

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS.

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,
H. HERVIEUX,

MM. A. Le SAGE,
A. MARIEN.

99° Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XXXVII

DECEMBRE 1908

No 12

MEMOIRES

L'ADAPTATION A DOMICILE DU TRAITEMENT DES TUBERCULEUX, TEL QU'ON LE PRECONISE DANS LES SANATORIUMS (1).

Par le Dr A. KNOFF,

Professeur de phthisiothérapie au Post-Graduate Medical School N. Y. Directeur de la
clinique des maladies du poumon au département d'hygiène, N. Y. Médecin
visiteur au Sanatorium Riverside pour les tuberculeux, N. Y. Médecin
consultant au Sanatorium de St-Gabriel, N. Y. Médecin
Scanton, Pensylvanie, etc., etc.

C'est ma première leçon officielle comme professeur du Post-Graduate Medical School and Hospital de New-York, devant la société de clinique des diplômés de cette institution.

Je ne puis laisser passer cette occasion sans exprimer ma profonde gratitude au Bureau des Directeurs et à la Faculté entière pour le grand honneur que l'on vient de me décerner en me nommant au poste important de cette nouvelle chaire d'enseignement moderne de la phthisiothérapie. Je réalise la responsabilité que j'assume.

Je suis appelé à enseigner à des hommes qui bien souvent ne seront pas seulement mes aînés, mais aussi mes supérieurs en expérience et en pratique.

Toutefois, j'espère, qu'en poursuivant assidument la tâche active qui m'incombe comme professeur, le contact d'hommes aussi dis-

(1) Traduit de l'anglais par le Dr Edmond LeSage.

tingués qui se proclament humblement praticiens généraux, me permettra d'acquérir des connaissances précieuses qu'à mon tour je pourrai communiquer à d'autres. D'après moi, un professeur qui ne peut apprendre quelque chose de ses élèves n'a pas parfaitement compris la signification ni l'importance de sa position.

C'est mon ambition, avec l'aide de notre distingué président et des autres membres de la Faculté, de faire de cette nouvelle *chaire* de phthisiothérapie, un centre d'éducation et d'enseignement digne de cette grande institution médicale de notre belle ville et de la noble cause à laquelle cette chaire est consacrée.

L'enseignement de la thérapeutique tuberculeuse, aujourd'hui s'étend bien au delà de ces détails succincts, et quand une chaire de ce genre est instituée pour les gradués, son importance est d'une valeur bien supérieure à toute chaire destinée à l'enseignement des débutants.

Si je puis attirer votre attention et obtenir votre coopération, je veux discuter avec vous, dans mes cliniques de semaine le diagnostic précoce de la tuberculose. C'est ici notre point de repaire le plus instructif.

Ensuite, nous discuterons l'étiologie en autant que l'organisme spécifique y est concerné, puis nous étudierons les circonstances prédisposantes, héréditaires et acquises, physiques ou sociales.

Il me semble être de notre devoir d'étudier spécialement l'aspect social de la tuberculose, parce que, sans cela il est impossible d'en résoudre le problème. Nous étudierons le développement de la tuberculose, chez les bébés et enfants, et les conditions malsaines qui peuvent favoriser la propagation de la phthisie à la maison, à l'école et dans les manufactures.

Nous étudierons aussi les devoirs de l'État et des municipalités dans le contrôle de cette maladie.

Nous discuterons les diverses méthodes de traitement, dans les sanatoriums, les dispensaires et à la maison.

Nous avons l'espoir de fonder, avec le temps, un musée, ou exposition tuberculeuse qui nous aidera à démontrer pratiquement les moyens thérapeutiques et prophylactiques en vogue dans nos institutions ainsi qu'au foyer domestique.

Dans cette leçon d'ouverture, je vais essayer de vous démontrer d'une manière aussi bien explicite que possible, comment il est

possible d'adapter et d'appliquer à domicile les méthodes en usage dans les sanatoriums pour le traitement des tuberculeux.

Vous remarquerez sans doute que j'emploie le mot "sanatorium," et je le fais avec intention.

Je préfère cette expression au mot "sanitoria" pour les raisons suivantes :

Behmer, le fondateur de la première institution de ce genre, l'appelait "Heilfaustalt," ce qui voulait dire, "institution à guérison," et le mot sanatorium, du mot latin "sanare" — guérir, exprime certainement plus justement l'idée du mot allemand que le mot "sanitorium." Cette dernière expression vient du mot latin "sanitos," santé, et s'emploie généralement dans ce pays pour désigner un endroit particulièrement sanitaire, une place favorite pour les convalescents ou même une institution pour le traitement des maladies mentales et nerveuses.

Je profite de cette occasion pour vous dire que le mot "tuberculeux" est aussi impropre et ne sera jamais employé au cours de nos leçons et discussions sur la tuberculose.

Le mot tuberculeux est aussi mal approprié que le mot "sanitarium" quand nous parlons de la tuberculose.

Tubercule signifie réellement une éminence ou élévation, comme la tête d'une épingle et peut aussi s'appliquer à n'importe quelle maladie, alors que les conditions pathologiques produisent certains changements ou élévations d'apparence identique aux tubercules.

Le mot tubercule indique telle apparence pathologique, et, comme vous le savez, nous avons les tubercules de la lèpre, le tubercule à type syphilitique et autres maladies cutanées souvent décrites comme tubercules, indiquant leur forme nodulaire.

* * *

Quand nous parlons de tuberculose, cette maladie produite par un organisme spécifique découvert par Robert Koch, connu sous le nom de bacille tuberculeux, l'adjectif approprié doit être "tuberculeux."

Parce que l'expérience a démontré que dans la plupart des cas de tuberculose, le meilleur et le plus actif traitement de cette maladie est la méthode en usage dans le sanatorium, il est urgent que les cas privés, qui, pour une raison ou pour une autre, ne peuvent

bénéficier des avantages de ces institutions, adoptent autant que possible à domicile le traitement en usage dans ces sanatoriums.

Quelle est la partie la plus essentielle de ce traitement ?

L'individu : c'est-à-dire traiter le patient et non la maladie.

Le phthisio-thérapeute ne doit pas seulement, commander la confiance complète de son patient, mais il doit aussi connaître ses dispositions, ses particularités, idiosyncrasies — prédispositions et habitudes journalières.

Il faut que le patient réalise l'importance de confier au médecin tous ses troubles, et à personne d'autre.

Si par hasard il recevait des avis de patients compagnons ou amis qui, même à dessein, lui confieraient leurs ennuis, il faut leur dire doucement qu'il a assez des siens. . .

Au sujet du traitement domestique de la tuberculose, il faut faire une différence entre les cas ambulants et les cas de lit.

Le premier continue, debout, une vie débile, il peut même travailler par intervalles.

Le second est plus souvent à la chambre et au lit.

La première chose dans tous les cas est de pourvoir aux conditions sanitaires de la maison.

Parmi les personnes d'une aisance modérée et celles qui sont propriétaires, il est important de voir à ce que le patient ait un certain nombre de chambres à sa disposition sur le second plancher ; et si la chose était impossible, au moins choisissez une chambre bien éclairée et bien ventilée, avec le soleil du sud là où votre patient doit reposer.

Même chez les pauvres familles, le patient doit avoir son propre lit. S'il est à la dernière période de la maladie et astreint au lit nuit et jour, il serait fort à propos de préparer deux lits à usage alternatif de jour et de nuit.

Les fournitures doivent être simples et en cuir. Les meubles en drap et autre matériel qui accumulent la poussière, draperies et tapis doivent être évités.

Cependant, il ne faut pas qu'une chambre soit trop dénudée. Quelques rugs, rideaux qui se blanchissent et encadrements qui rappellent certaines scènes agréables sont permis.

Même quand le patient se promène, il est important que le médecin soit familier avec les paysages environnants où habite son patient.

Si le tuberculeux vient vous consulter au bureau, il est nécessaire, dans l'intérêt du patient, que le médecin le visite à la maison de temps en temps.

S'il s'agit de la classe absolument pauvre, et surtout des patients de dispensaire, il est difficile de faire de fréquentes visites à la maison, et il faut les confier aux soins des nurses de districts.

Les mesures hygiéniques qui ont pour but de prévenir la contamination doivent être les mêmes, chez le pauvre ou chez le riche, chez les patients ambulants ou au lit.

Au foyer domestique le patient doit se servir d'un crachoir avec large ouverture, ou d'une tasse spéciale pour recevoir les crachats. Le vase doit être partiellement rempli d'eau.

Un crachoir élevé et stationnaire est préférable et ne doit jamais



Fig. 1. — Crachoir élevé dissimulé sous une jardinière-métal (Knopf).



Fig. 1. (a)

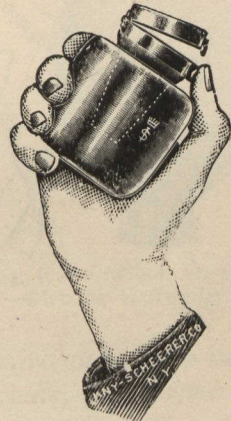


Fig. 2. — Crachoir en nickel imaginé par le Dr. Knopf. Facile à mettre en poche et à manier avec une seule main.

être sans couvert. Il a été démontré que les mouches et autres insectes qui ont accès à l'expectoration tuberculeuse, deviennent ainsi les propagateurs de la maladie.

Quand le patient se promène, il doit se servir d'un flacon de poche, s'il est assez courageux pour le faire, ou expectorer dans une boîte en carton ou dans un morceau de chiffon.

L'expérience semble favoriser la méthode suivante :

J'avise mes patients de diviser leur sac à main en deux compartiments protégés d'une couverture de soie huilée.

Je conseille à mes patients de recouvrir la poche gauche du pantalon avec un matériel quelconque imperméable et même d'acheter à bon marché de la mousseline blanche qu'ils coupent en morceaux carrés, à la manière d'un mouchoir.

En chemin le matin, les hommes remplissent cette poche ainsi protégée, et les femmes un des compartiments de ce sac ainsi pourvu de mouchoirs, qui, ensuite sont placés dans ces compartiments ou poches imperméables.

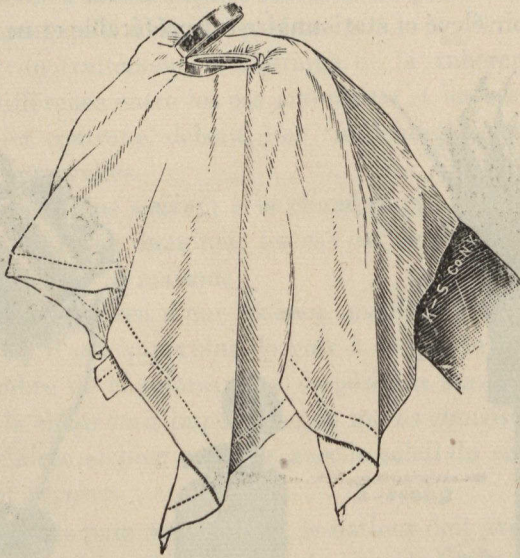


Fig. 3. — Le même, caché dans un mouchoir.

A leur retour à la maison, les mouchoirs ainsi souillés sont brûlés, les poches ou compartiments qui servent de receptacles aux mouchoirs contaminés, sont nettoyés et les mains lavées avec soin.

Les personnes qui vivent dans certains logements en ville, où le gaz est en usage, peuvent avoir des difficultés à consumer ces mouchoirs de peu de valeur, le papier ou ces crachoirs en carton.

Alors que le simple papier peut être éliminé dans le cabinet de toilette, il est impossible d'y songer s'il s'agit de mousseline ou de carton.

Ceux qui sont ainsi placés peuvent se servir de papier très mince qui peut ainsi se jeter dans le cabinet de toilette, ou encore faire usage de bouteilles en métal ou en verre qui se vident facilement et peuvent être nettoyés avec de l'eau chaude.

Le patient sait alors qu'il doit tenir ce mouchoir devant sa bouche quand il tousse ou éternue pour éviter toute infection locale.

Certains patients, bien loin de s'améliorer, deviennent quelquefois tellement faibles et émaciés qu'il leur est impossible de se servir du crachoir en carton ou de cette tasse en aluminium qui reçoit les crachats.

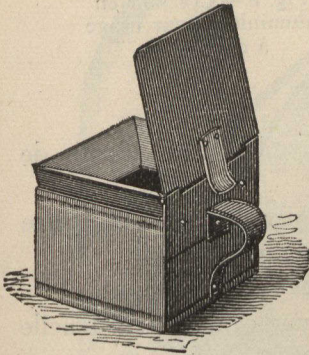


Fig. 4. — Crachoir en aluminium, récepteur.

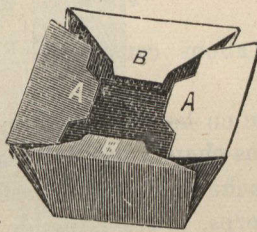


Fig. 5. — Crachoir en carton que l'on place dans le précédent.

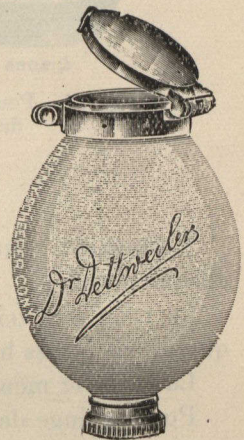


Fig. 6. — Crachoir en verre bleu de Dettweiler.

Il faut, dans ces cas, les munir d'une certaine quantité de morceaux de coton humide pour recevoir les crachats; il est même nécessaire quelquefois que la garde-malade soutienne le patient pour lui permettre d'expectorer dans ces réceptacles. Ces récipients doivent être brûlés avant qu'ils se dessèchent, et le lit et couvertures personnelles du patient doivent être touchés le moins possible à l'état sec.

Il serait même urgent que le patient ne fut pas dans sa chambre quand l'on nettoie ou change les couvertures de lit.

La chambre ne doit jamais être nettoyée en balayant ou époussettant, mais si le tapis est tel qu'il faut balayer, étendez d'abord une couche de bran de scie humide ou papier sur le tapis pour en diminuer la poussière.

S'il est possible, le nettoyage pneumatique ou le procédé à air comprimé doit être préféré. C'est la méthode idéale de nettoyer les appartements.

Les meubles doivent être essuyés avec un linge mouillé.

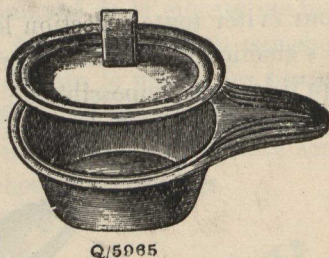


Fig. 7. — Pour usage à côté du lit.

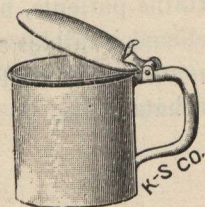


Fig. 8. — Crachoir en aluminium pour usage à côté du lit.

* * *

Maintenant, nous allons considérer l'hygiène individuelle de chaque patient.

La peau sera tenue en bonne condition par des bains d'éponge quotidiens et des bains chauds une fois par semaine.

La barbe et moustache doivent être rasées invariablement.

Pour le linge de corps, je recommande une camisole en flanelle pesante l'hiver et légère l'été.

Si, par hasard, le patient souffre ainsi du froid, il doit porter une camisole de flanelle pesante sur la peau et une autre additionnelle en coton, soie ou laine par-dessus la première camisole.

Je préfère la flanelle sur la peau parce que les sueurs sont ainsi facilement absorbées.

Il se produit une friction constante et agréable sur la peau, favorisant une ventilation fréquente et protégeant ainsi le patient contre les accidents du froid.

Les vêtements extérieurs doivent être confortables et suivant les saisons, légers en été, chauds en hiver, mais pas assez pesants pour gêner les mouvements nécessaires.

Tous vêtements gênant la respiration thoracique ou abdominale doivent être mis de côté.

Un collet haut ou tout autre obstacle autour du cou est nuisible. Il en est ainsi des corsets et ceintures du même genre.

Les jupes doivent être soutenues par les épaules, un juste-au-corps confortable est préférable au corset.

Le facteur primordial dans tout traitement est l'*air pur*. Comme je l'ai dit plus haut, le complément de tout traitement domestique consiste dans l'adaptation aussi fidèle que possible du traitement favori des sanatoriums et de leurs méthodes salubres.

Dans toutes ces institutions, les patients vivent au grand air pratiquement vingt-quatre heures par jour.

En été, les châssis doivent être ouverts, et pendant le jour, les patients vivent dans la cour, sur la véranda, ou sur le toit, sui-

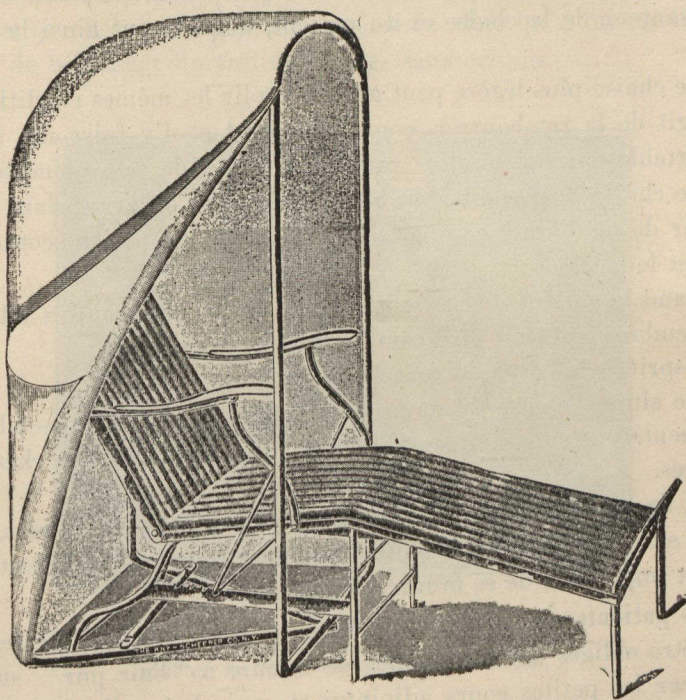


Fig. 9. — Demi-tente avec chaise longue en métal sous laquelle le malade fait sa cure d'air.

vant les conditions qui semblent favoriser le travail effectif de "l'air pur."

Dans un certain endroit, le patient se repose dans une chaise inclinée, les genoux et le dos bien à plat. Si le patient le peut,

nous lui proeurons même une tente partielle au-dessus de la tête. Cette tente se compose d'un cadre en tube d'acier que l'on peut facilement rendre portatif si nécessaire.

Au-dessus de ce cadre est une toile protectrice retenue par des boutonnières au cadre lui-même qui sert de protection au patient contre le vent ou le soleil.

Pour prévenir tout danger de tempête ou autre, cet encadrement est aussi protégé au moyen de supports enfoncés en terre qui en assurent la fermeté.

Cette chaise allongée est alors placée dans la tente de telle manière que le plancher fixé au cadre est alors tenu en position par la pesanteur de la chaise et du patient, augmentant ainsi la solidité.

Une chaise plus légère peut aussi remplir les mêmes conditions: il s'agit de la rembourrer convenablement et d'y faire un siège confortable qui puisse alors prendre la place de cette demi-tente.

Une chaise longue est alors placée l'arrière en avant dans l'intérieur de manière à ce que la chaise protège le patient contre le vent et le soleil.

Quand le patient est assis, il faut lui assurer un confort tel que les membres puissent être complètement libres.

L'esprit et le corps doivent être au repos.

Une simple chaise de navire et quelques planches assemblées représenteront suffisamment l'idée de protection relative chez les pauvres.

Un de ces parapluies favoris en usage au bord de la mer, déployé en arrière de cette chaise peut alors remplir les indications s'il est impossible de se munir d'une tente.

Les patients de dispensaire dans le centre de la ville seront peut-être obligés de se contenter de la cure à "l'air pur" sur le toit, car les petites cours adjointes et encombrées d'enfants peuvent à peine suffire.

Je ne favorise nullement l'idée des échelles de protection contre le feu dans ces cas.

Dans une récente alarme de ce genre en ville, plusieurs victimes perdirent leur vie par cause d'une obstruction de ce genre.

Le patient qui ne peut marcher doit rester dans sa chaise en "plein air."

Dans les sanatoriums modernes américains et européens, les lits des patients sont transportés sur les vérandas pendant la nuit, où ils dorment pendant les plus grands froids.

Les résultats ainsi obtenus sont fort bien connus de tous les médecins américains.

J'ai même inventé, à cet effet, une "tente avec châssis." pour favoriser les pauvres patients auxquels l'aisance ne permet aucun luxe.

La Compagnie Key-Scheer a jugé opportun d'adopter mes suggestions en ce qui concerne la manufacture de cette tente, et le débit considérable leur a permis d'établir des prix tellement modiques que le pauvre peut s'en prévaloir alors qu'il lui est impossible de bénéficier du traitement des sanatoriums.

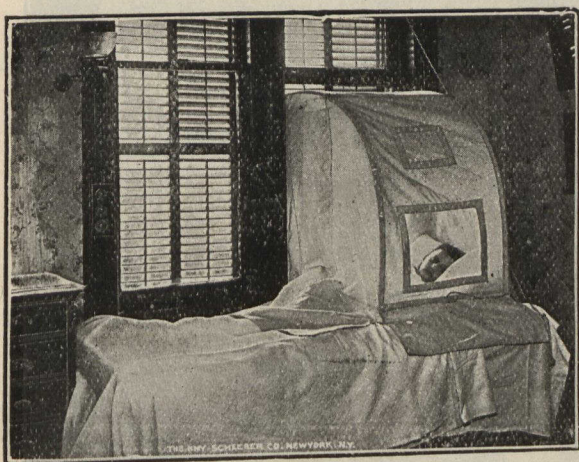


Fig. 10. — Tente de fenêtre du Dr Knopf.
Le malade voit ce qui se passe dans la maison
tout en ne respirant que l'air extérieur.

Un grand nombre cependant de ces pauvres infortunés se verront dans l'impossibilité de se pourvoir de ces tentes, même aux prix actuels, et alors le diagramme ci-inclus leur sera peut-être d'une grande utilité si leur habileté mécanique peut leur venir en aide dans l'imitation du modèle.

Cette "tente avec châssis" est un auvent qui, au lieu d'être placé en dehors du châssis, est attaché à l'intérieur de l'apparte-

ment, et disposé de telle sorte que l'air de la chambre ne puisse pas pénétrer ni se mêler à l'air de la tente.

Le patient au lit, en ligne parallèle avec le châssis, a la tête et les épaules en parfait repos dans la tente.

La tente occupe la plus basse partie d'un châssis américain, mais ne remplit pas tout à fait cette partie du cadre de la tente;

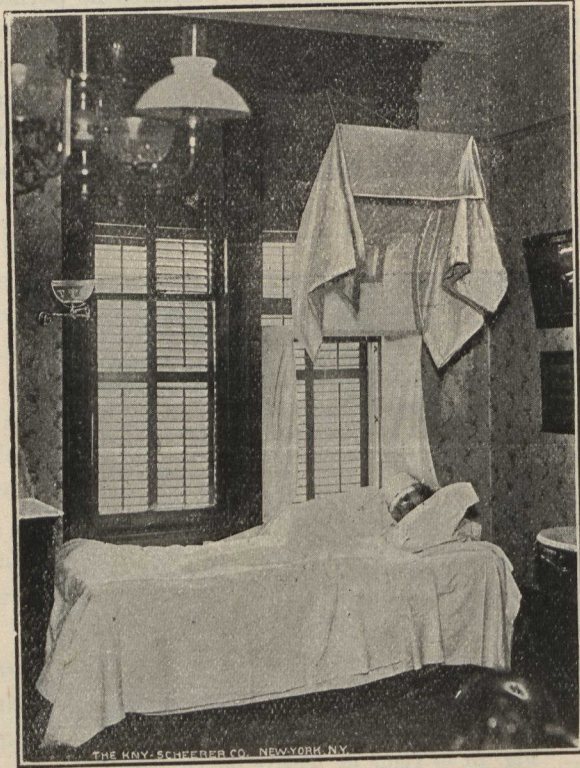


Fig. 11. — La même lorsqu'elle est relevée.

il reste un espace d'à peu près trois pouces, tel qu'illustré fig. 12, pour permettre à l'air chaud de s'éliminer.

Vous pouvez ainsi réduire cet espace, suivant le besoin, si vous changez la position de la vitrine.

Dans les temps bien froids avec tempêtes, surtout le soir, il n'est pas nécessaire de faire cette ventilation en haut du châssis inférieur destiné au malade. La respiration du patient tend à monter au sommet de la tente et favorise ainsi la ventilation.

La tente se compose d'une série de quatre compartiments faits de (Bessemer) supports, convenablement ajustés et munis de pentures terminales, opérant sur points circulaires, tellement flexibles qu'il est très facile d'en faire un tout portatif facile à manœuvrer.

Le cadre est recouvert d'une toile de yacht assez épaisse, ajustée exactement, et dont les côtés sont d'une telle longueur qu'il est possible de les plier tout autour du lit pour protéger le patient contre le froid.

Le patient se met au lit et la tente est alors abaissée au-dessus de lui, où à l'aide d'une corde et poulie attachée au haut du châssis, il peut aisément ou lever ou descendre la tente à volonté.

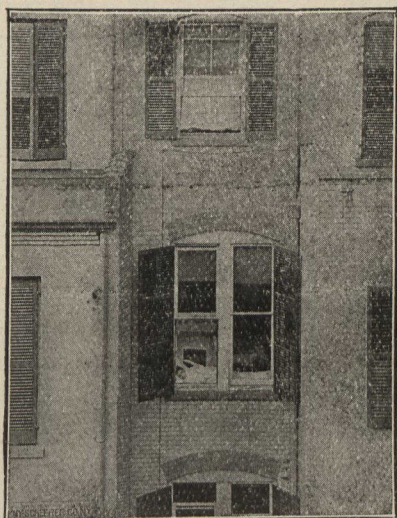


Fig. 12. — Vue prise de la même fenêtre en face.

Les contrevents vénitiens peuvent être employés avec avantage pour empêcher la curiosité des voisins et comme protection en cas de tempête.

Le lit peut être placé près du châssis droit ou gauche, suivant les dispositions du patient qui veut se reposer, pourvu que l'air frais lui frappe la figure.

Un second avantage de la tente à châssis est que ça n'attire nullement l'attention.

Le lit ainsi placé près du châssis est fort utile pour les patients pauvres qui ont de petites chambres.

S'il était nécessaire de mettre le lit à angle droit avec le châssis, il est encore possible de le faire.

Un morceau de celluloïd transparent est au milieu de la tente pour servir de châssis d'observation pour les gardes-malades ou les membres de la famille qui veulent surveiller le patient si besoin.

Le patient se sent ainsi moins isolé, en contact plus immédiat avec sa famille.

Si cette tente doit être placée à angle droit avec le châssis, la vitre d'observation peut être placée en dedans.

Inutile de dire que, règle générale, les patients ne doivent pas fumer; et si dans des cas exceptionnels, il leur est permis de le faire, on leur fait bien comprendre les dangers du feu avec cette vitre: il faut alors prendre les plus grandes précautions.

S'il est nécessaire d'élever le lit du patient au niveau de l'ouverture du châssis, il est très facile de le faire à peu de frais.

Si le lit est en fer, il est facile d'allonger les supports du lit avec quelques pouces d'un tube en fer que le plombier peut souder facilement ou quiconque sait faire usage de ces outils, il est également facile d'adapter ainsi un lit en bois.

Si la "tente avec châssis" ne répond qu'aux besoins de la nuit, la tente peut être enlevée, le lit éloigné du châssis pendant le jour et le châssis fermé; ou la tente peut être enlevée de ses crochets et mise de côté complètement.

La tente avec châssis est cependant d'un grand service aux patients durant l'hiver.

S'il y a fièvre et qu'il soit préférable de garder le malade au lit, celui-ci peut rester complètement dans la tente à châssis.

Chez les pauvres, avec chambre commune, on doit faire en sorte que le patient jouisse du traitement d'air pur et que le reste de la famille ne soit pas incommodé par le froid.

En sus de ces avantages, le patient y trouvera d'autres bénéfices dans l'usage de cette tente à châssis et un aide physique et moral d'une influence considérable sur sa condition générale.

Un sommeil prolongé et le repos complet sont des plus agréables si en même temps il peut regarder en dehors et jouir de la vie extérieure, quand peut-être il serait monotone de voir entre quatre murs.

Un patient qui hésiterait peut-être à s'endormir en face d'un châssis ouvert, sera facilement convaincu s'il vit dans cette tente.

Un courant d'air froid fait toujours une mauvaise impression chez le patient, surtout s'il transpire abondamment, mais on ne doit pas les redouter si vous faites usage de la tente à châssis ; car la construction est telle que les murs de la tente protègent le patient contre les violents courants d'air que les portes ouvertes peuvent produire.

Enfin, un dernier point en faveur de ces " tentes à châssis " est la prévention d'infection par crachats, c'est-à-dire la propagation

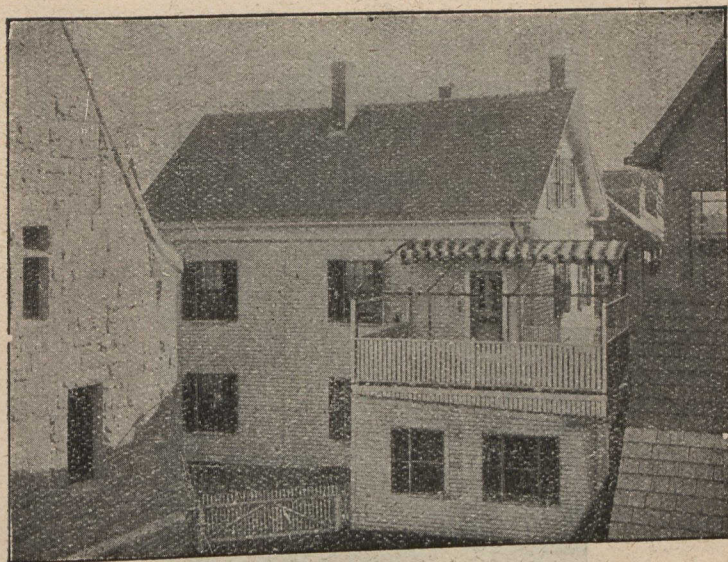


Fig. 13. — Veranda à domicile pour le sommeil à l'air libre (Trudeau).

des bacilles par la salive qui s'échappe pendant les quintes de toux, l'éternuement, etc. . .

Bien que le patient soit instruit de toujours porter son mouchoir ou sa main à la bouche quand il tousse, il est regrettable de dire que ces instructions sont souvent négligées et cet autre moyen de limiter une infection locale dans la tente est certainement d'un grand avantage. D'abord, l'exposition constante à l'air et à la lumière de ce bacille en liberté, que la salive distribue et qui alors reste adhérent à la toile de la tente, deviendra bientôt un agent

infectieux; en second lieu, dans ce modèle de tente à châssis, la toile est retenue au cadre par de simples bandes, elle se nettoie facilement et peut être lavée et désinfectée sans inconvénient.

Une autre invention fort ingénieuse et qui est très pratique même dans les petites villes et appartements privés, est l'appareil à air de Bull.

Cet appareil ne semble pas remplir les indications aussi bien dans les appartements de nos tuberculeux à New-York.

Cet appareil consiste en un auvent double, attaché en dehors du châssis, comprenant un système spécial de ventilation.



Fig. 14. — Autre modèle de maison. (Millet).

La tête d'un lit simple est placée dans le châssis et le patient jouit alors de l'air extérieur.

D'autres inventions à bon marché peuvent aussi remplir les mêmes indications dans nos maisons de campagne.

Le Dr Trudeau a préconisé une véranda également peu coûteuse et sa réputation nationale comme autorité dans le traitement de l'air pur, en garantit la valeur.

Le Dr Millet doit être reconnu comme l'instigateur et promoteur de cette idée de sommeil au grand air et fut aussi le premier qui en préconisa l'idée dans les froids rigoureux de Massachusetts.

* * *

Dans les froids de ce genre, la patient doit être suffisamment couvert et protégé de telle manière que la chaleur et le confort absolu soient suffisants pendant la nuit.

Il ne faut pas, cependant, que la pesanteur des couvertures gêne le confort nécessaire du patient.



Fig. 15. — Bonnet de laine pour le sommeil en plein air.

La couverture de laine à crochets serrés est préférable aux autres.

Le patient pauvre, dont les ressources sont souvent restreintes en ce genre d'accommodation, peut ajouter plusieurs couches de papier entre les couvertes.

Dans les froids excessifs, alors que le patient dort sous la tente, il doit se pourvoir d'un juste-au-corps en laine et protéger la tête et les oreilles d'un bonnet de laine, ou bonnet tricoté en laine.

Quelques patients se plaignent que la lumière vive empêche le sommeil du matin, qu'il est quasi impossible de reposer.

Il est préférable dans ces cas de protéger la vue d'un léger matériel à couleur foncée, tel que une *nette* de tricot noir.

Le patient tuberculeux qui est au lit, doit être pourvu d'une cloche qui facilite toute assistance au besoin.

Il lui faut naturellement, une petite tasse ou bouteille de poche prête à recevoir l'expectoration. Un vase de chambre doit être près du lit, de manière à ce que le patient ne soit pas exposé aux frissons, s'il lui fallait se lever durant la nuit.

Quand il s'agit d'une cure dans la chaise inclinée pendant le jour — que ce soit dans une demi-tente, un jardin, sur la véranda, dans une hutte de nuit, sur un toit ou sur un balcon, il faut toujours se rappeler qu'une vue agréable et les scènes attrayantes ont un effet bienfaisant sur le patient.

Cette idée majeure prédomine invariablement dans la construction des sanatoriums, et l'endroit est toujours choisi dans le but de favoriser davantage la guérison sur la véranda ou balcon.

Quand il n'y a pas de balcon, jardin, de toit plat, la tente à châssis remplit alors toutes les conditions et peut être employée pour la cure au repos durant le jour.

Le lit est enlevé et la chaise longue en prend la place.

Vous pouvez en varier la hauteur en appliquant des morceaux de bois ou en faisant usage d'une élévation quelconque ; avec l'aide de draps et couvertures épaisses, vous empêchez l'air de pénétrer et le patient vit aux dépens de l'air extérieur.

Il est important de graduer ce traitement d'air pur suivant les susceptibilités du patient.

Il lui faut comprendre que l'air du soir est aussi pur que l'air du jour.

Placez-le d'abord quelques heures dans la tente pendant la nuit et dans la chaise longue également pendant le jour.

Placez une bouteille d'eau chaude aux pieds, soit au lit ou dans la chaise, si la température est élevée et froide.

Il faut absolument que les pieds soient chauds si le patient veut bénéficier du traitement de " l'air pur."

* * *

Les exercices respiratoires sont un adjuvant si important au traitement qu'il ne faut pas les oublier.

Ces exercices bien compris et judicieusement appliqués, sont d'une grande utilité dans tous les cas du début et même chez les patients plus émaciés. Même dans la troisième période de la maladie, j'ai constaté des résultats surprenants au moyen de ces exercices respiratoires.

Certaines observations cliniques faites par le Dr Otis, au sanatorium de l'État de Massachusetts, prouvent d'une façon indubitable la valeur thérapeutique de ces exercices respiratoires dans le traitement de la tuberculose.

Quand le patient pratique ces exercices, il doit être vêtu de telle manière qu'il n'existe aucune gêne ni pression sur la cage thoracique, la gorge et l'abdomen.

Il doit être, soit en plein air, dans une chambre bien ventilée, de préférence en face d'un châssis ouvert.

Le patient se met dans la position droite et militaire, talons ensemble, le corps droit, la poitrine en avant, la tête élevée, la paume des mains appuyée sur les hanches.

Le patient ferme la bouche, fait une inspiration lente et profonde par le nez, retient la respiration quelques secondes, et alors expire un peu plus vite.

Si le patient fait bien ce premier exercice, il peut compléter l'effet en élevant les bras dans une position horizontale qui doit se faire pendant l'inspiration, il se tient dans cette position quelques secondes, puis descend les bras dans la position originale pendant l'expiration qui doit être un peu plus rapide que l'inspiration.

Après quelques jours, quand les exercices sont parfaitement exécutés, le patient doit pratiquer le suivant, presque identique au premier, avec la seule différence que les bras décrivent un mouvement circulaire jusqu'au-dessus de la tête.

Le troisième mouvement respiratoire qui exige plus de résistance et de force est peut-être plus difficile, et ne doit pas se pratiquer avant que les deux premiers soient parfaitement exécutés, par une pratique journalière.

Le troisième exercice peut être appelé "un bain sec." On doit

prendre la même position militaire, talons rapprochés, le corps droit; on étend alors les bras dans la position particulière à la nage, la surface dorsale des mains en contact; on met alors les mains en opération comme pour nager pendant l'inspiration, les mains se rejoignant finalement dans le dos.

Le patient maintient cette position durant quelques secondes, sans aspiration, pendant l'expiration, il porte les mains en avant.

Cet exercice, assez difficile devient plus facile et plus effectif si le point d'appui repose sur les orteils pendant l'inspiration, alors que la descente s'effectue pendant l'expiration.

Ces exercices exigent toujours une attention spéciale pour les exécuter, mais ils sont d'une valeur appréciable pour les patients.

Dans certains cas, le patient doit se contenter d'élever les épaules, faisant un mouvement de rotation en arrière pendant l'inspiration, rester en position pendant qu'il retient la respiration durant quelques secondes, et ensuite expirer pendant qu'il porte les épaules d'avant en arrière, reprenant ensuite une position normale.

Cet exercice peut être pratiqué en marchant, assis ou même en voiture en plein air.

Les jeunes filles et garçons, et surtout ceux qui ont une prédisposition à la tuberculose, ont une tendance à la courbature. Cet exercice est fort recommandé dans ces cas.

L'enfant aime naturellement la position droite; placez ses mains sur les hanches avec le pouce en avant, et ensuite inclinez doucement le corps en arrière autant que possible pendant la respiration, laissez-le dans cette position durant quelques secondes pendant qu'il s'abstient de respirer et ensuite laissez-le se relever un peu plus vite pendant qu'il expire et vide ses poumons.

Quant à la fréquence et au mode d'exercice, il faut préférer les plus faciles au début et procéder graduellement avec les plus difficiles.

Ces exercices sont répétés de quatre à six fois et continués jusqu'à ce que la respiration naturelle devienne une habitude.

L'individu prédisposé ou le patient qui doit pratiquer ces exercices respiratoires dans un but de guérison ne doit jamais le faire quand il est fatigué et ne jamais produire ainsi la moindre fatigue.

Dans toutes les formes chroniques de tuberculose, ces exercices respiratoires sont d'une valeur indiscutable, et dans le but d'augmenter leur efficacité, j'y ai ajouté quelques mouvements.

S'il n'est pas nécessaire de prendre certaines précautions spéciales quand il s'agit d'un enfant, femme, ou homme en santé, vous ne pouvez être trop particulier lorsque vous recommandez ces exercices pour développer le thorax et les organes respiratoires d'un tuberculeux.

Pour augmenter la capacité thoracique au moyen de ces exercices respiratoires, j'ai ajouté un mouvement qui consiste dans une inspiration suivie de près d'une seconde expiration forcée; le but étant d'expirer autant que possible l'air résiduel et supplémentaire stagnant dans les poumons, ce qui peut aussi en favoriser l'action, c'est de plier les bras sur le thorax en produisant une pression méthodique.

Si l'on considère que la somme d'air vital, c'est-à-dire, le volume d'air inspiré et expiré à l'état normal est seulement 500 c. c., l'air suppléant — le volume d'air qui peut être aspiré après respiration ordinaire 1.500 c. c. et l'air résiduel — un volume qui peut être facilement et forcément expulsé après une respiration ordinaire — c'est-à-dire 1,240 à 1,800 c. c., il est facile de concevoir l'importance, non seulement d'une respiration profonde, mais particulièrement d'un second effort expiratoire.

En ce qui concerne certaines contre-indications, il faut se rappeler que le patient à l'état fébrile ou pendant une poussée aiguë tuberculeuse, ou une hémorragie, doit s'abstenir de tout exercice respiratoire.

À la suite d'une hémorragie, il faut s'abstenir de tout exercice respiratoire avec mouvements de bras. Au contraire, je recommande les mouvements respiratoires, lents et profonds, mais rares, à la suite d'une hémorragie prolongée.

Dans le cas où une expectoration sanguine s'est continuée durant des semaines, les respirations lentes et prolongées semblent agir comme un stimulant précieux.

La toux opiniâtre qui peut en résulter, ou même ces douleurs pleurétiques que le relâchement de réelles adhérences peut produire, ne sont pas non plus une contre-indication à la continuation

des exercices respiratoires; car la toux et la douleur cessent de suite.

Quand le patient a compris la manière de respirer parfaitement par le nez, lorsque l'air est comparativement pur, le froid, la chaleur, la pluie ou la neige et même le vent ne seraient pas des raisons suffisantes contre la pratique de ces exercices respiratoires.

* * *

Puis vient le traitement solaire ou héliothérapique, c'est-à-dire l'application des rayons solaires dans le traitement des tuberculeux.

Major Charles E. Woodruff, du service médical de l'ouest des États-Unis a récemment signalé certains dangers à ce sujet.

Il prétend que la blonde est particulièrement susceptible à l'influence dangereuse du soleil; que ces patients progressent plus rapidement dans les climats froids, et que l'amélioration en hiver et la sensation de bien-être le matin sont dus à l'absence des rayons solaires.

Cette théorie fut discutée et analysée méthodiquement non seulement dans les journaux quotidiens mais aussi dans les journaux médicaux.

Il n'y a aucun doute que dans les pays tropicaux, une malade née dans les climats du Nord, fut-elle blonde ou brune, à moins que leur vie soit tout à fait étudiée et sobre et qu'elles se protègent contre la chaleur intense et les rayons ardents du soleil au milieu du jour, — doit nécessairement être la victime facile des épidémies et épidémies, voire même de la tuberculose.

Et même dans les zones tempérées et pendant la chaleur, lorsque chacun se réfugie à l'ombre, il est absurde de croire que le patient (à moins de frissons) se sente confortable en plein soleil.

Tous les sanatoriums modernes n'ont pas seulement des balcons exposés au sud, mais aussi au nord, où les patients peuvent jouir de l'ombre et du froid relatif lorsque la chaleur du soleil devient insupportable.

Dans le but de synthétiser une expression d'opinion sur ce sujet et avant de terminer une étude lue devant l'Association Nationale pour l'étude et la prévention de la tuberculose, j'ai cru devoir adresser à peu près 50 lettres aux autorités médicales, et particu-

lièrement à certains phthisio-thérapeutes les plus expérimentés. Presque tous ont répondu à mon appel.

D'après l'opinion de 40 hommes que je classifie comme autorisés en cette matière, je puis affirmer que, les blonds ou les blondes pas plus que les bruns et les brunes, ne subissent de changement dans les régions froides; que les brunes ne manifestent aucune amélioration apparente dans les climats chauds ou froids; que le soleil n'est pas nuisible dans un climat tempéré ou froid, et que l'amélioration en hiver dépend du froid et non de l'absence des rayons plus chauds du soleil.

La majorité semble aussi énoncer l'idée que la sensation de bien-être le matin chez les patients est due au repos et non à l'absence du soleil.

La plupart se sont déclarés en faveur de la thérapeutique solaire.

Il faudrait donc conclure apparemment que cette thérapeutique est appuyée par la majorité et recommandée comme un adjuvant précieux en thérapeutique anti-tuberculeuse.

La thérapeutique solaire n'est pas également bonne pour tout le monde, même dans nos zones tempérées, mais les effets ont été fort appréciables dans plusieurs cas.

A ce sujet j'avise mes malades à peu près comme ceci :

Ne vous exposez jamais au soleil sans vous recouvrir la tête; quand vous prenez un bain de soleil à l'état de repos, n'exposez que le corps alors que la tête est à l'ombre; si le scintillement des rayons du soleil fatigue les yeux, portez des verres fumés, si vous êtes fiévreux, ne prenez pas de bain de soleil.

Si une exposition prolongée au soleil produit des maux de tête, élève la température ou vous fatigue d'aucune manière, discontinuez les bains de soleil jusqu'à ce que le médecin vous avise de les recommencer.

J'ai pleine confiance dans les bains de soleil pour les patients tuberculeux; mais je crois aussi aux préventions nécessaires, que je considère d'une telle importance que je donne toujours les instructions suivantes.

On doit choisir la chambre la plus exposée au soleil, aucun tapis cloué ne doit être employé dans cette chambre et le plancher doit être scrupuleusement net.

Dans une maison privée, là où les fenêtres voisines sont rapprochées, les inconvénients nécessiteront peut-être l'usage d'un écran (*screen*).

La température de la chambre sera, en hiver, de 70° à 75° Fahrenheit.

Bientôt la peau du patient perdra de sa sensibilité au contact de l'air, et alors on peut abaisser la température de la chambre.

Il faut une bonne ventilation; en été, la partie supérieure des châssis peut être laissée ouverte.

Le patient se déshabille entièrement, mais s'il se plaint du froid aux pieds, il peut garder ses bas et même ses chaussures jusqu'à temps qu'il se soit réchauffé.

Alors il enroule une couverture chaude autour du corps et ensuite un grand drap, il se couche sur le plancher le corps au soleil, et la tête à l'ombre, légèrement élevée au moyen d'un oreiller.

Quand il commence à ressentir la chaleur du soleil, il se découvre graduellement jusqu'à ce que le corps tout entier soit exposé au soleil, puis il se retourne sur le ventre pour exposer le dos.

Il reste ainsi dans cette chambre depuis une demi-heure jusqu'à deux heures, suivant les ordres du médecin. Il peut même s'asseoir ou marcher, s'il le préfère.

Comme d'ailleurs tous les traitements curatifs en phthisie, les bains de soleil doivent être absolument contrôlés par le médecin; une trop grande exposition peut provoquer certaines éruptions de la peau; pour prévenir cette complication, le patient doit se recouvrir de son drap s'il éprouve une sensation de brûlure quelconque.

S'il se produisait des complications cutanées, il faut s'abstenir de bain de soleil pendant quelque temps, prendre un bain chaud et frotter la peau avec du jus de citron.

Les maux de tête ou sensations désagréables indiquent qu'un changement est nécessaire, quand bien même le bain aurait été de courte durée.

Quand la température est au-dessus de la normale, il faut s'abstenir de bains de soleil et le patient doit rester au lit.

Les patients peu févrex peuvent prendre les bains, mais si l'on s'aperçoit qu'ils produisent une élévation de température, il faut s'en abstenir de suite; il est aussi important que le patient respire profondément.

S'il est impossible de prendre à la maison autant de bains de soleil que la condition l'exige, il faut les prendre en dehors, vêtu d'habits légers et de couleur, jamais noir, rouge ou brun, de manière à laisser pénétrer plus facilement les rayons du soleil.

Le patient doit toujours se munir d'un parapluie de manière à protéger sa tête; peu importe où il prend son bain.

Pour éviter tout malentendu, je tiens à répéter que les indications et méthodes de la thérapie solaire et ses applications ne dépendent pas seulement de la localité (altitude, longitude et autre facteur climatérique), de la saison de l'année ou de la maladie pour laquelle il est prescrit, mais aussi de l'idiosyncrasie de l'individu: c'est pourquoi il ne faut jamais faire usage de ce traitement sans l'avis du médecin.

Le nombre des jours de soleil dans notre zone tempérée en sus de l'altitude nous a toujours guidé dans le choix du climat convenable à nos tuberculeux.

Ceux d'entre nous qui ont l'occasion de visiter les pauvres dans leurs quartiers connaissent fort bien le grand nombre de cas de tuberculose qui se développent parmi ces individus qui vivent, dorment et travaillent dans des chambres noires où le soleil ne peut pénétrer que bien rarement.

Permettez-moi de référer à une lettre récente que je recevais, le 2 mai, de M. Robert W. Forest, président de l'organisation de charité de New-York, et autrefois inspecteur d'appartements de ce genre.

“ Plus de 300,000 personnes dorment la nuit dans des chambres noires, sans ventilation dans ces divers appartements de la ville.

Il n'y a pas même de fenêtre entre les chambres voisines.

Cet état de choses explique fort bien la mortalité de nombreux tuberculeux dont le chiffre s'élève peut-être à 100,000 par année à New-York; la scrofule locale des os, de la peau, la tuberculose de la peau et des articulations se rencontrent en effet le plus souvent chez les enfants qui vivent ainsi sans soleil dans ces endroits de la ville et rarement parmi les enfants de la campagne qui sont toujours exposés aux rayons du soleil.

Il faut donc conclure que ceux qui sont en contact avec ces pauvres malades, étudient ce problème intéressant de ces appartements sans soleil provoquant l'éclosion de la tuberculose parmi les

masses, sont certainement en faveur du soleil comme un facteur puissant pour prévenir la tuberculose.

Ce qui confirme le vieux dicton persan qui dit que "Où le soleil ne peut pénétrer, le médecin est souvent requis."

Les résultats surprenants obtenus sur les hautes altitudes de Switzerland sont attribués, d'après des observations authentiques, aux rayons d'un soleil bienfaisant dans ces régions, et l'on peut en dire autant de notre superbe climat au Nouveau-Mexique, Arizona, au Sud de la Californie et autres régions du Sud, de même que des régions plus élevées dans l'Est du pays.

* * *

La diète, c'est-à-dire, la nourriture du patient tuberculeux est d'une importance capitale.

Mon professeur distingué, feu le Professeur Detweiler, disait: "La cuisine est ma pharmacie." Il donnait une attention spéciale à la diète dans tous les cas.

Le menu lui était soumis tous les jours avant qu'il fut préparé.

En ce qui concerne la suralimentation, je dois avouer que j'ai beaucoup modifié mes idées à ce sujet pendant les dernières années.

Il est bel et bon de nourrir nos patients convenablement et en abondance, mais je doute de la sagesse d'une suralimentation excessive qui trop souvent fatigue le patient et le dégoûte de tout aliment. Nous devons guider la diète suivant la capacité digestive et le pouvoir d'assimilation du malade.

Il faut essayer d'augmenter son poids aussi près que possible du poids normal et au moins tenir une moyenne en proportion de sa grandeur.

L'augmentation musculaire vaut mieux que celle du tissu adipeux. Il ne faut jamais oublier qu'une augmentation du tissu adipeux sans amélioration équivalente des poumons, n'est jamais d'une grande importance.

* * *

Voici, suivant moi, une règle générale et le menu d'une diète que je préconise dans chaque cas.

Au réveil, le patient au lit doit prendre un verre de lait chaud,

lait et thé ou moitié café et lait avec un morceau de pain grillé au lait. Après quelque temps il se lève et se prépare pour sa douche, friction ou massage, suivant les ordonnances du médecin. Ensuite, vers 9 heures, le patient prend son déjeuner ordinaire, qui consiste en œufs, préparés à son goût — légèrement bouillis, sur pain grillé, cru, etc., ou sous forme d'œuf fouetté avec lait avec ou sans sherry, orange ou jus de citron (jamais de whisky sans indication). S'il est habitué à la viande le matin, il prendra un steak grillé, côtelette, poulet, pain sucré, ou du bœuf cru râpé. . .

Du pain de la journée précédente (rassis), préférablement du pain de blé ou français, mais jamais chaud, beaucoup de beurre ou miel, avec lait, cocoa, café avec lait, assez faible ou une tasse de bouillon.

Quant aux céréales le matin ou le soir, le patient peut user de sa discrétion.

Les fruits doivent toujours précéder les œufs ou la viande le matin. S'il préfère le poisson le matin, il doit être servi bouilli, rôti ou farci.

Le meilleur repas doit être entre 12 et 2 hrs p.m. (4 heures après déjeuner). Le bouillon ou la soupe doit être le premier mets, les huîtres, les *clams* se digèrent très bien en nature.

Le poisson peut être servi de nouveau au dîner, sous toutes les formes, excepté rôti.

Il y aura aussi de la viande rôtie, du bœuf rôti et saignant, du mouton, poulet, etc.

Parmi les légumes, les épinards sont particulièrement recommandés par suite d'une proportion de fer digestible et assimilable.

Viennent ensuite comme valeur nutritive les lentilles, les pois, les choux-fleurs, les pommes de terre; les légumes frais doivent être servis aussi souvent que possible; la laitue et autres salades préparées avec du jus de citron au lieu de vinaigre blanc, sont tolérées.

Les puddings légères, fruits et noix constituent le dessert.

Vers 4 ou 5 hrs on peut donner du lait avec pain grillé, ou si le patient le veut, il prendra un sandwich au fromage ou à la viande; le lait peut alors être remplacé par du bouillon ou du chocolat.

Le souper ne doit pas être aussi copieux que le dîner; viande

chaude ou froide, du riz avec lait, gruau ou jelly, des fruits, du raisin qui est particulièrement conseillé à cause de sa valeur nutritive.

Au coucher encore un verre de lait ou du pain grillé au lait.

Il est impossible d'établir une règle absolue à ce qu'il faut permettre ou défendre. Il faut considérer les goûts et dégoûts du patient, il existe certaines idiosyncrasies pour certains menus ainsi que pour certains médicaments.

J'ai toléré chez quelques patients du jaubon, de la langue fumée, même hareng salé ou en marinades, sardines, et je ne m'en suis jamais repenti, car il me semble que je provoque ainsi l'appétit.

L'expérience m'enseigne que les patients peuvent avaler un nombre considérable d'œufs sans inconvénients et sans déranger l'appétit pour les repas réguliers, surtout s'ils les prennent de suite après les principaux repas; et ainsi deux, trois ou quatre œufs frais peuvent être pris 2 ou 3 fois par jour.

Si le patient ne peut pas les prendre ainsi, j'ai recours au moyen suivant :

Dans un verre à vin d'une ouverture assez étroite, mettez à peu près $\frac{1}{2}$ cuillerée à thé de jus de citron et puis une pincée de poivre et sel.

Cassez alors délicatement un œuf cru et frais, et ajoutez par-dessus un peu de jus de citron avec poivre et sel.

Le patient ne goûte que le jus de citron, et l'œuf suit son chemin comme une huître.

Règle générale, je ne préconise pas ce que l'on appelle médecine d'alimentation, j'avoue cependant que le fer tropon ou le tropon simple, qui est une préparation albumineuse inventée par le Professeur Tuckler de Borne et Sanatogen, m'ont rendu de grands services comme adjuvants dans le traitement diététique de la tuberculose pulmonaire.

Je conseille à mes patients un sommeil d'une demi-heure avant et après les repas.

Ce n'est pas toujours facile pour un homme à l'ouvrage de remplir cette ordonnance, mais leur faut se reposer autant que possible, et puis j'ajoute: " S'il vous faut travailler tous les jours, restez à la maison le soir, reposez-vous en plein air, en face d'une

fenêtre ouverte, ou restez au lit le dimanche avec les fenêtres ouvertes.

* * *

La cure d'eau est d'une importance appréciable comme tonique et comme préventif contre le froid; mais il faut être prudent avec les patients qui ne sont pas habitués à l'eau froide.

Les frictions avec l'alcool pur prévalent au début et habituent ainsi la peau et le système nerveux aux bains froids plus tôt; continuez vos frictions mixtes d'alcool et eau, puis l'eau pure et ensuite les douches d'eau froide à la température ordinaire (40° à 50° F.), telle que l'eau sort du robinet. Si le patient se plaint de frissons, c'est un signe évident que la réaction est déficiente et alors il faut modifier la température de l'eau.

Pour prévenir les complications il est préférable, au début, de donner des douches au sortir du lit, qu'il faut répéter si le patient éprouve un frisson au contact de l'eau froide.

Quand la réaction est complète et que le patient est habitué à l'eau froide, il peut produire une réaction effective s'il prend une marche antérieurement.

La constitution de l'individu détermine les principes hydrothérapeutiques actuels.

Les enfants et vieillards ne réagissent pas aussi bien que les adultes, et pendant le temps froid il faut éviter de donner des douches dans des chambres froides.

Il n'est pas nécessaire d'avoir d'appareil spécial pour ce traitement. Chez les familles pauvres, cet appareil est inconnu, car bien souvent il n'y a pas même une chambre de bain.

Il faut alors agir ainsi:

Prenez un bain anglais circulaire, à peu près 3 pieds de diamètre et 10 pouces de profondeur, dans lequel vous mettez à peu près 5 pouces d'eau froide ou tiède.

Le patient se met à l'eau, fait des lotions sur les pieds durant quelques secondes, puis une autre personne jette un ou deux pots d'eau froide sur chaque épaule, couvrant le corps entier.

Il n'est pas nécessaire que la tête soit ainsi arrosée.

Il est plus facile de demander l'aide d'une autre personne qui jette ainsi l'eau sur les épaules et le corps au moyen d'un pot ou vase quelconque.

Si vous pouvez fixer un tube en caoutchouc à un robinet quelconque à distance rapprochée, vous pouvez improviser alors une douche, un bain, ou jet direct fort appréciable.

Si le patient ambulant doit pourvoir à ces détails personnellement, il doit le faire comme suit :

Il place un bas-in vide près du lit et sur le plancher dans lequel il se tient debout, et répète les mêmes procédés sur une table voisine avec eau dans le bassin et une grosse éponge.

Il peut se mettre au lit d'abord et se réchauffer, puis se lever, enlever ses vêtements et prendre sa douche en se tenant debout dans le grand bassin et prenant l'éponge imbibée d'eau du petit bassin plein d'eau, laisser tomber l'eau, d'abord sur l'épaule gauche, ensuite sur la droite, sur la partie antérieure du cou et ensuite en arrière, baignant ainsi le corps entier. Il s'essuie rapidement et si les frissons se manifestent il peut retourner au lit.

* * *

Maintenant parlons des symptômes et de leur traitement.

Malgré que je ne sois pas un adepte de l'effet narcotique chez le patient, je crois que non seulement nous sommes justifiés mais obligés de soulager ainsi le patient quand il est impossible de diminuer ses souffrances autrement.

Le ptisio-thérapeute se dispense de médicaments dans de justes mesures; par exemple dans la toux, la discipline est le premier traitement.

Le patient apprend qu'il doit contrôler la toux sans expectoration par le seul acte de la volonté.

Une courte respiration arrêtera souvent une irritation momentanée de la gorge et cette tendance à la toux. Un peu de lait ou d'eau froide aide souvent, et le médecin donne aussi parfois une tablette ou pastille de menthol pour diminuer l'irritation constante de la gorge.

Si la gorge est douloureuse, une dose légère d'héroïne (1-15 à 1-12 grain) ou la codéine ($\frac{1}{8}$ à 1-16 gr.) peuvent être prescrites de temps en temps en pastilles ou en solution.

Pour diminuer la toux matinale, qui est la plus tenace, je conseille une limonade d'oranges au lever; quand l'expectoration est très tenace, il faut ajouter de l'eau de laurier-cerises.

Le patient ne doit jamais éviter une toux effective et ne doit jamais non plus avaler l'expectoration.

Avant de mentionner les médicaments internes dans les cas de toux opiniâtre, je conseille au patient d'inhaler, au moyen de ces appareils spéciaux au zinc, de 5 à 10 gouttes quelquefois par jour, ou 15 à 30 minimums de la solution suivante :

Huile Eucalyptus	} aa ̄ i j s. s.
Esprit de Menthol	
Chloroforme	

Quand le patient n'est pas à la maison pour se servir de l'inhalateur, il peut se servir d'un mouchoir.

Si le patient ne dédaigne pas l'odeur de créosote, la créosote et l'alcool en proportions égales peuvent être ajoutés à cette prescription.

La créosote seule, ou combinée à l'eucalyptus semble remplir toutes les conditions comme inhalants dans les cas de bronchites chroniques. Quand la toux est si violente que la cavité thoracique est affectée, je favorise l'usage d'un bandage en flanelle appliqué largement autour du thorax pour diminuer la sensation de douleur que produit la trépidation.

Quel est le traitement des douleurs intermittentes et indéfinies de l'estomac ?

Il faut d'abord connaître la cause. Si elles sont dues à une pleurésie aiguë qui évolue, il faut cesser les exercices respiratoires, mettre le patient au lit et mettre un bandage sur le côté de la poitrine qui est affecté. Si la douleur est produite par les adhérences primitives qui se levèrent par suite des exercices respiratoires, j'avise le patient de ne porter aucune attention à ces douleurs légères qui dépendent d'un développement salutaire du poumon.

Si la douleur semble profonde et due à une névralgie intercostale, les compresses, chaudes pendant le jour, froides pendant la nuit, changées fréquemment recouvrant le thorax en avant et en arrière, sont d'un bénéfice appréciable.

Dans tous les cas de douleurs thoraciques, profondes ou superficielles, il ne faut jamais oublier le remède de nos grand-pères — l'ancienne mouche de moutarde et la friction sèche, spécialement quand il y a symptômes de congestion.

Quand la maladie est à une telle période et que ces remèdes externes ne suffisent pas à diminuer la douleur, il est opportun d'atténuer la douleur par les opiacés. ,

* * *

Nous arrivons maintenant à l'*hémorragie pulmonaire*.

Il faut commencer le traitement à la première visite du patient. Il doit savoir que ces hémorragies ne sont jamais dangereuses, qu'elles sont une des phases de la maladie et qu'elles ne diminuent pas les chances de guérison.

Les hémorragies précoces sont quelquefois une bénédiction lorsque le patient effrayé recourt de suite à l'aide médical.

Il doit se tenir au repos aux premiers signes de sang dans les crachats, se mettre au lit aussitôt que possible et faire appeler le médecin.

Quels sont les remèdes antihémorragiques ?

Aucun en dehors de la morphine en injection hypodermique et la glace dans la région du cœur. Dans les cas sévères, la ligature des extrémités inférieures et supérieures est indiquée, au moyen d'une large bande de flanelle, mouchoir ou serviette.

Je n'ajoute aucune foi à l'ergot ou à l'acétate de plomb. L'extract surrénal à la dose de 3 à 5 grains par dose semble agir efficacement.

Bien que je ne favorise pas une diète sévère qui pourrait provoquer une quinte de toux suivie d'hémorragie, je crois qu'une diète trop liquide et particulièrement l'absorption d'une trop grande quantité de lait est dangereuse, parce qu'elle augmente l'action du cœur déjà affaibli par l'hémorragie.

Une diète demi-liquide doit remplacer le lait.

Si vous soignez une hémorragie prochaine, il faut limiter autant que possible l'ingestion de liquide.

Tous les patients dont la température dépasse (100° F.) doivent être au lit; tous ceux qui dépassent 99° F. doivent s'abstenir d'exercices, spécialement quand il y a plus d'augmentation de température que les conditions physiologiques le supposent.

Je préfère les bains froids d'éponge à l'administration de produits résineux, qui ont un effet déprimant sur le patient.

Si les bains froids, les boissons froides et le repos ne suffisent

pas, j'essaie la quinine à doses modérées pendant quelques jours.

Si l'estomac en est la cause, il faut y voir.

La température constamment élevée produite par le mélange de tubercules dans les sécrétions, est le point le plus difficile à traiter en tuberculose.

Le sérum antiseptococcique a réussi dans certains cas ; le traitement hypodermique a aussi donné certains résultats.

Il va sans dire que le meilleur antipyrétique est l'air froid et pur, que le patient doit respirer nuit et jour, surtout au début de la maladie. Il serait cruel et insensé d'insister sur la vie au grand air en hiver quand le patient est bien malade ou souffre du froid et ne peut l'endurer sans danger.

Les sueurs nocturnes de même que la fièvre, dépendent généralement des toxines accumulées dans l'économie.

Les médicaments en usage sont l'atropine, l'agoricine et le pyramidon.

Le traitement en plein air est aussi important qu'aucun autre traitement dans ces cas.

Comme diète, je recommande un verre de lait, pain rôti pris au lit au cas d'insomnie ou de faiblesse pendant la nuit.

Un bain d'éponge au vinaigre est aussi utile.

La sensation de frisson chez les tuberculeux doit être traitée de suite par les boissons chaudes, quelquefois alcooliques, et extérieurement par les bouteilles d'eau chaude et couvertures pesantes.

Tous les troubles digestifs demandent une attention immédiate.

L'acidité ou l'alcalinité doit être traitée suivant les règles ordinaires, ainsi que la constipation et la diarrhée.

La constipation se traite par une diète convenable, et si les résultats ne sont pas satisfaisants, les laxatifs peuvent être employés.

Une diarrhée due à la suralimentation ou nourriture défectueuse exige une purge suivie de repos.

Si la diarrhée est due à l'infection tuberculeuse, la difficulté est plus sérieuse.

Diète générale, bismuth, opium, tannin et autres préparations astringentes sont indiquées — le vin claret, chaud ou froid, soupes épaisses, le riz avec épices. Tout pain frais et pâtes doivent être évités.

Le patient tuberculeux se plaint souvent de perte d'appétit.

Il faut impressionner le patient fortement et lui dire que ses facultés digestives ne doivent point être jugées par l'apparence et qu'il doit manger avec ou sans appétit.

Le massage est indiqué dans ces cas d'anorexie.

Les muscles du patient sont en action sans fatigue; chez le patient ambulant, les douches développent l'appétit.

Quelquefois les apéritifs, tels que la teinture de quinquina, les pilules Bland, et autres préparations de fer doivent venir en aide aux moyens hygiéniques et diététiques.

Y a-t-il un sérum, tuberculine, ou autres substances de valeur dans le traitement de la tuberculose?

Le sérum Maragliano, le plus populaire, est un désappointement.

La tuberculine de Koch semble supérieure en résultats.

Quant à moi, je ne consens au traitement de la tuberculine que dans quelques exceptions, lorsque je ne constate aucun progrès hygiénique ou diététique même dans un climat favorable.

Espérons qu'avec les statistiques originales dans ces cas, il nous sera possible alors d'employer la tuberculine sans danger.

Nous ne connaissons rien encore de la "Tulase" de Behring.

Nouveau traitement anti-tuberculeux.

L'idée de déminéralisation produite par la tuberculose a depuis longtemps provoqué des discussions.

Il est prouvé que ceux qui travaillent dans la craie et la chaux ne sont jamais atteints de tuberculose.

Je suis moi-même en faveur de large quantité de chlorate de soude mêlé aux aliments des tuberculeux, et dernièrement, j'ai adopté certaines suggestions françaises et conseillé la prescription suivante pour diminuer la déminéralisation:

Caleis corb.	} aa z ii s. s.
Cale. phosph.	
Sodii chlor.	
Poudre No XXX.	
Une poudre ou cachet après chaque repas.	

Une poudre ou cachet après chaque repas.

Le patient doit éviter les acides et tout aliment qui peut favoriser la fermentation; ce qui dans plusieurs cas a semblé aider considérablement le traitement hygiénique et diététique. Si

l'administration de ces sels produit de la diarrhée, la dose doit être diminuée, ou les médicaments discontinués tout à fait.

Le traitement peut être continué pendant longtemps s'il n'y a aucun danger à craindre.

Je dois à la courtoisie du chirurgien général Rixey, de la Marine des Etats-Unis, un certain rapport personnel du chirurgien B. L. Wright, commandant de l'hôpital de la Marine pour les consomptifs à New Fort Lyon, Las Animas, Col.

35 cas furent traités par le Dr Wright dans cette institution, avec le succinimide de mercure à doses de 2-3 grains parfois.

Je n'ai encore aucune expérience avec les injections intramusculaires de succinimide de mercure en dehors des cas syphilitiques, purement tuberculeux, mais le rapport du Dr Wright indique des résultats favorables. Sur les 35 cas, 30 constatent une amélioration remarquable; une réduction du pouls et de la température, augmentation d'appétit, de poids et diminution de la toux.

Je suis de près ces observations et travaux, et si les améliorations se continuent, j'adopterai certainement le traitement mercuriel.

* * *

J'espère que ces quelques remarques au sujet de la diète et du traitement hygiénique favoriseront l'adoption du traitement des sanatoriums à domicile.

Une partie du traitement, soit au sanatorium ou à la maison, surtout au début de la maladie, ou en convalescence, doit toujours consister dans une occupation relative ou distraction utile.

Cette méthode du traitement des consomptifs pourrait être appelée la "thérapeutique d'occupation."

Il serait trop long de discuter les détails maintenant; il suffira d'énumérer les principes qui font la base du traitement.

Le malade doit toujours s'occuper en plein air.

Cette occupation ne doit pas le fatiguer et ne doit pas non plus l'exposer à la poussière.

Le patient ne doit jamais travailler mentalement ou physiquement quand il est fiévreux ou fatigué. ce travail ne doit exiger aucune courbature ou attention mentale particulière. Il faut en

tous cas que tout travail soit dirigé par le médecin, et le but doit être unique et consister dans un exercice qui repose et fortifie le patient, qui le rende heureux et satisfait.

Il est de fait indispensable, dans tout traitement anti-tuberculeux, qu'une garde-malade surveille le patient en l'absence du médecin et voit à ce que les conditions hygiéniques et diététiques soient mises en pratique.

Chez les pauvres qui ne peuvent employer une garde-malade, ni pourvoir à ces dépenses, la ville ou les associations de charité doivent aider le médecin et le pourvoir d'une garde-malade de district qui peut aider dans la surveillance des cas.

Aucune maison de tuberculeux ne doit être sans garde-malade.

Sans déprécier l'importance du climat comme adjuvant précieux dans le traitement des tuberculeux, je tiens à dire que le traitement aux sanatoriums ainsi que le traitement hygiénique et diététique dans ces institutions et dans plusieurs maisons est possible au foyer domestique dans presque tous les climats.

Conséquemment, il me fait plaisir de dire que bien que je tolère le traitement à la maison pour ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas fréquenter ces institutions, je supplie mes confrères, en les priant d'user de leur influence et de celle de leurs nombreux amis philanthropiques et riches, ou même de leurs patients, ainsi que des législateurs de ce beau pays, de favoriser l'établissement d'un plus grand nombre de sanatoriums d'Etat et municipaux pour la traitement des nombreux tuberculeux de la classe pauvre à tous les états de la maladie, qui, par suite de leur extrême pauvreté ou conditions malsaines, ne peuvent pas être traités à domicile.

Etant donné, d'après des faits irréfutables, que la tuberculose est susceptible de guérison, il doit être fort humiliant pour nos hommes d'Etat, nos autorités municipales et nos philanthropes, de voir souffrir impunément des milliers de nos citoyens que la tuberculose consume dans la force de l'âge, et qu'ils sont ainsi destinés à la souffrance, non parce que la maladie est incurable, mais parce qu'il n'y a pas d'institutions de guérison.

J'ai l'intention, comme professeur de thérapeutique anti-tuberculeuse de cette institution, de profiter des avantages que ma position me procure, et de faire un appel à tous les médecins qui nous arrivent de toutes les parties des Etats-Unis à cet effet, et de

leur demander leur support contre la propagation de cette affection dangereuse dans leurs milieux respectifs. J'espère que tous les médecins qui assistent à ces leçons de phthisio-thérapie au Post-Graduate à l'école et à l'hôpital deviendront des apôtres dévoués de l'évangile que nous prêchons au sujet de la prévention et de la guérison possible de la tuberculose. Ils devront toujours se rappeler que cette croisade est contre la tuberculose et non contre le tuberculeux, car les médecins ne doivent jamais se laisser dominer par la " phthisiophobie " dans leurs efforts pour prévenir la phthisie.

Au contraire, il faut dire bien haut que le tuberculeux honnête et consciencieux qui surveille son expectoration n'est pas une source d'infection; qu'il est un compagnon aussi désirable que qui que ce soit, qu'il doit être traité avec la plus grande considération et délicatesse.

Ceux qui, comme citoyens ou officiers civiques, s'opposent à l'idée des sanatoriums ou hôpitaux spéciaux pour nos tuberculeux, doivent être convertis.

Il faut leur démontrer l'importance de ces institutions; dites-leur que tous les patients qui ont séjourné dans un sanatorium, même durant quelques mois, doivent nécessairement par les connaissances acquises dans ces milieux, devenir un facteur hygiénique puissant dans les centres qu'ils habiteront ensuite, que leur guérison soit partielle ou complète.

* * *

Si tous ces arguments ne sont pas suffisants pour faire taire tous les préjugés contre ces institutions anti-tuberculeuses, consultez les statistiques du pays et de l'Europe; elles prouvent que le chiffre de la mortalité de nos tuberculeux, dans les villes ou villages où ces sanatoriums sont établis, a été considérablement diminuée.

Les habitudes hygiéniques et sanitaires en force dans ces institutions, et que le public met en pratique sans s'en douter contribuent énormément à la disparition de la consommation dans ces milieux.

Il en résulte qu'un sanatorium complet et bien conduit n'est pas seulement une institution qui effectue la guérison, mais qui prévient aussi la contagion de la maladie.

Il peut aussi être démontré que la prospérité d'un milieu qui possède un sanatorium pour les pauvres tuberculeux, améliore sa position par le fait même.

Les guérisons qui s'y opèrent sont toujours une attraction locale pour les riches dans les mêmes conditions.

Le seul objet véridique et sincère de tout travailleur moderne dans le champ de la phthisio-thérapie doit être de prévenir la contagion et la contamination de cette maladie par l'enseignement pratique de l'hygiène journalière et facile, de combattre les préjugés qui existent contre ces institutions et le traitement des tuberculeux, ainsi que l'aversion qui se manifeste envers des patients eux-mêmes, de guérir, si possible, de combattre la maladie dans la mesure de nos forces, de prolonger la vie et au moins de donner un confort raisonnable si la guérison est impossible, de diminuer les souffrances individuelles, mentales, physiques ou sociales. Voilà, enfin, dis-je, le but que la thérapeutique doit poursuivre en pareille circonstance.

RETRECISSEMENT MITRAL PUR ET TUBERCULOSE PULMONAIRE (1)

Par ALBERT LESAGE

Professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Nous avons eu l'occasion d'observer, durant l'été, dans le service de médecine de l'Hôpital Notre-Dame, plusieurs cas de rétrécissement mitral chez des sujets qui présentaient des lésions manifestes de tuberculose pulmonaire à la période de germination ou en voie de guérison.

Depuis que mes maîtres Potain et Teissier ont déterminé les rapports qui existent entre ces deux affections et le retentissement qu'elles ont l'une sur l'autre, les faits, chaque jour plus nombreux, sont venus confirmer leurs vues sur l'étiologie, la clinique et l'anatomie pathologie.

J'apporte, aujourd'hui, mon humble contribution à l'étude de cet important syndrome.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 17 novembre 1900, et clinique à l'hôpital Notre-Dame.

OBSERVATION I. — Femme de 43 ans. Entre à l'hôpital pour douleurs thoraciques précordiales. toux et affaiblissement.

A. H. Père mort à 68 ans.

Mère morte à la suite de pleurésie.

Belle-mère (son père s'est marié deux fois), morte de tuberculose.

Seule enfant du second lit.

A. P. Mariée à 22 ans. Son mari meurt à 36 ans de tuberculose pulmonaire.

Ses deux enfants sont morts.

La petite fille à 2½ ans, de tuberculose; le fils à 18 ans, de tuberculose.

La malade aurait eu à 13 ans une crise de rhumatisme aux doigts, et une autre aux pieds il y a 4 ans. Ce rhumatisme serait pour moi de nature tuberculeuse.

Elle tousse depuis longtemps; a eu des hémorragies il y a 3 ans.

E. A. Toux légère, sueurs nocturnes, essoufflement.

Poumons: Sub-matité au sommet gauche, vibrations augmentées. Inspiration rude; expiration prolongée; Koch négatif.

Cœur: augmenté de volume; pointe abaissée et légèrement déviée à gauche. L'oreillette débordé le sternum. Roulement diastolique, renforcement présystolique, dédoublement du second bruit à précession pulmonaire; claquement d'ouverture.

Rétrécissement mitral pur chez tuberculeuse.

Température normale.

Est morte d'asphyxie il y a quelques semaines. Pas d'autopsie.

OBSERVATION II. — Jeune homme de 18 ans. Breton. Entre à l'hôpital pour affaiblissement à la suite d'une traversée orageuse.

A. H. Impossible d'obtenir de renseignements.

H. P. A toujours été malade. A toussé, aurait craché le sang il y a 3 ou 4 ans.

E. A. Grand garçon frêle, pâle et miséreux au point de vue physiologique.

Poumons: poitrine affaissée, surtout dans les deux fosses sous-claviculaires. Sub-matité à gauche, vibrations augmentées. Inspiration rude, expiration prolongée.

Cœur: augmenté de volume, frémissement dans la région pré-ventriculaire. Roulement diastolique, renforcement présystolique, dédoublement du second bruit, à précession aortique.

Température 99½.

D. Rétrécissement mitral pur chez un tuberculeux.

OBSERVATION III. — Jeune homme de 22 ans; entre à l'hôpital pour de l'essoufflement.

A. H. Père mort de la poitrine. Mère vivante. Tousse. Trois frères morts en bas âge. Une sœur vit, tousse souvent.

A. P. A toujours été malade. A craché le sang il y a deux ans. Est essoufflé depuis un an.

E. A. Plutôt maigre, peu développé au point de vue musculaire.

Poumons : sub-matité dans les deux fosses sous-claviculaires, plutôt à droite. Vibrations augmentées. Inspiration rude aux deux sommets. Expiration prolongée.

Cœur : augmenté de volume, frémissement dans la région pré-ventriculo-forcement présystolique, dédoublement du second bruit à précession aortique.

D. Rétrécissement mitral chez tuberculeux.

OBSERVATION IV. — Enfant de 2 ans; a maigri depuis quelques semaines.

A. H. Mère tuberculeuse apparemment guérie depuis quatre ans, époque à laquelle elle a eu des hémorrhagies.

A. P. N'a jamais été malade. Depuis quelques semaines l'enfant n'a pas d'appétit, et maigrit.

E. A. *Poumons* : Rudesse légère de l'inspiration au sommet gauche.

Cœur : Son presque métallique du premier bruit à précession aortique.

D. Rétrécissement mitral en évolution chez enfant issue de mère tuberculeuse.

Il sera intéressant de suivre cette enfant.

OBSERVATION V. — (Service de M. Benoit). Jeune fille de ans; serait malade de fièvre typhoïde depuis trois semaines. Elle est aujourd'hui convalescente

A. H. Père mort il y a quelques semaines de tuberculose intestinale.

Mère vivante, toussé, souvent malade.

Deux sœurs vivantes et un frère.

E. A. Abdomen normal, foie normal.

Poumons : sub-matité dans la fosse sous-claviculaire gauche; augmentation des vibrations. Inspiration rude au sommet, expiration prolongée. En arrière, sub-matité dans la fosse sus-épineuse droite, diminution du murmure vésiculaire, quelques craquements à la fin de l'inspiration.

Cœur : Dédoublement du second bruit à la base.

Rétrécissement mitral pur chez une tuberculeuse (chlorotique).

OBSERVATION VI. — (Service de M. Benoit). Jeune fille de 18 ans; entre à l'hôpital pour chorée et de la faiblesse.

A. H. Père mort à 48 ans d'appendicite. Il a toujours toussé.

Mère vivante.

A. P. Fièvre typhoïde à 5 ans, à la suite de laquelle apparaît de la chorée. Depuis quelques années elle se plaint d'essoufflement en montant les escaliers.

Cette jeune fille est pâle, maigre, avec les cheveux d'un blond vénitien.

E. A. Cette jeune fille est pâle, maigre, avec les cheveux d'un blond vénitien.

Poumons : sub-matité dans la fosse sous-claviculaire gauche. Disparition du murmure vésiculaire, inspiration rude, expiration prolongée.

Cœur : roulement diastolique, renforcement présystolique, dédoublement du second bruit.

Frémissement à la palpation.

Rétrécissement mitral pur chez une tuberculeuse.

OBSERVATION VI. — (a) (Teissier, de Paris). X., 32 ans.

A. H. Deux frères morts de maladie inconnue.

A. P. Depuis 10 ans, environ, rhumes fréquents avec expectoration abondante, hémoptysies fréquentes, sueurs nocturnes.

Depuis un an seulement, dyspnée; depuis cette époque, diminution très marquée de toux et d'expectoration (coïncidence très nette)'

E. A. Cœur : signes de sténose mitrale pure; rythme mitral complet.

Poumons : skodisme, quelques râles sous-crépitaux localisés au sommet : en arrière, sub-matité, diminution du murmure vésiculaire.

Déformation hippocratique des doigts.

D. Rétrécissement mitral pur. Tuberculose ultérieurement atténuée.

OBSERVATION VII. — (Potain); *autopsie*. Homme de 65 ans

Homme de 65 ans.

Cœur, gros. Toutes les valvules sont suffisantes à l'épreuve de l'eau.

La mitrale présente un rétrécissement très marqué. Elle ne laisse passer que l'extrémité de l'index. Ce rétrécissement est formé par l'épaississement considérable du bord libre des valvules qui limite un orifice en boutonnière.

Poumons : Œdème des deux bases.

Emphysème des sommets.

Tubercules miliaires aux différents stades. Rien d'intéressant à signaler pour les autres organes.

* * *

Que faut-il retenir de ces faits, dont je pourrais allonger la liste?... .

Ces observations mettent en évidence les points suivants :

1° Une maladie mitrale différente de celle que nous connaissons et que nous rencontrons plus habituellement.

2° L'association de la tuberculose pulmonaire, plus ancienne que la lésion cardiaque et atténuée par celle-ci.

3° Le début insidieux et latent de son évolution, avec des caractères distinctifs au point de vue anatomo-pathologique.

4° Le caractère particulier et toujours identique à lui-même du syndrome clinique.

5° L'absence, dans la majorité des cas de crises rhumatismales franches dans l'histoire antérieure.

(1) Résumé d'une observation recueillie par M. Cypiot, étudiant en médecine.

En effet, il y a une différence très réelle au point de vue clinique et anatomo-pathologique entre le rétrécissement mitral rhumatismal et le rétrécissement mitral pur.

I°. — AU POINT DE VUE ÉTIOLOGIQUE.

Facile à constater chez le rhumatisant, on le voit pour ainsi dire naître et se développer sous nos yeux durant une première crise de rhumatisme polyarticulaire aigu, ou durant des crises successives. Le rhumatisme agit, ici, comme cause directe et immédiate de l'endocardite.

— La fréquence du rétrécissement mitral pur, au contraire, est surtout accusée dans les cas où le *rhumatisme n'est nullement intervenu*.

— Le premier se rencontre surtout chez l'arthritique ; le second, évolue de préférence chez le chlorotique, le scrofuleux ou le tuberculeux.

Son évolution est tellement insidieuse qu'il est presque impossible de fixer une date à l'apparition des premiers symptômes de la maladie. Presque toujours on se trouve en face d'une lésion bien définie au point de vue symptomatique.

Quelle est donc l'époque à laquelle naît cette lésion mitrale pure ?

Quelles sont les maladies qui lui donneraient naissance ?

(a) *Epoque probable du début.*

Sans vouloir entrer dans le mérite de telle ou telle théorie, il est d'observation que, plus le rhumatisme est intense ou répété, plus le rétrécissement mitral devient rare, et que si le rétrécissement mitral pur n'est pas complètement indépendant du rhumatisme, il s'associe tout au moins aux formes les plus légères, les plus insidieuses et les moins fébriles.

Mais, même dans ces cas, on ne peut (Potain-Teissier) subordonner la lésion cardiaque au rhumatisme, car "la maladie du cœur aurait atteint le maximum de son évolution bien avant l'apparition du rhumatisme." Nous pourrions rapporter des observations nombreuses qui l'établissent.

Suivant M. Pierre Teissier, les premières manifestations du rétrécissement mitral pur surviendraient la plupart du temps à

l'époque de la puberté, et son développement avec la période durant laquelle les organes génitaux subissent la transformation la plus importante. Elle serait donc une affection de la jeunesse, spéciale à l'organisme en voie d'évolution.

On a voulu en faire une maladie d'origine congénitale — endocardite fœtale — mais les quelques rares observations qui tendraient à le prouver ne sont pas suffisamment démonstratives. Nous savons d'ailleurs l'excessive rareté des endocardites fœtales portant sur le cœur gauche, puisque la statistique de l'Allemand Rauchfuss observe, sur 300 cas, 192 à droite et 15 à gauche. Rilliet et Barthez et, après eux, l'anglais Sansom ont observé le rétrécissement mitral pur chez des enfants de 4 et de 6 ans.

Il faudrait donc admettre que la lésion existe aussi dans l'enfance; mais elle subirait à cette époque une période de latence durant laquelle l'orifice légèrement rétréci et le ventricule gauche sont dans des proportions à peu près équivalentes. "Vienne l'époque de la puberté " où le cœur prend rapidement un volume plus considérable, en rapport avec les nouvelles exigences vitales, un défaut d'équilibre survient, une disproportion progressive s'établit qui entraîne l'apparition des troubles fonctionnels et des signes physiques."

Cette lésion débiterait donc à la première enfance, apparaîtrait, au point de vue clinique, vers l'âge de 14 ou 15 ans, quelquefois vers l'âge de 25 ans.

(b) *Cause probable de la lésion.*

Un point qui attire l'attention, c'est la fréquence plus grande du rétrécissement mitral pur chez la femme et son association presque constante avec la chlorose; chez l'homme, il coïncide avec le lymphatisme et la scrofulo-tuberculeuse.

D'autre part, si l'on veut remonter plus loin, on trouvera presque toujours que ces sujets sont issus de *souche tuberculeuse* et qu'ils ont conservé de leur enfance des " traces persistantes de lymphatisme pour devenir à l'époque de la puberté des chlorotiques ou des scrofuleux en suspicion de tuberculeuse." (Teissier.)

Mes observations le démontrent d'une façon évidente.

Potain rapporte l'observation d'une femme tuberculeuse donnant naissance à deux enfants dont l'un devient tuberculeux et

dont l'autre, d'abord suspect de tuberculose, évolue vers un rétrécissement mitral pur parfaitement constitué.

Tous ces faits tendent à établir des rapports étroits entre la tuberculose et le rétrécissement mitral pur, et il semble admis aujourd'hui que la lésion cardiaque soit une manifestation directe de la lésion pulmonaire. Donc tout diffère dans l'étiologie de ces deux formes de rétrécissement mitral.

II. — AU POINT DE VUE ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

Si la différence est grande au point de vue étiologique entre le rétrécissement mitral rhumatismal et le rétrécissement mitral pur, elle ne l'est pas moins au point de vue pathologique.

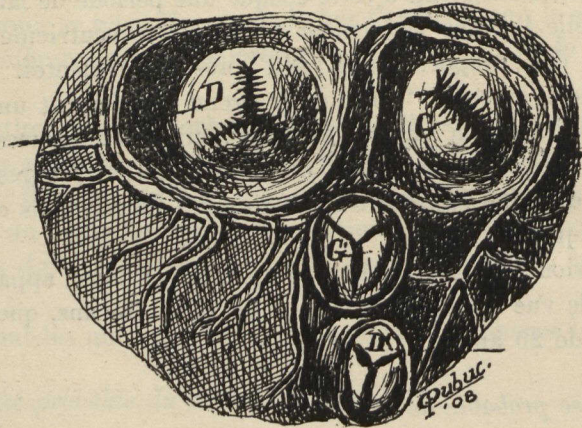


Fig. I. — Les quatre orifices de la base du cœur, à l'état normal, après excision des oreillettes. D. orifice tricuspide. C. orifice mitral. C'. orifice aortique. D'. orifice de l'artère pulmonaire. (Letulle.)

Dans l'endocardite rhumatismale la lésion est localisée aux facettes de Firket, c'est-à-dire les points par lesquels les replis entrent en contact, et frottent en s'accolant. Les valvules sont incrustées, "inégaies, hypertrophiées en certains points, érodées et parfois même ulcérées sur d'autres, délimitant un orifice irrégulier linéaire ou en croissant, avec *insuffisance de la valvule* à l'épreuve de l'eau, dans presque tous les cas."

Ce sont des lésions plutôt aiguës et profondes.

Dans la sténose mitrale pure, la lésion, *exclusivement margi-*

nale, est constituée par l'union du *bord libre* des deux valves au voisinage de leur insertion à la zone fibreuse. Ce sont des lésions de sclérose avec prolifération conjonctive plus ou moins abondante. Si l'union est ancienne, elle a tendance à se rétracter de plus en plus, si bien que l'ensemble prend la forme d'un entonnoir.

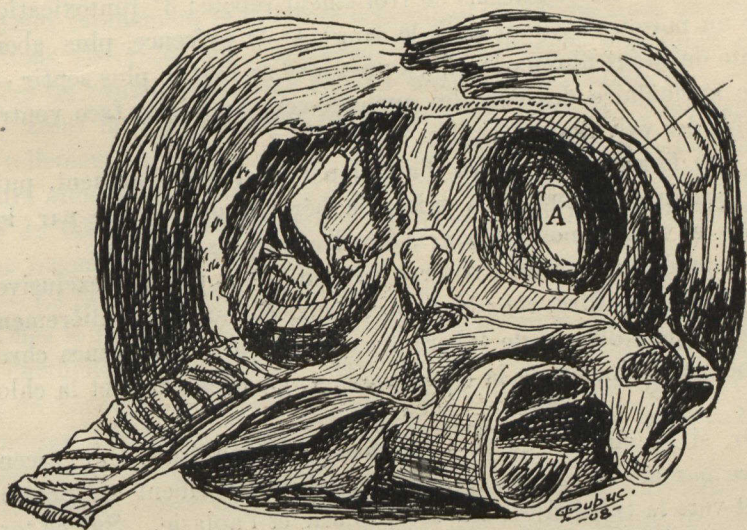


Fig. II. — A. Rétrécissement mitral, vue du cœur par les oreillettes : à droite, l'orifice mitral rétréci, ovalaire se montre au fond d'une cavité conique dont il forme le sommet. (D'après Letulle.)

On ne trouve ni végétations, ni irrégularités. Les deux valves restent *lisses et unies*, quoique indurées.

L'aspect doux et uni de ces surfaces tiendrait à la progression lente de l'épaississement, permettant à la pression du sang, exerçant une influence de chaque côté, d'établir comme une symétrie dans les lésions valvulaires. (Potain-Teissier.)

La mitrale est *suffisante* à l'épreuve de l'eau.

Ce sont des *lésions chroniques* d'emblée.

— Mais comment ces lésions sont-elles produites ?

Suivant l'opinion émise par Potain et Teissier, cette lésion serait due à un processus d'intoxication produit dans l'organisme par la toxine tuberculeuse qui a une action élective pour les éléments conjonctifs. Sous l'influence de cette irritation lente,

chronique, le tissu conjonctif qui constitue la texture anatomique au lieu de revenir à l'état embryonnaire comme dans l'endocardite aiguë (rhumatismale), s'organise et se transforme progressivement en sa forme adulte, le tissu fibreux.

Plusieurs conditions favorisent cette localisation spéciale : 1° la rareté des vaisseaux nourriciers dans les tissus malades (endocarde) ; 2° les conditions de frottement répété ; 3° l'intoxication par un poison circulant dans le sang ; 4° la présence, plus abondante de tissus fibreux là où les pressions se font le plus sentir — face auriculaire des valvules auriculo-ventriculaires, face ventriculaire des valvules artérielles.

Cette fibrose se traduira d'abord par de l'épaississement, puis du raccourcissement, puis enfin l'adhérence qui débute par les bords les moins mobiles pour s'étendre de plus en plus.

Ce processus spécial s'observe surtout — et presque exclusivement, j'oserais dire, chez les tuberculeux, et tout particulièrement chez les héréditaires de tuberculeux, c'est-à-dire les formes chroniques ou atténuées de la tuberculose, v. g., la scrofule et la chlorose.

Or, si les enfants de race tuberculeuse traduisent leur ascendance par la scrofule ou la chlorose, celles-ci évoluent indifféremment vers la tuberculose sur l'hypoplasie et l'aplasie. Sur ce terrain, dit Arloing, évoluera un bacille qui créera une tuberculose atténuée, silencieuse, toute cantonnée dans le système lymphatique, lieu de propagation et de destruction des microbes. Chez ces malades, la tuberculose se dessinant semble grandir jusqu'au moment où on découvre une lésion cardiaque qui domine bientôt toute la scène.

Telle est, d'après les faits, la filiation entre le rétrécissement mitral pur et la tuberculose sous toutes ses formes.

Elle ressort nettement des observations qui nous sont soumises ce soir et qui ont été publiées ailleurs.

III. — AU POINT DE VUE CLINIQUE.

Grande aussi est la différence au point de vue clinique.

Je ne m'attarderai pas dans l'analyse succincte de chacun des signes pathognomoniques que j'ai énumérés au cours des observations que je rapporte ici, et que vous connaissez.

Je prends le malade dans son ensemble :

Chez le rhumatisant, nous connaissons l'époque du début de la lésion, qui est rarement isolée. Elle s'accompagne, en effet, très souvent d'insuffisance, à cause de la nature même des lésions. Le malade qui, après plusieurs atteintes de rhumatisme polyarticulaire a un rétrécissement mitral est, dès le début, un cardiaque.

Assez rapidement la lésion se complique en déterminant des congestions viscérales qui s'aggravent sous l'influence d'attaques répétées de rhumatisme pour aboutir bientôt à l'asystolie.

Dans le rétrécissement mitral pur, au contraire, l'évolution est tellement insidieuse, qu'elle peut passer inaperçue pendant plusieurs années; et chaque fois, il semble impossible de fixer l'époque du début de cette affection. Il peut rester latent longtemps sans incommoder le malade.

— Le faciès diffère également.

Chez le rhumatisant, nous rencontrons toutes les manifestations de l'arthritisme — avec ce masque si particulier, dans certains cas du véritable cardiaque — bouffissure de la face, œdème des membres inférieurs, pommettes saillantes, indiquant un trouble circulatoire grave.

— Chez le scrofuleux ou le chlorotique, rien de tel. Ce sont de jeunes sujets au faciès pâle, amaigri, à respiration courte, atteints de bronchite à répétition, précédées ou accompagnées d'hémoptysies plus ou moins abondantes.

Chez le premier, la lésion cardiaque a aggravé son état général; chez le second, on dirait qu'elle l'a amélioré.

Il importe donc de bien cataloguer son malade si on veut porter un pronostic et un traitement qui diffère essentiellement dans chaque cas.

IV. — DIAGNOSTIC.

Deux points principaux sont nécessaires pour porter le diagnostic de rétrécissement mitral pur dit Teissier.

1° La lésion cardiaque.

2° La lésion tuberculeuse.

1° La lésion tuberculeuse est accusée par les signes bien mis en évidence par Grancher : résonance diminuée, c'est-à-dire submatité à l'un des sommets dans la fosse sous-claviculaire; aug-

mentation des vibrations; inspiration rude, expiration prolongée.

Chez les chlorotiques, il faudra se rappeler que souvent la diminution du murmure vésiculaire est due à une insuffisance respiratoire, et que cette diminution disparaît rapidement si on a soin de faire respirer fortement la malade.

2° La lésion cardiaque a des signes qui lui sont propres.

Comme vous le savez, le rétrécissement mitral pur est caractérisé par un *roulement diastolique avec renforcement posystolique et dédoublement permanent du second bruit*.

Mais il arrive que tous ces signes n'existent pas en même temps.

Ainsi, le roulement et le renforcement peuvent manquer, surtout au début.

Vous rencontrerez des cas où le seul signe sera l'*accentuation du premier bruit* qui devient presque métallique.

Ailleurs vous n'aurez pour symptôme que le *dédoublement du second bruit*.

Néanmoins, ces deux derniers signes ont une très grande valeur: ils sont pathognomoniques.

Il ne faut pas oublier, cependant, qu'il existe un dédoublement physiologique que l'on pourrait confondre avec celui dont je viens de parler.

Celui-ci est *inconstant*, et il n'apparaît qu'à la *fin de l'inspiration*. Il serait dû aux modifications de pression passagère survenant dans la petite circulation.

Quant au renforcement du second bruit, certaines affections chroniques du poumon peuvent en provoquer l'apparition. Il indiquerait même, dans certains cas — lésion tuberculeuse — une poussée congestive annonçant l'apparition d'une abondante hémoptysie. Cette accentuation disparaîtrait une fois l'hémoptysie terminée.

À tout événement, nous pouvons, par les signes énumérés plus haut faire le diagnostic de rétrécissement mitral pur et formuler un pronostic par l'étude du retentissement qu'il peut avoir sur l'état général.

Je vous rappelle succinctement que le *roulement diastolique* est causé par la pénétration du sang de l'oreillette dans le ventricule à travers un orifice rétréci (voir fig. 2); il se forme alors une veine fluide à pression douce avec tonalité plutôt basse, donnant à la main une sensation de frémissement et à l'oreille un bruit de

roulement (voir fig. 3). Bientôt, la diastole s'achève par une contraction énergique de l'oreillette en donnant une poussée nouvelle à cette veine : nous avons alors le *renforcement présystolique* avec frémissement plus marqué. La systole commence bientôt, déterminant l'occlusion de la mitrale. Or, comme celle-ci est épaissie, moins souple et moins élastique, elle donne un bruit dur et éclatant.

C'est la *durété du premier bruit*.

A la fin de la systole les valvules aortiques et pulmonaires retombent pour clore les orifices artériels en produisant le second bruit. Mais ici, elles tombent l'une après l'autre.

C'est le *dédoublement du second bruit*. Il est dû à une différence de pression de la colonne sanguine dans l'aorte au début (précession aortique), et dans l'artère pulmonaire à la fin (précession pulmonaire).

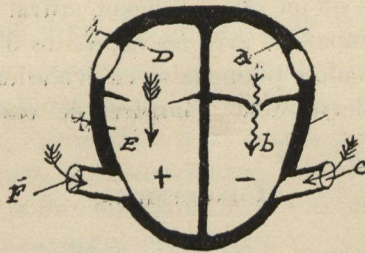


Fig. III. — Schéma de la sténose mitrale. — (a) oreillette gauche. (b) veine sanguine produisant le frémissement, le roulement diastolique et le renforcement présystolique. (Diastole.)

V. — PRONOSTIC.

Si la tuberculose n'a aucun effet favorable sur la maladie du cœur, celle-ci, par contre, exerce une influence manifeste sur l'autre. Cette lésion cardiaque entraîne peu à peu un ralentissement plus ou moins marqué dans la circulation pulmonaire d'où hyperhémie ou œdème, parfois même apoplexie pulmonaire ou hémorragie bronchique. Cette congestion constituerait un obstacle très sérieux au développement de la tuberculose qui, peu à peu, se trouve en voie d'involution avec tendance manifeste à la cicatrisation.

Les professeurs Potain et Teissier ont publié des observations

“ démontrant la fréquence relative de la coexistence relative du rétrécissement mitral pur et de la tuberculose pulmonaire, en même temps qu'ils notaient l'influence d'arrêt exercée par la première sur la seconde.”

Potain cite une observation personnelle d'une dame âgée de 45 ans, ayant perdu un frère de la poitrine. Soignée pendant longtemps pour le début d'une affection tuberculeuse qui semblait devoir évoluer rapidement, les accidents pulmonaires se sont amenés; et il reste aujourd'hui les signes d'un rétrécissement mitral caractéristique. (Teissier.)

Donc, la tuberculose pulmonaire s'atténue au fur et à mesure que la lésion cardiaque évolue.

Il faudra donc considérer comme favorable l'apparition d'une lésion cardiaque — rétrécissement mitral — chez un tuberculeux; car, si le pronostic n'est pas changé au point de vue de la terminaison, il est changé au point de vue de l'évolution et de la survie. Or, nous estimons qu'un rétrécissement mitral pur constitue une maladie plutôt compatible avec les nécessités d'une existence paisible qu'une tuberculose pulmonaire en évolution.

Le traitement devra donc s'inspirer de ces notions cliniques fondamentales.

CONCLUSIONS.

1° Le rétrécissement mitral pur diffère complètement du rétrécissement mitral rhumatismal au point de vue clinique et anatomo-pathologique.

2° Le rétrécissement mitral pur relève de la tuberculose à forme torpide ou héréditaire — scrofule-chlorose — avec laquelle il est presque toujours associé.

3° Le rétrécissement pur s'oppose à l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

4° Il évolue lentement, amenant ainsi une prolongation notable de la vie chez le tuberculeux qui meurt d'asytolie plutôt que de phtisie.

REVUE GÉNÉRALE

VASO-CONSTRICTEURS

Ergot de seigle. — L'ergot de seigle représente le deuxième stade du développement d'un champignon parasite, le *Claviceps purpurea*, qui croît sur les épis de céréales, et en particulier du seigle (*Secale cereale*), c'est un corps violet noirâtre, long de 2 à 6 centimètres, irrégulièrement cylindrique et arqué; sa saveur est astringente, son odeur fade et désagréable à l'état humide, rappelle celle du poisson pourri. La composition de la poudre d'ergot est complexe. Kober en a retiré les acides ergotinique et sphacélinique et la cosméture.

Cette dernière substance n'est pas autre chose vraisemblablement, qu'un produit impur de l'ergotinine de Tanret qui est une substance bien définie, cristallisée, ayant les réactions d'un alcaloïde, et, à un haut degré, les propriétés de l'ergot.

Action pharmacodynamique. — L'ergot possède une action remarquable sur les fibres lisses, et d'une façon toute spéciale sur les fibres intérieures. Il renforce leurs contractions, il peut même au besoin les provoquer, et produire ainsi l'avortement. À l'état de vacuité, il arrête le flux menstruel et détermine des douleurs intérieures. Il agit à un degré moindre sur la vessie. Enfin, il a une action vaso-constrictive puissante qui en fait un hémostatique journellement employé.

L'intoxication aiguë par l'ergot n'a pas d'allure clinique bien tranchée. Il en est tout autrement de l'intoxication chronique, qui n'est jamais d'ordre thérapeutique mais qui s'observe parfois d'une manière épidémique à la suite de l'usage de farines avariées: c'est l'ergotisme avec ses deux formes gangrèneuse et convulsive.

Indications. — Les indications obstétricales de l'ergot, très étendues autrefois, sont considérablement réduites aujourd'hui. On ne doit pas en effet donner l'ergot si l'utérus n'est pas complètement vide, il ne sert guère que dans les hémorragies de la délivrance.

En gynécologie, en dehors de la période menstruelle, il est utilisé dans les métrorragies du cancer, des fibromes et des métrites.

En médecine, les injections d'ergot font partie de la thérapeutique courante des hémoptysises et des autres hémorragies.

Posologie des préparations ergolées. — Poudre d'ergot, 2 à 4 grammes par jour en plusieurs cachets ou paquets.

Ergoline Bonjean. — C'est un extrait aqueux repris par l'alcool. On en donne de 0 gr. 50 à 4 grammes en ingestion ou en injection hypodermique.

Ergoline Bonjean	2 grammes
Eau distillée bouillie	} à 10 gr.
Glycérine pure	

Un centimètre cube contient 0 gr. 10 d'ergotine.

L'ergotine du Codex se prescrit de la même manière.

Ergoline d'Yvon. — C'est un extrait fluide préparé avec l'ergot de seigle débarrassé de sa matière grasse; elle se conserve mieux que la précédente: 1 centimètre cube équivalent à 1 gramme de seigle ergoté (en injection).

Ergoline Tanret. — $\frac{1}{4}$ à 1 milligramme en injection hypodermique; 1 centimètre cube de la solution suivante contient un milligramme.

Ergotine	0 gr. 0.10 milligr.
Acide lactique	5 gr. 0.20 —
Eau distillée bouillie	10 ³

Hydrastis canadensis. — L'hydrastis canadensis est une renouclacée de l'Amérique du Nord dont le rhizome contient trois alcaloïdes, héberine, la canadine et l'hydrastine qui est cristallisée, insoluble, de saveur très amère.

L'hydrastinine est un produit d'oxydation de l'hydrastine, on utilise son chlorhydrate qui est soluble.

L'hydrastis canadensis a été proposé comme succédané de l'ergot de seigle; c'est comme lui un vaso-constricteur, certainement moins énergique, mais qui donne de bons résultats dans les cas de métrorragies et surtout dans les ménorragies.

Posologie — Hydrastis. — L'extrait fluide est la meilleure préparation, la dose est de XX à L gouttes pro die que l'on donne en potion avec un correctif, en raison de l'amertume du médicament.

Teinture alcoolique à 10 p. 100, 0,50 à 3 grammes (53 gouttes au gramme).

Hydrastine, en pilules, 0 gr. 15 à 0 gr. 20.

Chlorhydrate d'hydrastinine, en injection hypodermique 0 gr. 05 à 0 gr. 10, soit 1 ou 2 centimètres cubes de la solution suivante :

Chlorhydrate d'hydrastinine	0 gr. 50
Eau distillée.....	10 grammes

Hamamelis virginica. — L'hamamelis virginica est un arbuste de l'Amérique du Nord dont les feuilles et l'écorce renferment de l'acide gallique et une huile essentielle, qui serait le principe actif. De toxicité à peu près nulle, l'hamamelis jouit d'une réputation populaire dans le traitement des affections du système veineux, en particulier des varices et des hémorroïdes. Or, si l'hamamelis virginica ne guérit ni les phlébites, ni les varices, il est certainement utile comme traitement des distensions veineuses qui se produisent chez les variqueux à de certaines périodes (chaleur), et surtout chez la femme à l'approche des règles.

Posologie. — On prescrit la teinture d'hamamelis à la dose de 1 à 2 grammes par jour, ou l'extrait fluide à celle de 2 à 4 grammes. On l'associe souvent à l'hydrastis ou à l'ergot de seigle :

Extrait fluide d'hydrastis canadensis.....	10 grammes
“ “ d'Hamamelis.....	10 —
Glycérine.....	60 —

2 à 5 cuillerées à café par jour.

Contre les métrorragies :

Ergotine.....	2 grammes
Extrait fluide d'Hamamelis	5 —
Eau de Rabel.....	4 —
Elixir de Garus	50 —
Eau de Menthe.....	Q. S. pour 180 —

De 4 à 8 cuillerées à soupe.

CHRONIQUE

Les grandes renommées et la réclame. — Un de nos grands quotidiens montréalais reproduisait dernièrement, avec de nombreuses illustrations, une interview que le docteur Doyen a daigné accorder à un journaliste du “Monde Illustré” de Paris. Trois

grandes colonnes sont consacrées " pour montrer au public les derniers perfectionnements que le docteur Doyen a introduits dans la méthode antiseptique, pour donner à l'opéré le maximum de sécurité." Photographies, avant et pendant l'opération, etc.; tout le tremblement!

Dès le lendemain nous adressions au directeur du journal montréalais l'opinion suivante, qui a été publiée avec un empressement bienveillant :

" Le docteur Doyen est incontestablement un chirurgien de valeur, mais il ne peut résister au besoin de faire beaucoup de bruit autour de son nom, et cela par tous les moyens possibles. Celui des moyens qu'il exploite le plus, c'est la presse extra-médicale, qui atteint plus facilement le grand public qui n'est pas, si je ne me trompe, le meilleur juge en questions scientifiques.

Les méthodes d'asepsie et d'antiseptie préconisées par le docteur Doyen sont des méthodes acquises et mises en pratique courante, depuis déjà assez longtemps dans tous les pays civilisés où l'on fait de la chirurgie moderne, au Canada même et à Montréal en particulier.

L'interview du docteur Doyen, comme bien d'autres du même genre, est considérée par la profession médicale comme un procédé anti-professionnel, sinon charlatanestque.

* * *

Il est universellement reconnu, aujourd'hui, que la publicité par l'annonce journalistique joue un rôle considérable, effectif et rémunérateur. Aussi toutes les classes de la société exploitent ce moyen de succès infaillible; et cela à un tel point que le public est habitué maintenant aux réclames les plus osées, les plus téméraires, mais malheureusement il ne peut pas toujours discerner entre le vrai et le faux.

Des médecins à l'esprit mercantile, peu soucieux de la dignité du procédé, profitent de ce moyen-excellent qui les met en évidence et qui rapporte de la *grosse galette*.

Les confrères honnêtes sont justement scandalisés; on entend chuchoter que Docteur Un tel a fait une réclame indigne, déshonorante; mais jamais ces réflexions n'atteignent le même public

qui a été émerveillé à la lecture de l'interview, du rapport, de la chronique ou de l'annonce.

Le public, après tout, ne sait pas ce que la profession médicale exige de ses membres; dignité professionnelle ou charlatanisme sont choses bien vagues pour lui.

Il faut donc lui apprendre!

C'est pour toutes ces considérations que nous avons répondu à l'interview du docteur Doyen, mais dans le même quotidien, de façon à pouvoir atteindre le même public.

Entreprenons une campagne dans la grande presse, ne ménageons personne chaque fois que le cas se présentera, et nous sommes certains que le nombre des médecins charlatans diminuera.

Mais si nous nous contentons de faire des réflexions en famille, de s'indigner tacitement, *ces princes de la science, ces grandes renommées*, continueront leur œuvre méprisable dont ils bénéficieront au détriment du médecin sérieux et honnête.

Instruisons le public &

Z. RHÉAUME.

NOTE

Nous prions nos lecteurs et nos abonnés d'excuser le retard du numéro de décembre, dû à l'imprimerie.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de Médecine, Chirurgie,
Obstétrique, Pédiatrie, Thérapeutique, Hygiène.

LA PLUS ANCIENNE REVUE MEDICALE FRANCAISE

AU CANADA.

FONDÉE EN 1872

TOME XXXVII.

Contenant les travaux de MM.

AUMONT, BEAUDRY BOULET, BOURGOIN, BRISSET, CHAGNON, COTÉ, COURMONT
D'AMOURS, DECOTRET, DUBÉ, FOUCHER, GAUTHIER, KNOPF, LASNIER,
LARAMÉE, LAUBENDEAU, LESAGE, MARIEN, MARSAN, MASSON, MERCIER, O.
F, NETTER, PARIZEAU T. PARISEAU L., PRÉVOST, RHÉAUME, ROUSSEAU
TOURIGNY, VALIN,

1908

DIRECTEURS:

MM. LES DOCTEURS

- Boulet**, Officier de l'Instruction Publique, France, Médecin en chef des services d'Ophthalmologie, de Rhinologie, d'Otologie et de Laryngologie de l'Institut Ophthalmique, Membre du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- Dubé**, Officier d'Académie, France, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Membre correspondant de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon.
- Hervieux**, Professeur de Pathologie interne à l'Université Laval de Montréal, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal.
- Le Sage**, Officier d'Académie, France, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame (Rédacteur en chef),
- De Lotbinière-Harwood**, Professeur de Gynécologie à l'Université Laval, Suppléant de l'Hôpital Notre-Dame, Membre de la Société d'Urologie de Paris.
- Marien**, Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Université Laval de Montréal, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, Membre de la Société Anatomique de Paris.

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT :

L'Union Médicale du Canada paraît le 1^{er} de chaque mois par fascicules de 64 pages, formant, chaque année, un volume de 800 pages environ.

PRIX DE L'ABONNEMENT

Pour le Canada et les Etats-Unis.....	\$2.00
Pour les pays faisant partie de l'Union Postale (Etranger).....	2.50
Etudiants.....	1.00

Payable d'avance par mandat-poste ou autrement.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé *franco* à M. le Docteur LESAGE, 46, Avenue Laval.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé *franco* à M. T. VALIQUETTE, 20, rue St-Jacques, Montréal, ou Boite Postale No. 2189.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

1908.

A	PAGES.	PAGES	
<i>Accidents du travail. — Un cas de tabès.....</i>	332	<i>Argent colloïdal dans les maladies infectieuses.....</i>	521
<i>Acétanilid.....</i>	651	<i>Artério-sclérose—formule contre l'.....</i>	303
<i>Actone, l' — dans le traitement des cancers inopérables de l'utérus.....</i>	177	<i>Ascarides lombricoïdes — traitement.....</i>	303
<i>Arné — pâte contre l'.....</i>	304	<i>Assoc. Médico-Chirurgicale du district de St-Hyacinthe.....</i>	175
<i>Actes de la Faculté de Médecine à Montréal.....</i>	602	<i>Ass. Méd. de l'Ouest de Montréal.....</i>	109
<i>Adénaline.....</i>	361	<i>Association Médico - Chirurgicale du district de Joliette. 52, 290, 596</i>	596
<i>Affections pulmonaires aiguës de l'enfance. Traitement.....</i>	460	<i>Assoc. Méd. du district de Trois-Rivières.....</i>	110
<i>Albuminurie, la signification pathologique.....</i>	446	<i>Ass. Méd. du district d'Ottawa.....</i>	292, 590
<i>Allaitement maternel technique intervalles des repas, pesée etc.</i>	583	<i>Asthme, dyspnée et toux gastriques, clinique et thérapeutique.....</i>	331, 403
<i>Alimentation et hygiène des enfants.....</i>	122	B	
<i>Allocution de M. Marien.....</i>	49	<i>Bains de siège dans les maladies des femmes.....</i>	668
<i>Allocution de M. LeSage.....</i>	104	<i>Bibliographie.....</i>
<i>Alopécie — formule.....</i>	118	<i>Bleennorrhagie aigue traitement abortif par injonctions précoces et répétées.....</i>	486
<i>Amalgamate — gargarismes contre l'.....</i>	303	<i>Blépharite impétigineuse.....</i>	116
<i>Analytique de l'esprit humain.....</i>	119	<i>Blépharite squameuse et pityriasi- que.....</i>	117
<i>Anesthésie rachidienne.....</i>	612	<i>Boricure maisonnier.....</i>	362
<i>Angine de poitrine, traitement.....</i>	149	<i>Bromidia.....</i>	362
<i>Anti-tuberculeux — nouveau médicament.....</i>	236	<i>Bronchite aiguë — Formule contre la.....</i>	364
<i>Autoplastie de la face pour épithélioma des paupières.....</i>	167	<i>Bronchite aiguë de l'enfant.....</i>	429
<i>Appendicite — Son traitement précoce par l'huile de ricin.....</i>	422	<i>Broncho pneumonies aiguës 1 formule contre.....</i>	304
<i>Appendicectomie dans chaque cas de laparatomie.....</i>	177		
<i>Appendicite et décuibitus du malade.....</i>	113		

PAGES	PAGES
<i>Brèche crânienne restaurée par la prothèse métallique</i> 360	<i>Contribution à l'étude de la serré- nule etc.</i> 493
<i>Bruyères de la bouche</i> 181	<i>Cuti-réaction</i> 425
<i>Bureau provincial de Médecine</i> 644	
C	
<i>Calculs des voies biliaires et pan- créatiques</i> 61	
<i>Calculs du cholédoque traités par le drainage des voies biliaires</i> 178	
<i>Cancer.—Sa nature</i> 664	
<i>Cancers inopérables de l'utérus et acétone</i> 177	
<i>Cancer de l'utérus traitement de chicix</i> 345	
<i>Cancers de la face et radiothérapie</i> 187	
<i>Cancers primitifs de l'appendice</i> ... 360	
<i>Cancer causé par les rayons X</i> 207	
<i>Capsules Darlois</i> 362	
<i>Capsules Gonosau</i> 362	
<i>Chirurgie pleuro-pulmonaire quel- ques perfectionnements en</i> 59	
<i>Chirurgie du moyen âge et chirur- gio de nos jours</i> 503	
<i>Chloro-anémie.—Formule contre la</i> 304	
<i>Chronique Médicale</i> 42	
<i>Climat océanien — Indications et contre-indications dans la neurasthénie</i> 427	
<i>Collège des Médecins P. Q.—Adres- se au Dr. E. P. Lachapelle</i> 471	
<i>Coliques chez les enfants</i> 492	
<i>Collodes.—Des propriétés de— utilisées en thérapeutique</i> 327	
<i>Commission du bon lait.—Rapports</i> 19	
<i>Comment épurer son eau</i> 119	
<i>Congrès (I^{re})—Des Médecins de langue française de l'A.-N.</i> 162	
<i>Congrès Médical de Québec (4^e)</i> ... 373	
<i>Congrès de Québec</i> 100	
<i>Congrès international de la tuber- culose</i> 160	
<i>Congrès de Québec.—Impressions</i> .. 605	
<i>Congrès international, de la tuber- culose à Washington.—Liste des Con- gressistes français</i> 519	
<i>Conjonctivite catarrhale aiguë</i> 179	
<i>Conjonctivite blennorrhagique, de l'adulte</i> 247	
<i>Conjonctivite pseudo-membraneuse</i> .. 118	
<i>Conjonctivite des fosses nasales</i> ... 193	
<i>Consentement marital pour les opé- rations</i> 481	
<i>Constipation, chronique.—Traite- ment</i> 13	
<i>Constipation.—Mécanisme, étio- logie</i> 392	
	D
	<i>Détentes du visage</i> 548
	<i>Décollement de la rétine, nouveau procédé de traitement</i> 491
	<i>Déclaration obligatoire des mala- dies contagieuses par le mé- decin</i> 218
	<i>Dentition, sevrage, vaccination, bains, etc</i> 654
	<i>Dentition — hygiène de la pre- mière</i> 390
	<i>Développement des organes de l'Embryon humain</i> 73
	<i>Diabète — les albuminoïdes et les graisses dans le</i> 354
	<i>Diarrhée des tuberculeux—contre la</i> 364
	<i>Diarrhée des tuberculeux, formule contre la</i> 247
	<i>Diarrhée infantile, formule contre</i> 492
	<i>Diététique—importance de la</i> 6
	<i>Diminution du murmure rési- laire au sommet du poumon droit</i> 665
	<i>Dragées Dubourg</i> 362
	<i>Durée du séjour au lit après l'ac- couchement physiologique</i> 200
	<i>Dyspepsie — formule contre la douleur dans la</i> 118
	<i>Dyspepsie, traitement</i> 672
	<i>Dysenterie</i> 492
	E
	<i>Ecrasements du membre inférieur</i> 418
	<i>Eczéma scintillant des jeunes en- fants</i> 247
	<i>Eczéma du nez</i> 487
	<i>Elixir alimentaire, Duero</i> 431
	<i>Enésol</i> 432
	<i>Energétiques végétaux</i> 431
	<i>Entero-anastomose—Un cas de</i> ... 259
	<i>Enchondrome du maxillaire infé- rieur</i> 29
	<i>Esmarch</i> 415
	<i>E-tomac—formule contre les dou- leurs gastriques</i> 305
	<i>E-tomac — Compléments après les opérations pratiquées sur l'</i> 361
	<i>Etudiants en médecine au Canada</i> 102
	<i>Eunuques Les—à travers les âges</i> 368
	<i>Exalgine</i> 652
	<i>Examen des malades en chirurgie</i> 125
	<i>Expectorants—formules diverses</i> .. 1-2

	PAGES		PAGES
F			
<i>Fibréum calcifiant</i> de l'orbite.....	318	<i>Injections chlorurées sodiques</i> , leur influence sur l'action du chloroforme.....	57
<i>Fièvre typhoïde</i> — Nouvelles données sur la pathogénie et l'étiologie de la.....	231	<i>Inertie utérine</i> après la délivrance.....	421
<i>Formulaire des spécialités pharmaceutiques</i> pour 1908.....	368	<i>Injection puerpérale</i>	30, 87, 263
<i>Forceps</i> et ses dangers.....	448	<i>Intoxication alcoolique</i> chez un nourrisson.....	466
<i>Formulaire synthétique de médecine</i>	308	<i>Irrésie</i>	548
<i>Frigothérapie précordiale</i> en médecine infantile.....	423	J	
<i>Furoncle</i> du conduit auditif.....	489	<i>Journal d'un praticien</i> —Grossesse, accouchement, maladies des femmes, nourrissons.....	367
G			
<i>Gate</i> —Contre la.....	248	K	
<i>Gangrène pulmonaire</i> et bronchites fétides, (formules).....	363	<i>Kystes hydatiques</i> du poumon—traitement chirurgical.....	114
<i>Gastro entérites</i> — pathogénie de certaines épilépsies de.....	242	<i>Kystes papillaires</i> de l'ovaire.....	343
<i>Gléome intra dural</i> du nerf optique.....	348	L	
<i>Goutte</i> , traitement de l'accès.....	294, 423	<i>La faiblesse musculaire</i> essentielle du cœur.....	176
<i>Goutte de lait</i> , un rapport de M. Barré.....	280	<i>Lait</i> : suppression et reprise dans les diarrhées de l'enfance.....	454
<i>Goûtre exophtalmique</i> , traitement.....	492	<i>La limite plastique</i>	242
<i>Grossesse triple</i>	321	<i>La médecine et la race</i>	497
<i>Gynécologie</i> —Valeur comparative des opérations vaginales et abdominales.....	613	<i>Laparatomies</i> 500 cas pour lésions utéro-annexielles.....	113
H			
<i>Hémoptysies</i> , pronostic.....	272, 417	<i>La propriété</i> au moment de l'accouchement.....	385
<i>Hémorrhagie double</i> , interne et externe.....	510	<i>Laryngite striduleuse</i> traitement.....	180
<i>Hémorrhagie cérébrale</i>	253	<i>Les secrets</i> de la Pharmacopée.....	65
<i>Hémoptysie</i> , traitement.....	430	<i>Lésions</i> dites congénitales de la hanche.....	114
<i>Hernies</i> —2600 opérations de cure radicale.....	230	<i>Lympho-sarcome</i>	227
<i>Hôpital Notre-Dame</i> , rapport annuel.....	157	<i>Leçons de clinique</i> obstétricale.....	554
<i>Hôpital Victoria</i> , rapport annuel.....	158	<i>Les ligatures d'artères</i>	555
<i>Hôpital Ste-Justine</i> pour les "Enfants malades".....	215	<i>Le nouveau doyen</i>	63
<i>Hydronéphrose aiguë</i> par tumeur rénale.....	344	<i>Les états neurasthéniques</i> diagnostique et traitement.....	307
<i>Hypéridrose plantaire et palmaire</i>	493	<i>Les ferments métalliques</i> et leur emploi en thérapeutique.....	61
<i>Hypotension artérielle</i> dans la tuberculose rénale.....	358	<i>Lésions traumatiques</i> des articulations.....	60
I			
<i>ictère</i> —la signification chirurgicale.....	241	<i>Le criminel</i>	119
<i>Injections intra-rachidiennes</i> , nouvelle méthode d'anesthésie générale.....	673	<i>Le cancer</i>	306
<i>Injections sous-conjonctivales d'air stérilisé</i> dans le traitement de quelques affections oculaires.....	559	<i>L'Officine</i>	557
		<i>Les maîtres français</i> à Montréal. Réception et banquet.....	562
		M	
		<i>Maladies de l'œil</i>	553
		<i>Manuel pratique et simplifié</i> .—De l'analyse des urines.....	61
		<i>Maux de gorge</i> .—Formule.....	429
		<i>Médecine et politique</i>	411
		<i>Médecine populaire</i>	679

PAGES	PAGES
<i>Mélano-sarcome</i> 222	<i>Piqûres d'insectes</i> 548
<i>Memento thérapeutique</i> et formulaire pharmaceutique des maladies infantiles..... 122	<i>Pneumonie du vieillard</i> — formule contre la..... 364
<i>Memento thérapeutique</i> des maladies des organes respiratoires.. 122	<i>Politique et médecine</i> 411
<i>Ménopause</i> .—La..... 576	<i>Pommade au calomel</i> et infection syphilitique..... 293
<i>Mérysisme</i> chez l'enfant..... 547	<i>Ponction lombaire</i> —sa technique et ses indications..... 638
<i>Mort par submersion</i> .—Diagnostic par l'hématimétrie..... 545	<i>Poudre vernifuge</i> pour un enfant de deux ans..... 547
<i>Murmure vésiculaire</i> .—Valeur sémiologique.—Au sommet droit 354	<i>Presse Médicale</i> ses progrès..... 414
N	<i>Prophylaxie internationale</i> et nationale..... 366
<i>Nécrologie</i> — le prof. Demers..... 416	<i>Propriétés humorales</i> des exsudats tuberculeux..... 621
<i>Nitrates d'argent et de zinc</i> associés contre le traitement de la blennorrhagie chez la femme..... 674	<i>Prostate</i> — traitement des abcès non-tuberculeux de la —..... 58
<i>Nouveaux éléments</i> l'ophtalmologie..... 184	<i>Psoriasis</i> — pommade contre — 304
<i>Nouveau traité</i> de chirurgie..... 554	<i>Pylorectomie</i> pour cancer du pylore
<i>Nouveau Codex</i> 680	<i>Pyramidon</i> —..... 650
O	R
<i>Obésité d'origine génitale</i> chez la femme..... 667	<i>Radiothérapie</i> et cancer de la face 187
<i>Obstruction des Voies biliaires</i> par calculs dans vésicule; cystique et canal hépatique..... 347	<i>Rayons X</i> et épithélioma de la face 143
<i>Ophthalmo-réaction</i> au point de vue médico-légal..... 131	<i>Régime déchloruré</i> 624
<i>Ophthalmo-réaction</i> 115	<i>Régime de la femme</i> enceinte..... 514
131, 152, 244, 425	<i>Régimes alimentaires généraux</i> 311
<i>Ophthalmo-réaction</i> chez les enfants..... 244	<i>Régime lacto-végétal</i> 380, 442
<i>Ophthalmie purulente</i> des nouveaux nés..... 245	<i>Régimes généraux</i> 223
<i>Opium à doses progressives</i> dans le traitement des névralgies... 671	<i>Régistre médical</i> 286
<i>Opium</i> dans la périophlébite aiguë 113	<i>Rhumatisme articulaire aigu</i> 118
<i>Otalgie</i> — traitement de l'..... 300	<i>Rhumatisme articulaire aigu</i> formule et traitement..... 395
<i>Otalgie</i> — traitement..... 489	<i>Rétrécissement mitral</i> pur et tuberculose pulmonaire..... 720
P	S
<i>Pancréatites</i> aiguës diagnostic..... 241	<i>Sanatorium dispensaire</i> et hôpital spécial pour le traitement des tuberculeux..... 435
<i>Pancréatectomie</i> technique..... 178	<i>Sarcome du rein</i> chez un enfant de 6 ans..... 164
<i>Paralysies diphthériques</i> traitement par le Serum Roux..... 85	<i>Sarco-épithéliôme</i> de Povaire..... 317
<i>Parasites</i> formule contre les..... 118	<i>Sécrétion lactée</i> —sur l'établissement tardif de la..... 296
<i>Peritonites aiguës</i> —traitement des par l'aspiration péritonéale immédiate..... 59	<i>Secret Médical</i> —le..... 629
<i>Perforation typhique</i> laparatomie 613	<i>Sémiologie</i> de l'appareil respiratoire..... 183
<i>Pharmacopée</i> —les secrets de la.... 65	<i>Sérum Roux</i> dans les paralysies diphthériques..... 85
<i>Phénacétine</i> 953	<i>Sirof laxatif</i> 305
<i>Picrotoxine</i> — son action comme préventif des vomissements post-chloroformiques..... 57	<i>Société Médicale de Montréal</i> 46, 47
	<i>Société Médicale</i> du district de Terbonne..... 351
	<i>Société Médicale</i> de Montréal. 104, 163, 171, 222, 288, 341, 590, 659
 661
	<i>Sommeil électrique</i> 170

PAGES	PAGES		
<i>Soupe de carottes</i> dans les troubles nutritifs des nourrissons.....	614	<i>Traitement de la tuberculose</i> par la paratoxine basé sur l'action antitoxique du foie.....	305
<i>Spécialités pharmaceutiques</i>	361	<i>Traitement des maladies internes</i>	556
<i>Spirochète pallida</i>	345	<i>Traité pratique de thérapeutique</i> médicale infantile médico-chirurgicale,	306
<i>Stomatite aphteuse</i> — formule.....	267	<i>Tuberculose, La</i> — à Paris.....	572
<i>Strychnine</i> — son emploi dans la tuberculose.....	56	<i>Tuberculose conjugale</i>	56
<i>Sycosis de la moustache</i>	546	<i>Tumeurs ovariennes</i>	3
<i>Syphilis</i> malgré l'emploi prophylactique de la pommade au calomel.....	298		
T		U	
<i>Tubs et accidents</i> du travail.....	332	<i>Utréoplastie expérimentale</i>	613
<i>Technique chirurgicale</i> journalière au lit du malade.....	121		
<i>Traité pratique</i> d'analyse des denrées alimentaires.....	120	V	
<i>Traité clinique</i> et thérapeutique des maladies de l'appareil respiratoire.....	120	<i>Villeuve</i> — nomination comme professeur.....	611
<i>Traitement des tuberculeux</i> tel qu'on le préconise dans les sanatoriums.....	683	<i>Vomissements incoercibles</i> de la grossesse — pathogénie et traitement.....	82, 145
		W	
		<i>Western Hospital</i> rapport annuel	159