos progrès dans l'immunologie et dans la sérologie, nous ne possédons jusqu'à ce jour, aucun produit bactériologique ou médécinal que l'on puisse considérer comme spécifique ou vraiment utile pour

prévenir les rechutes dans des cas guéris ou presque guéris de la tuberculose.

Le temps nécessaire à consacrer au traitement post-sanatorial peut varier de 4 à 6 semaines. Comme dans le traitement de la tuberculose en général, on devrait individualiser selon les forces normales c'est-à-dire, selon l'état physiologique du sujet. Il va sans dire que ce traitement, qui a pour but de fortifier l'individu contre les rechutes, empêche nullement la réalisation du programme recommandé par notre Chirurgien Général à savoir enseigner plus tard aux soldats et marins tuberculeux des occupations et professions qui favorisent la conservation de la santé de l'ancien tuberculeux.

J'ai dit, plus haut, que j'avais bien réussi à prévenir les rechutes dans ma clientèle privée. Je dois ajouter, ma clientèle riche, c'est-à-dire des gens pouvant payer masseurs ou masseuses. Je n'ai aucune difficulté à leur faire suivre ce traitement de massage, avant de leur permettre de reprendre leurs occupations ou travaux habituels, surtout les travaux physiques.

Que faire avec le malade pauvre? Comme les tuberculeux pauvres ne peuvent guère dépenser deux ou trois dollars par séance de massage, et cela pendant des semaines, la tâche devient plus difficile. Heureusement qu'il m'a été possible d'apprendre, lorsque j'étais étudiant et jeune médecin, le massage à fond, ce qui me permet de l'enseigner. Je choisis soit le père, soit la mère, ou un autre parent du malade, et je leur enseigne le massage dans le but d'aider le patient guéri de la tuberculose et de le protéger contre les rechutes. J'ai été étonné de rencontrer un très grand nombre de personnes ayant des aptitudes extraordinaires pour apprendre le massage. Quelques-uns de ceux auxquels j'ai enseigné le massage sont devenus des masseurs suffisamment expérimentés; il m'a même été possible de les employer par la suite pour d'autres malades.

Cette expérience extraordinaire parmi des gens qui, certes, n'avaient eu jusqu'à ce jour, aucune connaissance ou éducation médicales, me donna l'idée de préparer, comme masseurs, afin de les employer plus tard dans les sanatoria, les soldats ou marins aveugles, et de prévenir, ainsi, les rechutes parmi les tuberculeux. (Au Japon on n'a que des aveugles comme masseurs et masseuses; dans ce pays, c'est leur profession exclusive). L'aveugle semble pouvoir se développer facilement et rapidement comme masseur. Ce fait me paraît bien établi, d'après les rapports qui me sont parvenus de St-Dunstan, en Angleterre et des hôpitaux militaires généraux en France et au Canada. Je ne puis dire si on s'est servi dans les pays ci-haut mentionnés, de masseurs aveugles dans les sanatoria pour tuberculeux.

Mais, où allons-nous trouver un nombre suffisant de masseurs pour masser des milliers de soldats tuberculeux? Il est fort heureux pour nos braves soldats alliés et américains que les aveugles ne soient pas aussi nombreux qu'on le croyait tout d'abord. Monsieur le Général Bradley, autrefois à la tête du corps médical de l'armée américaine en France, m'a écrit qu'il n'y a guère que trois mille blessés ayant perdu la vue. Ainsi, il est probable qu'on n'aura pas assez de masseurs aveugles pour traiter tous les soldats tuberculeux guéris ou presque guéris. On peut, dans ce cas, entraîner un assez grand nombre de soldats blessés dans la moitié inférieure du corps, mais, autrement, bien conservés, afin qu'ils puissent apprendre et pratiquer le massage.

A propos de l'emploi des aveugles comme masseurs pour tuberculeux militaires j'ai présenté une communication à la Conférence pour la Réhabilitation de nos Soldats et Marins blessés et malades, organisée par l'Académie Américaine des Sciences Politiques et Sociales. J'ai envoyé des copies de cette communication à plusieurs de mes confrères reconnus comme autorités dans la phtisiothérapie. Voici quelques-unes des réponses:

Mon ancien camarade d'étude de la Faculté de Médecine de Paris, le Docteur Dubé de Montréal, Professeur de Phthisiothérapie à l'Université Laval et Officier d'Académie (France), m'écrit :

“ Cher Confrère et Ami Knopf !

“ J'ai été fort intéressé par la lecture de votre travail intitulé : “Blinded Soldiers as Masseurs in Hospitals and Sanatoria for Reconstruction and Rehabilitation of Disabled Soldiers.”

“ Les grands problèmes de l'après-guerre qui préoccupent actuellement les économistes et particulièrement les sociologues, sollicitent l'attention de la profession médicale.

“ Votre belle étude arrivèe à point avec son double but : 1^o Contribution à la prévention des rechutes chez les tuberculeux guéris retour du front, par le massage, l'hydrothérapie et la respirothérapie. 2^o L'utilité des soldats aveugles comme masseurs.

“ Les bons résultats obtenus par l'emploi du massage chez les tuberculeux n'est plus discutable aujourd'hui. Il faut plutôt engager les médecins à faire bénéficier de cette méthode de traitement leurs malades immobilisés pendant de longs mois de cure.

“ Votre suggestion d'instruire les soldats aveugles dans l'art délicat du masseur est excellente. Elle recevra, sans aucun doute, l'attention voulue de la part des autorités militaires.

“ Je suis heureux de vous voir, une fois de plus, attirer l'attention du public médical sur l'Hydrothérapie et le Respirothérapie. Ces deux méthodes thérapeutiques employées avec discernement sont, comme vous le dites si bien, la plus efficace des prophylaxies dirigée contre les bronchites si redoutées des anciens tuberculeux.

“ C'est assez vous dire, cher docteur Knopf, avec quel enthousiasme je me joins à vous dans cet effort de propagande en faveur du massage, de l'hydrothérapie, de la respirothérapie.

“ Amicalement à vous,

Jos. E. DUBÉ.”

Mon maître Monsieur le Prof. Biggs de l'Université de New York a bien voulu m'écrire en ces termes :

“ J'ai lu votre article donnant les détails sur l'éducation à entreprendre pour enseigner le massage aux soldats aveugles, article qui m'a vivement intéressé. Je suis d'avis que le massage est un travail pour lequel un aveugle est bien qualifié, et je ne vois aucune raison qui puisse empêcher vos suggestions d'être mises à exécution. ”

A propos du massage, de l'exercice respiratoire et de l'hydrothérapie, il ajoute : “ selon moi, ces trois moyens, judicieusement appliqués, rendent souvent les plus grands services dans le traitement des cas guéris, ou presque guéris, de la tuberculose. ”

Monsieur le Dr. Biggs a été, pendant de longues années, directeur du Sanatorium Municipal d'Otisville, où l'on pratique la physiothérapie par les travaux manuels gradués (work-therapy) sur une grande échelle. C'est une méthode très utile, mais comme je l'ai déjà dit, selon moi, la valeur en sera encore augmentée par les moyens physiothérapeutiques indiqués, avant que le malade ne commence à faire des travaux plus ou moins durs. Les muscles sont endurcis par le massage, et sécrètent ainsi moins de toxines de la fatigue, l'hydrothérapie et la respirothérapie rendent le système cutané, respiratoire et circulatoire plus résistant à l'invasion des microbes pathogènes.

Monsieur le Docteur David R. Lyman, Prof. agrégé à l'école de médecine de Yale, directeur du Sanatorium à Wallingford, et récemment attaché à la Commission Antituberculeuse de Rockefeller en France, s'exprime en ces termes : “ Je trouve excellente votre suggestion d'entraîner des soldats aveugles comme masseurs. En dehors de leur emploi dans nos nombreux sanatoria gouvernementaux, pour les soldats et les marins tuberculeux, ils auront fréquemment l'occasion d'exercer leur profession dans la

médecine générale. Il faut avouer que nous, en Amérique, avons grandement négligé le massage qui est pourtant, une des branches les plus importantes dans la science médicale."

Monsieur le Docteur Edward O. Otis, professeur des maladies tuberculeuses à Tufts University de Boston, dit: "Je crois que le massage est un des moyens précieux dans le traitement post-sanatorial et dans la réhabilitation des cas tuberculeux guéris et souvent même avant la guérison. J'approuve votre plan d'utiliser les soldats aveugles dans ce but, et je crois que le massage devrait être employé plus fréquemment qu'il ne l'a été jusqu'à aujourd'hui dans le traitement de la tuberculose."

Très intéressante, à ce propos, est l'expérience de mon regretté ami, Dr. Herbert M. King, autrefois Médecin-en-Chef du Sanatorium privé à Loomis, New York. Sur ma suggestion, il employa pendant quelque temps un masseur et une masseuse dans son sanatorium. Sur deux cents malades, un petit nombre seulement put recevoir le traitement. Les résultats obtenus furent des plus satisfaisants. Néanmoins, le Dr. King fut obligé de discontinuer le traitement. A cause de la phtisiophobie il était très difficile d'obtenir un nombre suffisant de masseurs et de masseuses, et certains malades n'avaient pas les moyens de payer le massage, puis, les petites jalousies et le mécontentement parmi ceux qui, pour une raison ou pour une autre, ne recevaient pas le traitement, obligèrent le Médecin en Chef d'abandonner cette méthode si utile et d'un si grand avantage.

Toutes les objections basées sur les expériences du Dr. King, c'est-à-dire: phtisiophobie, mécontentement, nombre insuffisant de masseurs ou raisons financières, ne comptent plus lorsqu'il s'agit de nos héros guéris de la tuberculose. Le soldat masseur, aveugle, apprend bien vite qu'il n'y a aucun danger à travailler parmi les tuberculeux guéris qui ont reçu l'instruction prophylactique contre la dissémination de la tuberculose. En outre on

peut facilement convaincre le soldat masseur que le sanatorium où on pratique les mesures préventives les plus rigoureuses est, entre tous, l'endroit où il est le plus protégé contre la contagion.

La deuxième difficulté rencontrée par Monsieur King a été la jalousie chez les malades qui n'avaient pas pu recevoir le massage. Elle n'est pas à craindre, car on aura sûrement des masseurs en nombre suffisant pour les invalides qui peuvent bénéficier de ce traitement. La dernière objection, également faite à Loomis, celle des dépenses à encourir, ne recevra aucune considération, ni par les gouvernements de nos alliés, ni par notre gouvernement américain. En faisant, de nos soldats aveuglés et d'autres blessés, des masseurs, nous leur donnons une profession honorable qui leur permettra de gagner leur vie; et, en traitant par le massage, l'hydrothérapie et les exercices respiratoires les soldats tuberculeux guéris pour éviter des rechutes, nous espérons sauver des milliers de vies et épargner à l'État des millions alloués pour des pensions.

Après avoir fini ma tournée de conférences, je faisais un rapport de mon travail à Washington et M. le colonel Frank Billings, sur l'ordre du Chirurgien Général, m'écrivait, en exprimant son approbation sur l'importance de l'œuvre pour prévenir les rechutes, parmi les soldats tuberculeux, les lignes suivantes :

“ Je suis heureux que vous ayez recommandé l'emploi du massage et des autres procédés de physiothérapie dans le traitement des tuberculeux. Je crois, comme vous, qu'une fois l'évolution du processus tuberculeux arrêtée, le massage, les différentes formes d'hydrothérapie — douches chaudes et froides alternées, douches simples, les exercices respiratoires gradués, contrôlés — aideront beaucoup à compléter une guérison définitive. ”

Et maintenant, pour compléter notre travail, il nous faut présenter une description de la méthode: du massage, des exercices

respiratoires et de l'hydrothérapie indiqués pour rendre nos soldats et marins guéris de la tuberculose plus résistants contre les rechutes.

LE MASSAGE

Parlons d'abord du massage : La chambre ou salle où on pratique le massage devra être confortablement chauffée, mais bien ventilée. Pour éviter les refroidissements, il faudra avoir, en plus, des couvertures ordinaires, une petite couverture de laine pour garantir le membre exposé par le massage, car ce dernier n'est pas protégé par la couverture générale. L'emploi de poudre ou vaseline dépendra du goût du malade autant que du masseur. Mais ni l'une ni l'autre ne sont essentielles au massage.

Le sujet à masser est placé sur une table à une hauteur moyenne ou sur un lit sans ressorts. Il y a toujours avantage à avoir un lit ou une table construits de façon qu'on puisse les élever à volonté selon la taille du masseur, afin qu'il puisse travailler facilement et scientifiquement.

Les livres classiques du massage enseignent une variété de mouvements tels que l'effleurage, la friction, le pétrissage, la vibration, le tapotement, etc. Quant à moi, je crois que, pour des cas guéris ou presque guéris, les quatre mouvements, à savoir, friction, pétrissage, tapotement et effleurage, sont suffisants. Dans toutes les manipulations des membres supérieurs et inférieurs et, autant que possible, avec les autres parties du corps, on devra suivre le trajet de la circulation veineuse. Dans le massage de l'abdomen, il faudra suivre le trajet du tube digestif. On fera un mouvement circulaire autour de l'ombilic de gauche à droite, en agrandissant le cercle jusqu'à ce qu'on arrive au colon, que l'on massera de la façon suivante : on commencera à la région inguinale droite, en suivant la direction du colon ascendant, puis,

on traversera, couvrant par le mouvement le colon transverse, enfin l'on descendra vers la région inguinale gauche.

Le massage des organes abdominaux devra toujours être fait avec moins de force que celle que l'on emploie en général pour la manipulation des membres du dos ou de la poitrine. Le massage de l'abdomen devra être particulièrement léger s'il y a peu de tissu adipeux, et on devra maintenir les jambes en flexion.

Pour faire le massage de n'importe quel organe le sujet devra être couché sur le dos et dans un relâchement complet de ses muscles. On commencera par les extrémités inférieures, c'est-à-dire, par les orteils, ensuite par les surfaces plantaires et dorsales des pieds, ensuite les malléoles jusqu'à l'articulation du genou et, de là, jusqu'à l'articulation de la hanche. On passe ensuite à la région abdominale et on procède de la façon indiquée plus haut.

On procédera de la façon suivante pour la partie supérieure du corps : on manipulera la tête, puis le contour des doigts, chacun séparément, l'articulation carpienne, radio carpienne, l'avant-bras, le bras, l'épaule et le thorax. Dans le massage des extrémités supérieures et inférieures, on massera sur toute la longueur des os, dirigeant toujours le mouvement vers la région du cœur. Par un mouvement demi-circulaire fait avec la paume de la main, les doigts légèrement écartés, l'opérateur frictionnera les parties latérales et antérieures de la poitrine. Chaque mouvement, friction, pétrissage, tapotement et effleurage devra être exécuté à peu près quatre fois sur chaque membre et sur les autres parties du corps. La friction s'explique par son nom même. Le pétrissage consiste à soulever les muscles de leur insertion osseuse et de les masser légèrement. Le tapotement, qu'on peut faire avec la main entière, mais, afin d'éviter le bruit, et pour rendre cette manipulation plus vigoureuse, on peut se servir de la surface ulnaire, la main faisant le mouvement de hâcher. L'effleurage est produit en faisant des mouvements de friction mais beaucoup plus légers et

adoucissants, dans le même ordre que les mouvements précédents.

Un cinquième mouvement est fait de temps en temps pour stimuler le système cutané. On peut l'appeler pincement. Il consiste à soulever entre le pouce et l'index un pli de la peau et à le relâcher au moins cent fois par minute. On ne devra pas relâcher le pli tenu par la main droite avant d'avoir saisi un autre pli de la main gauche, toujours entre le pouce et l'index.

Pour appliquer le massage à la partie postérieure du corps, le malade s'étendra à plat ventre, la joue gauche ou droite reposant sur un petit oreiller afin qu'il puisse respirer facilement, les mains reposant à côté au dessus de la tête. Pour la partie postérieure, on procédera de la même manière et dans le même ordre que pour la partie antérieure, mais les mouvements exécutés sur la partie postérieure, peuvent être plus vigoureux que ceux exécutés sur la partie antérieure, surtout les gros muscles du dos et des fesses. Si le masseur est assez grand et fort, les mouvements de la friction et de l'effleurage du côté gauche et droit peuvent être faits en même temps. L'opérateur placera la paume des mains sur la face dorsale des mains du malade et frictionnera, du même coup, les deux avant-bras, bras, épaules et la portion droite et gauche du thorax. Les autres mouvements seront faits dans le même ordre que pour la partie antérieure. Comme je l'ai dit, on exécutera chaque mouvement environ quatre fois de manière que la séance ne dure pas plus de quarante ou cinquante minutes.

On peut donner le massage à n'importe quelle heure, en ayant soin, toutefois, de ne pas l'appliquer avant qu'une heure et demie au moins se soit écoulée après chacun des principaux repas. Ce qu'on appelle chez nous "the movement cure" c'est-à-dire, une cure de mouvement, à savoir les manipulations des membres, consistent en mouvements actifs, passifs, réitants et rotatoires des extrémités. L'explication de chaque mouvement est contenue

dans les termes. Quoique cette méthode soit un adjuvant physiothérapique, dans quelques cas particuliers, parmi des anciens phtisiques elle est souvent et très avantageusement appliquée dans certaines affections nerveuses et rhumatismales. On s'en sert surtout dans les affections chirurgicales et orthopédiques. Elle ne devrait jamais être appliquée sauf sous la direction du médecin ou du chirurgien.

Quelle est l'action du massage sur le tuberculeux guéri, c'est-à-dire, sur l'individu faible, mais autrement presque normal, physiologiquement parlant? Le massage stimule des capillaires immobiles, active la circulation, favorise l'absorption et stimule les nerfs vaso-moteurs. Le tout ensemble aide l'action du cœur et améliore la nutrition générale. Il va sans dire que le massage ne peut pas fabriquer des pigments du sang, ni de l'hémoglobine, mais il peut mettre en circulation les cellules attardées dans les tissus. La situation des cellules dormantes du système est analogue à une situation créée dans le commerce, pendant une panique, par l'accumulation et l'immobilisation de l'or qui empêche, ainsi, la marche du commerce et diminue les produits des fabriques. C'est ainsi que nous rencontrons souvent l'anémie persistante dans les cas guéris de la tuberculose.

(A suivre.)

NOTES DE PÉDIATRIE

Rachitisme:—... C'est un fait d'observation journalière que le rachitisme est une maladie familiale, les mêmes causes produi-

sant sans doute les mêmes effets. L'idée est venue à un certain médecin de tenter un traitement préventif avec l'huile de foie de morue pure. Voici l'expérience que fit le Dr M. A. Asserton, de New-York.

Il choisit 56 bébés, âgés d'à peu près 3 mois, par conséquent n'étant pas encore atteints de cette maladie, et dont les frères et sœurs étaient rachitiques. Tous ces enfants étaient dans les mêmes pauvres conditions sociales, c'est-à-dire défectueuses au point de vue de l'hygiène de l'habitation. Chez tous aussi l'alimentation fut à peu près semblable. Nourris par la mère jusque vers l'âge de 3 mois, ils étaient ensuite soumis à l'allaitement mixte. C'est vers le 8ième mois qu'eut lieu le sevrage. Alors le régime consistait en du lait et des farineux. A tous aussi on fit prendre du jus d'orange.

Ces 56 enfants furent partagés en 2 classes: 28 prirent de l'huile de foie de morue; les 28 autres restèrent comme témoins de l'expérience entreprise. Les enfants de la première catégorie, âgés de 3 à 6 mois, prenaient une demi-cuillerée à thé d'huile, 3 fois par jour. Après cet âge, la dose était portée à une cuillerée à thé. La plupart prirent cette médecine sans désagrément.

Voici maintenant le résultat constaté à la fin du 9ième mois. Des 28 enfants soumis au traitement de l'huile de foie de morue, 10 seulement eurent des manifestations rachitiques. Sur les 28 autres, qui servaient de témoins de l'expérience, 21 eurent des symptômes de rachitisme.

L'année précédente, le Dr Hess avait fait la même expérience, et avec des résultats encore meilleurs. D'où, je crois, l'on est en droit de conclure que l'usage de l'huile de foie de morue doit être conseillé, comme mesure prophylactique du rachitisme.

J'ajoute, sous forme de corollaire, que je ne connais pas de maladie plus fréquemment suivie de rachitisme que la coqueluche. Aussi une excellente pratique est de faire prendre de l'huile de

foie de morue aussitôt que la période aiguë de la coqueluche est passée.

A. J.

— :000: —

NOTES DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE

Docteur JOSEPH CAOUPETTE

Assistant-chirurgien à l'Hôtel-Dieu et du service d'accouchements à la Maternité.

A la dernière séance de la Société Médicale, Monsieur le Professeur Grondin a rapporté une observation d'accouchement forcé qu'il avait pratiqué à la Maternité chez une fille atteinte d'éclampsie grave avec guérison complète comme résultat. Cette observation a soulevé parmi les membres présents une discussion intéressante sur le traitement général de l'éclampsie et en particulier sur l'emploi et les indications du Vêratrium Viride comme traitement de cette si grave complication de la grossesse.

Si nous consultons les traités d'obstétrique français au chapitre de l'éclampsie puerpérale, nous voyons que les seuls médicaments conseillés sont le chloral, le bromure de potassium, le chloroforme en inhalations pour faire avorter ou juguler l'accès convulsif, et la morphine. Dans aucun ouvrage le vêratrium viride n'est indiqué ou si quelques rares auteurs en font mention, ce n'est que pour dire que l'on s'en sert en Amérique, mais son emploi n'est aucunement conseillé.

Pour le médecin qui fait de la pratique générale et s'occupe d'obstétrique, je crois qu'il est d'un grand intérêt d'étudier les propriétés et l'action réelle de ce médicament qui rend de si

grands services aux Américains. Tout en admettant la supériorité incontestable de l'école française comme formation médicale, je suis d'opinion que nous ne devrions pas négliger la lecture des auteurs étrangers mais prendre dans leurs ouvrages les notions qui peuvent nous être utiles.

Le *Vératrum Viride* a comme propriétés de diminuer la suractivité du cœur, de ralentir et renforcer le pouls à la manière de la digitale et d'être un diurétique puissant.

Parmi les très nombreuses théories proposées par les auteurs pour expliquer la nature de l'éclampsie puerpérale, la théorie de l'auto-intoxication est aujourd'hui celle qui est la plus justement admise. Elle peut être ainsi formulée: "L'éclampsie est une des manifestations de l'auto-intoxication gravidique, auto-intoxication pouvant venir soit de l'organisme maternel soit de l'organisme fœtal." C'est donc une toxhémie quelle que soit son origine. D'après les auteurs d'obstétrique, on constate presque toujours dans l'éclampsie de l'hypertension artérielle avec accélération plus ou moins marquée du pouls, accélération qui démontre que la toxhémie influence l'innervation du cœur.

Si nous avons dans le *Vératrum Viride*, comme le prétend Bartholow, le Docteur Sullivan de San Francisco, le Docteur Norwood de la Caroline du Sud, le Docteur Jewett de New York et un grand nombre de médecins américains, un médicament qui abaisse la tension sanguine et diminue le pouls à volonté, je crois qu'il y a indication de l'employer dans l'éclampsie puerpérale comme adjuvant du chloral, du bromure de potassium, de la morphine, etc.

Comme l'a dit Tarnier: "L'éclampsie est une maladie à surprises et à surprises plutôt désagréables." Nous sommes à mon avis très justifiables avec une maladie de cette nature, d'employer pour nos malades tous les moyens que nous avons à notre disposition.

*
* *

Le principe actif du *Vératrum Viride* (Ellébore Vert) est la Vératrine. La partie employée de cette plante, la racine contient quatre pour cent de Vératrine.

En pratique on peut se servir soit de la teinture à la dose de trois à six gouttes toutes les heures jusqu'à concurrence de un gramme par vingt-quatre heures, soit de l'extrait fluide à la dose de cinq à quatre-vingt-dix gouttes dans les vingt-quatre heures.

La préparation la plus en faveur est l'extrait fluide. Le médecin se guidera sur le pouls dans l'administration de ce médicament qui doit être donné de préférence par voie hypodermique.

Chez un malade qui présente un pouls de 120 pulsations ou plus, le médecin peut donner comme première dose 15 ou 20 gouttes; si le pouls est au-dessous de 100, il ne doit pas administrer plus de 10 gouttes.

Si, après 30 ou 40 minutes les convulsions persistent, une autre dose de 10 à 20 gouttes (selon la rapidité du pouls) doit être injectée. D'après les auteurs plus haut mentionnés, avec un pouls au dessous de 65 ou 60 pulsations, il n'y a plus à craindre l'apparition de nouvelles convulsions. Ils conseillent de renouveler l'injection toutes les 30 ou 40 minutes jusqu'à ce que le pouls soit descendu à 65 ou 60 pulsations.

Le Docteur Sullivan prétend que l'administration du *Vératrum* n'offre aucun danger, s'il est donné avec prudence et si le médecin qui l'emploie surveille attentivement le pouls de sa malade.

LES NOURRISSONS EN ÉTAT DE CROISSANCE
RETARDEE

Un nourrisson est en état de croissance retardée lorsque son poids et sa taille sont sensiblement inférieurs à ceux qui correspondraient normalement à son âge. *Cet enfant se présente en clinique sous trois aspects principaux: atrepsie, atrophie et hypotrophie.*

L'atrepsie de Parrot se définit la cachexie marastique des 3 premiers mois de la vie, d'origine gastro-intestinale, avec lésions irréparables. C'est le degré ultime de l'atrophie infantile, celui où l'enfant ayant perdu la moitié ou plus du poids qu'il devrait avoir, à son âge, ne peut plus être restauré quels que soient les aliments qu'on lui fournisse, lait de femme, lait de vache cru ou stérilisé, hydro-carbonate, etc. (Variot).

L'atrophie s'applique à tous les troubles de la nutrition plus ou moins graves survenant pendant la première année de la vie, résultant le plus souvent d'une alimentation défectueuse de tares héréditaires (tuberculose, syphilis, alcoolisme), de débilité congénitale, de malformations organiques etc, et se caractérisant par un retard plus ou moins durable de l'accroissement du poids et de la taille si on les compare avec ce qu'ils devraient être. Il n'y a aucune différence de nature entre l'atrepsie et l'atrophie, mais seulement une différence de gravité. L'atrepsie n'est rien autre chose que de l'atrophie grave survenant dans les 3 premiers mois de la vie: on a conservé ce mot par respect pour Parrot qui l'a décrite si merveilleusement. L'atrophie reste donc l'expression la plus généralement réservée aux enfants en état de croissance retardée.

L'hypotrophie comprend l'atrophie infantile, d'origine gastro-intestinale, prolongée pendant la 2e, la 3e année et même au-delà.

Cet état de croissance retardée est très fréquent dans l'allaitement artificiel sans lui être absolument exclusif. On le rencontre aussi dans l'allaitement maternel lorsque la mère a insuffisamment de lait et persiste à donner exclusivement le sein sans s'aider du lait de vache, ou bien lorsqu'elle suralimente son enfant en lui donnant des tétées trop longues et trop rapprochées. A part l'hygiène alimentaire défectueuse qui constitue la principale cause de la croissance anormale, il faut citer le logement insalubre, la naissance débile ou prématurée, les maladies de l'enfant, les tares héréditaires des parents, une mauvaise hygiène générale, la condition sociale (la pauvreté favorise l'état de croissance retardée).

L'atrepsie et l'atrophie infantiles sont le cauchemar de la majorité des praticiens et les portent à négliger quelque peu le traitement toujours long de ces 2 affections. On se borne à conseiller aux parents d'essayer telle nourriture artificielle sans s'occuper des résultats obtenus et sans donner des notions bien précises sur la manière de l'employer et sur ce que l'on devrait faire si elle ne réussit pas. Je voudrais aujourd'hui chercher à ajouter quelques conseils pratiques à ceux déjà donnés par les auteurs de pédiatrie relativement au traitement diététique et symptomatique de ces affections si déconcertantes à soigner.

Le traitement diététique prophylactique ou curatif de l'atrepsie, de l'atrophie et de l'hypotrophie comporte à peu près les mêmes indications: il n'y a qu'une question de degré. Si on laisse de côté les cachexies dues à la tuberculose, à la syphilis, à l'alcoolisme ou autres intoxications héréditaires, on peut dire que les états de croissance retardée nommés plus haut sont le plus souvent la conséquence de troubles gastro-intestinaux prolongés ou d'une alimentation mal réglée c'est-à-dire d'une suralimentation beaucoup plus souvent que d'une alimentation insuffisante. Plus rarement l'atrepsie, l'atrophie et l'hypotrophie infantiles résultent de maladies aiguës, prolongées ou de maladies chroniques d'emblée.

Dans l'allaitement au sein (suffisant) ces troubles de la nutrition sont exceptionnels lorsque la mère veut bien suivre les règles d'une hygiène alimentaire convenable.

Deux éléments commandent toute la symptomatologie de ces états de la croissance retardée: 1^o l'impossibilité plus ou moins complète pour l'enfant de digérer et surtout d'assimiler l'alimentation donnée. 2^o une dénutrition caractérisée par une déshydratation excessive, du refroidissement et une prédisposition particulière aux infections secondaires.

En se fondant sur ces constatations cliniques pratiques, bien observées, nous formulons d'accord avec les praticiens (auteurs,) les indications thérapeutiques suivantes:

(a) *Réhydratation de l'enfant.* Cette indication est surtout importante dans les cas graves d'atresie: elle est remplie par l'usage du chlorure de sodium soit en injections rectales ou sous-cutanées sous forme de sérum artificiel ou soit en donnant du bouillon de légumes salés avec ou sans farine.

(b) *Relèvement de la nutrition de l'enfant.*—Pour cela il faut employer les injections de sérum artificiel, l'aération (la meilleure possible), les hypophosphites, les phosphates, les chlorhydrophosphates, les glycéro-phosphates, la lécithine, le protoxalate de fer (0 gr, 10 cg à 0 gr, 20 cg par jour), le tartrate ferrico-potassique (0 gr, 20 cg à 0 gr, 30 cg par jour) l'arsenic (Liqueur de Fowler une goutte par jour), le sirop d'hémoglobine.

(c) *Réchauffement de l'enfant.*—On empêche le refroidissement naturel de ces enfants retardés en leur enveloppant la peau dans de l'ouate recouverte de taffetas gommé, ou bien en les enveloppant par-dessus leurs langes avec une couche de taffetas gommé imperméable (Dufour) qui évite le rayonnement de calorique et maintient la peau dans une atmosphère saturée d'humidité par la transpiration. On arrive au même but en mettant autour de l'enfant dans le lit ou le berceau soit des bouteilles ou cruchons

d'eau chaude, soit des sacs d'eau chaude, soit des briques ou fers chauds, soit des sacs d'avoine ou de sels chauds, aussi par des bains à 100° F d'une durée de 15 à 20 minutes ou des bains progressivement réchauffés depuis la température initiale rectale du bébé jusqu'à 100° F.

(d) *Protection contre les infections secondaires.*—On évite ces infections en surveillant l'estomac et l'intestin, la peau et les voies respiratoires ou digestives, supérieures. On traitera la diarrhée, si elle existe, par des lavages d'intestin avec du sérum artificiel, et par l'emploi, le moins possible, de médicaments appropriés. On combattra les vomissements par le lavage d'estomac ou des anti-émétiques inoffensifs. On désinfectera la bouche et la gorge avec des antiseptiques faibles (péroxyde d'hydrogène, glyco-thymoline, glyco-listérine, borol coupés d'eau 2/3 ou 3/4 d'eau stérilisée). La peau sera tenue très propre sans usage d'antiseptiques trop actifs. On évitera la contagion par l'isolement; on mettra l'enfant à l'abri des poussières (balayage humide et non sec); on aérera longuement la chambre habitée par l'enfant tout en le protégeant contre les refroidissements cause occasionnelle des rhumes et broncho-pneumonie (dangereux chez ces débilités). On conseillera, si possible, le changement d'air et le séjour à la campagne: on mettra les nourrissons pendant quelques heures tous les jours sur un plan incliné et à l'extérieur afin de prévenir les inconvénients du décubitus horizontal prolongé (otite de la caisse, Lesage).

(e) *Institution d'une alimentation convenable.*—C'est l'indication la plus importante de toutes et la plus difficile à réaliser. C'est celle qui embarrasse le plus le praticien et le porte à négliger son malade. La pratique de la pédiatrie nous enseigne que l'on est souvent obligé de tâtonner pendant quelque temps avant de trouver la nourriture artificielle qui fait engraisser les enfants retardés. Malgré cette constatation clinique, il faudra toujours

avoir présent à l'esprit, lorsque l'on donnera une direction alimentaire, les deux principes suivants aujourd'hui parfaitement admis et autrefois longtemps contestés: 1^o *Le lait n'est pas l'aliment unique convenant dans tous les cas à tous les nourrissons malades: il peut même, remarquons-le bien, devenir pour quelques-uns un véritable poison et produire la mort*, ainsi que l'on en rencontre des cas en clientèle, lorsque les parents refusent d'écouter les avis du médecin averti. 2^o *Le nourrisson est capable de digérer et surtout d'assimiler les hydrocarbures (farine et sucre) beaucoup plus tôt qu'on ne le pensait autrefois.*

Toutefois en dépit de ces données scientifiques confirmées par l'expérience il est souvent impossible de formuler d'avance une règle absolue relativement à l'alimentation la plus convenable aux enfants retardés. On se souviendra que dans les cas sérieux le régime au lait stérilisé, pasteurisé, bouilli à l'air libre ou cru est mal toléré pour les 2 raisons suivantes: *inaptitude de l'intestin atrophié à digérer les graisses et putréfaction très facile du lait chez ces enfants.*—On essaiera le sein si c'est possible, parce qu'il est le meilleur préventif et curatif de ces affections, si le résultat est mauvais on fait un allaitement mixte en remplaçant le sein, 2, 3 ou 4 fois dans la journée par du bouillon de légumes ou du babeurre. Si l'enfant n'engraisse pas on remplacera l'allaitement au sein quelquefois mal toléré ou bien l'allaitement mixte par du lait de vache stérilisé bouilli ou cru en quantités un peu supérieures à celles que prendrait un enfant normal et toujours coupé d'eau sucrée ou de décoctions d'orge, de ris ou d'avoine: la balance contrôlera les résultats obtenus. Et si au bout de 5 à 6 jours le poids n'a pas tendance à augmenter, il ne faut pas s'acharner (se toquer) à continuer cette alimentation mais recourir à d'autres substances plus assimilables. On commencera par les *hydrocarbures* tels que le *bouillon de légumes salé aux farines* et au bout de 5 à 6 jours le *babeurre* (lait de beurre) seul ou la

soupe de babeurre; ou bien on utilisera le *bouillon végétal de Comby aux farines*, plus nourrissant que le premier. *Ces aliments hydrocarbonés empêchent les putréfactions azotées de l'intestin et rendent meilleure par leur présence l'assimilation de l'albumine.* Parmi les hydrocarbures ce sont les farineux sucrés qui donnent les résultats les plus nets, l'expérience ayant démontré que le nourrisson malade peut digérer les farineux beaucoup plus tôt qu'on ne le pensait il y a 20 ou 25 ans, à la condition d'être donnés d'une manière transitoire et préparés à l'eau. Cette constatation est importante à souligner; *mais elle n'autorise pas à substituer le régime des farineux à l'allaitement artificiel normal (lait ordinaire) chez l'enfant bien portant, car chez ce dernier le régime lacté exclusif est toujours le meilleur; cependant s'il vient à ne plus être supporté on pourra avec succès le remplacer par l'usage des farines sucrées* (Terrien). Le seul but du régime hydrocarboné n'est pas de supplanter l'allaitement habituel mais de le remplacer quand il est devenu impossible ou nuisible, et pour parer à des accidents immédiats.

Je viens de mentionner le babeurre seul ou additionné de farine et de sucre (soupe de babeurre) comme étant le meilleur aliment assimilable des enfants en état de croissance retardée (1 pinte de lait de beurre, 1/2 once de farine de riz orge ou froment, 1 1/2 once de sucre et 1/3 once de beurre: faire bouillonner 3 fois rebouillir 25 minutes), mais cette substance n'est pas la seule utilisable avec succès. Quelques enfants le refusent ou le tolèrent mal, et il faut en employer d'autres.

En clientèle ordinaire on s'attachera à continuer les substances alimentaires qui feront engraisser le bébé quand bien même elles faciliteraient le rachitisme et le scorbut: il vaut mieux sauver la vie des enfants avec un régime exceptionnel, que de les laisser mourir avec des aliments réguliers mal assimilés, d'autant plus que le scorbut et le rachitisme sont beaucoup moins dangereux

et se traitent bien. Le *lait hypersucré* à 10% (au lieu de 8% *stérilisé* donne souvent des résultats surprenants tel que nous l'avons constaté à " La Crèche St-Vincent de Paul "; il en est de même du *lait condensé sucré* du commerce coupé avec de l'eau de riz (diarrhée) ou d'orge (constipation). La *poudre de lait ou lait desséché* (Klim) préparée au moment du repas en jetant de l'eau bouillante sucrée dans la proportion de 2 à 3½ onces pour 1 à 3 cuillérées à thé de lait sec, réussira dans certains cas à la condition d'augmenter graduellement cette quantité de lait en se basant sur les résultats de la pesée (le bébé doit engraisser), à la condition d'avoir une poudre préparée avec du lait frais de bonne qualité, trait aseptiquement et employée fraîche (1 à 2 mois après sa préparation). Le lait desséché n'est pas absolument aseptique mais il est sensé contenir moins de bactéries que les laits ordinaires livrés à la consommation lorsqu'il est bien préparé. D'ailleurs reconstituant le lait avec de l'eau bouillante versée sur la poudre on la stérilise, et le repas donné immédiatement à l'enfant peut être considéré comme dépourvu de germes nuisibles (Aviragnet).

On peut encore utiliser le *lait peptonisé* soit au moyen de peptonizing tubes ou bien avec le " Fairchild's peptogenic milk powder "; le *lait aigri* complet ou partiellement écrémé et bouilli ou stérilisé au moyen des pastilles de Bennet du commerce; le *petit lait* obtenu en faisant coaguler du lait avec de la présure; le *lait digéré artificiellement* par l'addition de 10 grammes de pégnine (mélange de labferment et de sucre de lait) par litre de lait pur (non coupé d'eau) préalablement bouilli; les *laits modifiés américains* fabriqués de toute pièce, dans les laboratoires et obtenu par un mélange en proportions variables, de crème, de petit lait, d'eau lactosée, d'eau de chaux et même de décoctions de céréales etc; enfin les *farines lactées commerciales*.

Ces dernières (farines lactées) sont justifiables d'être essayées

à la condition d'en faire un choix judicieux lorsque les autres modes d'alimentation ont échoué. Pendant les 8 ou 9 premiers mois de la vie, il ne faut employer que les farines dont l'amidon est diastasé, c'est-à-dire converti en sucre telles que le Horlick's Malted Milk, Allenbury's food Nos 1 et 2 (lait sec avec céréales diastasées) et Mellin's food préparé à l'eau bouillie. Cette dernière farine ainsi que la Farine Nestlée, l'Allenbury's food No 3, le Benger's food, la Phosphatine Fallières, Farine Renaux etc., ne devraient être employées qu'après l'âge de 8 ou 9 mois parce qu'à cet âge l'amidon peu diastasé ou non diastasé se digère mieux. Cependant il faut avouer qu'en pratique ces dernières (ainsi que d'autres non mentionnées) réussissent quelquefois là où les premières ont échoué. Toutes ces farines commerciales ont un excès d'hydrates de carbone si on les compare avec le lait de femme, et produisent de la flatulence et du relâchement des intestins.

Le praticien qui emploie ces laits d'exception et ces farines lactées commerciales doit se rappeler que ces *substances ne sont que des aliments temporaires, et qu'il faut reprendre le lait de vache bouilli, stérilisé, pasteurisé ou cru dès que l'enfant aura acquis le poids qu'il devrait avoir pour son âge*. Tous ces aliments d'exception favorisent beaucoup plus souvent que le lait de vache ordinaire le rachitisme et le scorbut infantiles (ce dernier étant prévenu avec l'usage des jus de fruits crus).

Le retour à l'alimentation au lait de vache ordinaire coupé ou non avec de l'eau bouillie sucrée à 3% ou avec des décoctions de céréales fraîchement préparées (riz, orge, avoine) se fera très graduellement, et s'il y a des troubles digestifs on retournera au régime d'exception quitte à essayer de nouveau la reprise de l'alimentation régulière au bout de 4 ou 5 jours. Pour aider la digestion et l'assimilation de l'aliment normal on utilisera l'extrait de bile, l'extrait pancréatique, la pepsine, la noix vomique, le

fer, l'arsenic, le sérum artificiel et le séjour au grand air ou encore mieux à la campagne.

Dr R. FORTIER.

— :000 :—

REVUE DES JOURNAUX

DE L'INDICATION ET DU PRONOSTIC OPERATOIRES DANS LES PLEURESIES PURULENTES GRIPPALES

Ni la nature de l'agent microbien, ni la précocité de l'intervention ne semblent conditionner le pronostic des pleurésies purulentes. Celui-ci semble lié au contraire, et cela presque "exclusivement", à l'état du poumon sous-jacent et surtout à celui du poumon du côté opposé. Si la valeur fonctionnelle de ceux-ci est déjà déficientes du fait de lésion étendues, l'intervention aggrave la situation plutôt qu'elle ne l'améliore.

En effet, chez les malades dont les localisations pulmonaires sont éteintes ou en voie de guérison, l'intervention amène une diminution progressive de la dyspnée et une chute immédiate de la température. La guérison est la règle.

Au contraire, chez les malades souffrant de lésions pulmonaires souvent bilatérales, (pneumonie, spléno-pneumonie, broncho-pneumonie, congestion ou œdème) l'intervention n'amène aucune défervescence de la température, et augmente la dyspnée par création d'un pneumothorax artificiel contribuant à diminuer le champ de l'hématose déjà très déficiente.

La mort survient dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent l'intervention.

L'auteur de cet article donne les statistiques suivantes qui semblent prouver de façon péremptoire la justesse des indications ci-haut données.

23 cas de pleurésies purulentes furent opérées. Sur ces 23 malades opérés 15 sont guéris, 8 sont décédés.

Les 15 malades guéris ont été opérés quand leurs accidents pulmonaires étaient disparus ou en voie de disparition, les 8 malades décédés l'ont été alors que ces accidents étaient en pleine évolution.

Est-ce à dire que, pour les 8 cas précités, l'intervention plus tardive eut permis la guérison et que de toute manière, ces malades ne fussent pas destinés à succomber? Certes, il ne faut pas méconnaître la gravité des accidents pulmonaires qui à eux seuls et sans propagation pleurale suffisent à déterminer la mort; mais si ces malades avaient quelque chance de guérison, l'intervention trop précoce a contribué pour une large part à la supprimer.

En résumé: 1^o Le pronostic d'une pleurésie purulente grippale paraît conditionné bien moins par la nature de l'agent microbien et par la précocité de l'intervention que par l'état des deux poumons.

2^o Il y a intérêt à traiter ces pleurésies médicalement (évacuation de l'épanchement par ponctions et injections intrapleurales de sérum spécifique, par exemple), jusqu'à guérison ou amélioration des lésions pulmonaires. L'intervention chirurgicale peut alors être pratiquée avec toutes les chances de succès. (*La presse médicale*, 16 juin 1919, par Louis Legendre).

LA RÉDUCTION DES LIQUIDES DANS LE TRAITEMENT DES ŒDÈMES

Qu'il s'agisse des œdèmes que l'on trouve chez les cardiaques asystoliques, des œdèmes des congestions rénales ou encore de ceux de la cachexie, il vaut toujours mieux, avant d'avoir recours aux médicaments cardio-rénaux, d'essayer le régime restreint des boissons et le repos durant quelques jours.

Karell, le promoteur de cette méthode, donnait à l'exclusion de tout autre aliment solide ou liquide, 60 à 200 gr. de lait trois à quatre fois par jour. C'est seulement à la fin de la deuxième semaine qu'il atteignit un ou deux litres en vingt-quatre heures.

A ce régime trop pauvre en calorie, provoquant la soif, la faim, la faiblesse, MM. Tcherthoff et Heim substituent chaque jour.

1^o 600 à 800 gr. lait ou café au lait (soit 400 à 550 calories) sucrés avec 50 gr. de sucre (200 calories);

2^o 100 gr. de beurre (800 calories), deux œufs (150 calories);

3^o Huit biscuits ou 200 gr. pain sans sel (350 à 500 calories), huit à dix pruneaux secs (150 calories);

Si le malade a trop soif, ce qui est rare, on permet en outre 100 à 300 gr. de lait, d'eau minérale ou de toute autre boisson non alcoolisée.

Si le malade a trop faim (fait plus fréquent) on ajoute quelques biscuits ou du pain sans sel ou des noix et noisettes, aliments pauvres en eau. On surveille toutefois les signes d'accumulation d'urée et d'indican dans le sang.

L'essentiel est de donner peu de liquides et peu de chlorures. Cette réduction des chlorures est nécessaire pour bien supporter la diminution des liquides; elle devra être maintenue jusqu'à la disparition des œdèmes.

En quelques jours, on voit fréquemment céder les œdèmes sous-

cutanés, la stase pulmonaire ou hépatique, l'albuminurie, la dilatation cardiaque, la dyspnée et la cyanose, l'arythmie et la tachycardie. L'oligurie elle-même s'atténue mieux qu'avec des liquides abondants.

C'est seulement en cas d'insuccès qu'on aura recours aux médicaments cardio-rénaux, car l'action de ces stimulants s'émousse vite; il vaut mieux les réserver pour l'avenir.

Quant aux purgatifs, mieux vaut les éviter; la faible deshydratation qu'ils produisent ne compense pas la fatigue qu'ils entraînent pour le malade. (*Journal de médecine et de chirurgie*. Art. 25955 par Dr A. F. Phéque, 25 Décembre 1918).

—:o:—

BIBLIOGRAPHIE

DIAGNOSTIC CLINIQUE, EXAMENS ET SYMPTOMES.

—Par le Docteur Alfred Martinet, avec la collaboration pour quelques chapitres des Drs G. Laurens, Lutier, Léon Meunier, et St. Cène. 1 volume grand in-8° de 924 pages avec une riche illustration de 784 figures en noir et en couleurs (Masson et Cie, Éditeurs, Paris)... 30 fr. (+ 10%).

C'est le *symptôme concret*, et lui seul, dans toute sa complexité, que rencontre la clinique.

Dans la pratique, le *problème diagnostique* se pose de la façon suivante: Un sujet consulte à l'occasion d'un malaise: il tousse, il maigrit, il ne dort plus, il a vomi du sang, il est "jaune", il souffre des reins", il a des démangeaisons, il a des accès de fièvre, il a mal à la tête, il se sent fatigué, etc.

L'originalité de ce livre est précisément de partir de l'exposition de ces symptômes pour *exposer* "le malade" avant "la maladie". C'était un plan qui n'avait jamais été tenté.

Si, comme nous en sommes certains, cet ouvrage devient à son tour "classique", le Dr Martinet aura fait accomplir un progrès important à l'enseignement de la clinique.

On sent que ce livre a été conçu et exécuté pendant la guerre en pensant spécialement aux jeunes générations médicales que les hostilités ont éloignées des Facultés, des Hôpitaux et des Livres, et qui auront à s'assimiler plus rapidement que leurs aînées les notions nécessaires à la *pratique*.

La première partie de ce *Manuel* apprend à examiner le malade: selon qu'il se présente avec tel symptôme déterminé, il faut savoir l'interroger, le palper, l'ausculter, rechercher ses réflexes, analyser ses urines, examiner ses crachats, etc.

Une illustration abondante et, pour certains chapitres, entièrement originale permet à cette démonstration d'être à la fois brève et claire: l'exposition des procédés d'examen du cœur ou des voies respiratoires, par exemple, font l'objet, non d'une description verbale, mais d'une exposition concrète sous forme de schémas dessinés sous la direction de l'auteur.

La seconde partie passe successivement en revue tous les symptômes que rencontre la Clinique.

En 55 chapitres, vivants, concrets et écrits en vue d'éclairer le diagnostic, le Dr Martinet étudie séparément: la toux, la fièvre, l'insomnie, les douleurs lombaires, les algies des membres, etc., etc., en un mot tous les symptômes sous la forme même où ils peuvent s'observer.

Pour chacun d'eux, des tableaux d'ensemble présentés sous une forme synoptique constituent à la fois des mementos pratiques et des cadres d'examen pleins de suggestions.

L'auteur a pensé avec raison que l'ordre alphabétique donnerait au lecteur plus de facilité pour consulter et manier l'ouvrage.

Tel qu'il est, il constitue un *dictionnaire de Médecine pratique* où seraient contenues toutes les données utiles pour *découvrir le mal derrière le malade* et permettre d'instituer un traitement.

Le numéro du 1er mars 1919, neuvième année, du grand magazine *Paris Médical*, dirigé par le professeur Gilbert, est consacré exclusivement à la *Grippe-Tuberculose*.

En voici les principaux articles :

Les manifestations pulmonaires au cours de l'épidémie de grippe de 1918, par les Drs Rathery, David Rault, Thomas. — Classification anatomo-clinique des pneumothorax spontanés chez les tuberculeux, par le Dr Sabourin. — Traitement de la gangrène pulmonaire, par le Dr P. Emile Weil. — L'utilisation militaire des hommes réformés pour tuberculose pulmonaire, par le Dr A. Gausse. — Emphysème sous-cutané limité à expansion respiratoire au cours d'un pneumothorax tuberculeux, par le Dr Ch. Mantoux. — La forme récurrente de la grippe, par le Dr Maignial. — Le médecin de famille et le secret professionnel, par le Dr P. Cornet. — Le professeur Emile Kuss, par le Dr Lereboullet. — La réception des étudiants à la Faculté de Médecine de Paris, par le Prof. Carnot. — Le mouvement médical en Espagne, par le Dr Vidal. — Hippolyte Morestin, par le Dr Mouchet. — *Actualités médicales, Sociétés savantes, Revue des Thèses, Nouvelles, Chronique des livres, Médecine pratique.*

Ce numéro, comprenant 60 pages in-4 à deux colonnes avec figures, sera expédié contre 1 franc en timbres-poste envoyé à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.
