corps augmente et la perte en azote disparaît si l'on ajoute 100 grammes de graisse à sa ration.

Ce sont là, il est vrai, des faits intéressants de physiologie normale. Le malheur est que la physiologie de l'homme en santé n'est pas du tout applicable à la physiologie pathologique du malade qui, sous le coup d'une infection ou d'une diathèse, se dénourrit.

Et comme les graisses sont assez mal supportées des dyspeptiques, il arrive naturellement qu'elles sont exceptionnellement tolérées du tuberculeux.

C'est ce qu'on peut dire de la meilleure des graisses pour le poitrinaire, de l'huile de foie de morue. Elle a donné des résultats tout à fait contradictoires dans le traitement de la tuberculose, réussissant merveilleusement aux uns, chez d'autres, coupant radicalement l'appétit, provoquant le dégoût définitif de tous les aliments, et ruinant irrémédiablement les fonctions digestives. Ces différences sont faciles à comprendre : Quand l'huile de foie de morue est bien supportée, c'est un merveilleux aliment, à condition qu'on la prenne en doses élevées. Quand le malade la prend avec dégoût et la digère mal, mieux vaut s'en abstenir. On lui enlève ainsi le peu d'appétit qui peut lui rester.

Les hydrates de carbone. — Les aliments hydrocarbonés comportent surtout les céréales, les légumes et le sucre.

On a dit que ces aliments étaient au second plan dans l'alimentation du tuberculeux. C'est une erreur. Les hydrates de carbone ont, par eux-mêmes, une haute valeur nutritive. Ils favorisent l'assimilation des albuminoïdes, la nutrition des tissus du muscle en particulier. La graisse peut se former aux dépens des hydrates de carbone, et c'est un bon moyen d'engraisser que de faire entrer dans son régime une prédominance d'aliments végétaux, de féculents, de farineux, c'est-à-dire d'hydrates de carbone.

Pour ces deux raisons (possibilité de faire de la graisse aux dépens des hydrates de carbone ; meilleure nutrition, sous leur influence, de la chair musculaire), nous estimons que les hydrates de carbone ne doivent pas toujours occuper, dans l'alimentation du tuberculeux, l'arrière-place où les ont relégués les phtisiologues.

Enfin, ce qu'on oublie trop volontiers, c'est que les légumes, s'ils contiennent une plus grande proportion d'hydrates de carbone, ne sont pas dépourvus d'éléments azotés, et que les légumes secs, lentilles, pois, haricots, etc..., sont plus riches en azote assimilable que les viandes.

Les mets sucrés sont aussi très utiles. Ce sont des aliments complets où entrent du lait, des œufs, du sucre, pour la plupart d'une parfaite digestibilité, agréables au malade et nourrissants sous un petit volume.

En résumé : les céréales, qui contiennent une moyenne de 15 % de principes azotés, de 60 % d'hydrates de carbone ; les légumes secs, qui contiennent de 22 à 25 % de matières azotées (autant que la viande la meilleure !), de 55 à 60 % d'hydrates de carbone, et la plupart des aliments hydrocarbonés (céréales, légumes, sucres, pâtes alimentaires, etc...), représentent, en réalité, des aliments complets, dont la composition indique le double rôle qu'ils sont destinés à remplir.

Le sucre, enfin, ce type des hydrates de carbone, est un véritable aliment d'épargne. Il est dynamogénique par excellence, fournissant un nombre de calories très élevé pour les combustions organiques.

Par conséquent, si la viande est utile, indispensable aux

tuberculeux, si elle doit occuper la première place dans leur régime, nous réclamons cependant, à côté d'elle, une part importante à l'alimentation hydrocarbonée, nutritive par elle-même, et jouant le rôle d'alimentation économique, d'épargne et de rendement meilleur pour les albuminoïdes.

Enfin, il est des *aliments* dits *complets*, dont l'usage est particulièrement profitable aux malades, tels le lait, de si haute valeur nutritive et si facile à tolérer, certains laits fermentés comme le Koumys et le Kéfir, les œufs qui contiennent 15 °/₀ d'albnmine, 11 de graisse, 72 d'eau... Tous les malades peuvent retirer un grand avantage de l'alimentation par le lait et les œufs, et les tuberculeux devraient s'entraîner à prendre régulièrement, en dehors de leur alimentation ordinaire, 2 litres de lait et une demi-douzaine d'œufs par jour.

Esquisse d'un programme alimentaire de tuberculeux. — Et voici comment il pourrait y réussir.

Le matin, à son premier déjeuner (café au lait ou chocolat au lait accompagné d'une tartine de beurre), le malade prend déjà 1/4 de litre de lait.

A 10 heures, comme collation, il prendra deux œufs crus.

Au déjeuner de midi, avec un plat de viande, un plat de légumes en purée ou un entremets sucré, ou un peu de fromage et un dessert (confitures ou compotes de fruits), il boira du lait au lieu de vin, et, pour le tolérer facilement, il lui est permis de le couper d'une eau minérale légère.

A 4 heures, en guise de goûter, il prendra 2 sardines, suivies d'une tartine de beurre ou de 2 œufs crus.

A son dîner, à 7 heures, après un romsteack de 150 grammes, râpé cru dans du bouillon tiède, il pourra prendre une

omelette de 2 ou 3 œufs, ou une crème ou un gâteau de riz ou de semoule, ou une purée de légumes secs, et terminer son repas par du fromage frais ou un peu de confitures. Il boira encore du lait au dîner, et en prendra une dernière tasse, avec un jaune d'œuf délayé, aromatisé d'un peu de cognac ou de fleurs d'oranger avant de se coucher; et, en suivant ce programme et le variant d'ailleurs à sa guise, dans le détail, le malade prendra non seulement une alimentation suffisante, mais encore réparatrice, sans faire de la suralimentation et sans se fatiguer l'estomac.

La cure médicamenteuse.

Quel rôle revient aux médicaments dans le traitement actuel de la tuberculose? — Naguère encore, la cure médicamenteuse occupait la place d'honneur dans le traitement du tuberculeux. On épuisait pour lui tout l'arsenal thérapeutique ancien et moderne, sans compter les remèdes nouveaux que chaque jour apporte avec le concours de la chimie, et le malade était transformé en un réservoir de médicaments, qu'on emplissait sans cesse, en le variant continuellement.

Autrefois, on lui donnait des toniques, des vins reconstituants, des potions calmantes, etc... Puis l'ère de l'antisepsie est venue; on a découvert le bacille, cause du mal, et l'on a conçu le fol espoir de l'atteindre aussi facilement dans les profondeurs du poumon que sur une plaie ouverte, qu'on panse et qu'on lave. On ne voyait plus, d'une part, qu'un microbe à combattre, de l'autre, que la liste indéfiniment

allongée des produits antiseptiques, qui tous se réclamaient d'une action microbicide certaine ! On ne cherchait plus qu'une chose : tuer le bacille par un antiseptique sans songer qu'un antiseptique est toujours ou toxique, ou caustique, et qu'il ne détruit un microbe, être vivant, cellule organique, qu'après avoir déjà plus ou moins détruit les tissus avec lesquels on le met en contact. Avant d'atteindre le bacille, être vivant organisé, mais être d'organisation inférieure, il compromet la vitalité, la résistance, l'intégrité des cellules plus hautement différencières, plus fragiles, par conséquent, qui constituent les tissus humains. Et l'on aggravait ainsi la maladie, sans gêner nullement la prolifération microbienne.

En a-t-on essayé de ces produits pharmaceutiques contre la tuberculose, surtout depuis vingt ans ! La liste seule en fournirait des pages complètes, et l'on serait tout surpris que de ces médicaments, qui eurent leur minute de vogue, — celle où ils passaient pour héroïques — le nom même est aujourd'hui oublié. Gloire éphémère, qui ne résistait pas au contrôle pénible de l'expérience, et qui était en un jour contredite par les faits !

C'était donc une erreur, parce que la tuberculose était une maladie infectieuse, parce qu'on venait d'en isoler le microbe et qu'on connaissait ses conditions de développement, de culture, son degré de vitalité, etc..., d'espérer l'atteindre dans l'organisme de la même façon qu'on l'atteignait dans le milieu de cultures... Une fois de plus, il fut prouvé qu'il y a toute une distance entre les recherches *in vitro* et les résultats *in vivo*, entre l'expérimentation de laboratoire et la cure sur le malade.

Sans doute, on ne manqua pas de trouver des substances antiseptiques qui gênaient la reproduction du bacille, qui

en entravaient les cultures, qui le détruisaient, en atténuaient la virulence... Les « infertilisants », comme on dit en bactériologie, sont légion, mais autre chose est de *tuer* (puisque c'est le mot qui fait mirage en l'imagination) un microbe dans un milieu de culture, au moyen d'agents chimiques ou physiques, autre chose de l'atteindre quand il se cache dans l'organisme... Et l'on en fit souvent la triste constatation.

Nous ne nous attarderons pas (cela va de soi) à parler de tous ces médicaments, tombés du jour au lendemain en désuétude, et qui ne donnèrent aucun résultat sérieux. Jusqu'au jour où l'on trouvera, à la lumière des méthodes nouvelles, la sérothérapie ou la vaccination contre la tuberculose, c'est-à-dire le remède biologique et spécifique de la maladie, on proposera beaucoup de produits pharmaceutiques qui ne tiendront pas contre les démentis de l'expérience.

Ce serait peine perdue de remuer ici la poussière des rayons de pharmacie pour en exhumer des médicaments abandonnés. Autant nous nous sommes appesantis sur la cure hygiéno-diététique que nous considérons, en l'état actuel de nos ressources thérapeutiques, comme le véritable traitement de la tuberculose, autant nous serons brefs sur la pharmacie antituberculeuse ! Nous limiterons donc notre étude à la seule mention des médicaments vraiment utiles, contrôlés par les faits chimiques, dont notre expérience nous a démontré la valeur, et qui sont les vrais adjuvants de la cure hygiéno-diététique.

La créosote, ses avantages, ses inconvénients. — Depuis longtemps on a vanté l'action de la créosote dans les maladies de poitrine, et depuis le jour où, en 1832, Reichen-

bach la retira du goudron de hêtre, on l'a presque constamment employée contre la phtisie. Les succès furent divers et la fortune du médicament très variable. Tantôt, elle produisait des effets presque miraculeux, tantôt elle restait sans action ou paraissait même nuisible. Mais tout le monde sentait bien qu'on avait là un médicament sérieux, efficace, sinon merveilleux, et qu'il suffirait de modifier un peu dans sa composition ou dans son mode d'emploi pour lui faire produire plus d'effets heureux.

La créosote était bien un médicament de choix dans la tuberculose, et elle avait une très heureuse influence; mais encore fallait-il que le malade pût la supporter, et tous ne le pouvaient pas, car on ne connaissait encore pas le mode d'administration par voie gastrique.

Or, la créosote est caustique. Et il arrive fatalement un jour où l'estomac surmené se refuse à tolérer le médicament qui l'irrite. La chose est d'autant plus regrettable qu'ainsi administrée à l'intérieur, la créosote ne se montre efficace que si elle est prise à forte dose, et l'on est acculé à ce dilemme : ou de faire prendre une proportion considérable de créosote pour agir sur le poumon et de rebuter alors fatalement l'estomac, ou de la faire prendre à petite dose, ce qui est alors une médication illusoire !

Mais, même quand l'usage de l'administration hypodermique des médicaments actifs se fût vulgarisé avec l'emploi de la seringue de Pravaz, on n'eût pas résolu le problème. Sans doute, on ne fatiguait plus l'estomac, mais c'était une intolérance d'un autre ordre qui se manifestait. Quand on arrivait aux doses élevées, aux doses actives, on dépassait vite la mesure et, brusquement, on arrivait à la dose toxique. Le malade était véritablement intoxiqué et manifestait

tous les symptômes d'un empoisonnement chronique, si bien que, pour se conformer à la nécessité des doses élevées et efficaces, il fallait constamment côtoyer la zone dangereuse de la toxicité et verser presque inévitablement dans l'excès. La créosote en nature était ainsi, de par sa toxicité, son accumulation dans l'organisme et l'intolérance qui suit son emploi journalier, le plus difficile et le plus dangereux à manier des médicaments.

On doit lui substituer les éthers créosotés. Leur supériorité. — Heureusement que la chimie a résolu ce difficile problème et tourné la difficulté. Elle a pu, en engageant la créosote dans des combinaisons dites éthers, c'est-à-dire en produisant des dérivés éthérés de la créosote, lui conserver toute son action, lui ajouter même celle des composés où elle était engagée, et lui enlever tous les inconvénients que nous venons de dire.

Avec les polyéthers créosotés, plus d'action caustique et irritable pour les muqueuses, plus de toxicité dans les hautes doses; possibilité par conséquent de donner des doses élevées, efficaces, de les conserver longtemps sans produire d'effets toxiques ni caustiques. Le médicament conserve toute sa valeur. Il y gagne encore celle de la combinaison chimique où on l'engage. Et il n'a plus un inconvénient.

Tels sont les avantages des éthers de la créosote.

Du phosphate de créosote. — Parmi ceux (et ils sont nombreux : carbonate, valérianate, tannate, cinnamate... de créosote) qu'on a expérimentés depuis quelques années, il en est un qui nous est particulièrement indiqué, que nous avons expérimenté sur une grande échelle, dont nous avons

été des premiers à codifier l'emploi : nous voulons parler du phosphate de créosote ou phosote.

Voilà trois ans que nous l'employons sur les malades de notre clientèle. Il y en a deux que nous employons chez les nombreux phtisiques qui fréquentent assidûment les dispensaires parisiens de l'Œuvre de la Tuberculose Humaine. Il n'est pas exagéré de dire que nous avons fait avec lui des milliers d'injections sous-cutanées, qu'à ce traitement nous avons soumis des centaines de malades et — ce qui est plus rare pour un médicament! — notre bonne opinion, nous dirions presque notre enthousiasme des premiers jours n'a pas changé.

Le phosphate de créosote est un excellent médicament, qui agit à la fois par son élément phosphoré et par sa créosote, d'une part sur le terrain dont il augmente la résistance, de l'autre sur le poumon dont il modifie les sécrétions morbides et dont il réalise, dans la mesure où il est permis de l'espérer, l'antisepsie...

Nous ne pouvons que reproduire ici les lignes qui terminent notre ouvrage : *la Tuberculose et la Médication créosotée*, dans lequel nous avons, le premier, fait une longue étude des polyéthers créosotés, et du phosote en particulier.

« ... Le phosphate de créosote, disions-nous, ou plus généralement la médication phospho-créosotée (un polyéther capable de se dédoubler en acide phosphorique et en créosote), répondra donc aussi complètement que faire se peut, en l'état actuel de nos ressources thérapeutiques, aux desiderata du traitement de la tuberculose.

« Comme nous l'avons dit, d'après nos recherches de laboratoire et nos observations, l'expérimentation et la clinique sont d'accord en cela avec la théorie.

« De tous les polyéthers créosotés, ceux qui donnent les meilleurs résultats sont ceux qui contiennent un acide éthéritique phosphoré.

« Le phosphate de créosote, type de cette médication phospho-créosotée, agit à la fois par son acide phosphorique, grâce à sa fonction chimique acide, grâce à son phosphore pour relever l'acidité, la minéralisation, la phosphatisation du terrain tuberculeux et lui substitue un sol arthritique artificiel, par sa créosote, pour combattre indirectement le bacille pathogène. »

Depuis deux ans, que nous écrivions ces conclusions, l'expérience est venue les confirmer. Les succès que nous devons au phosphate de créosote sont nombreux, et nous croyons que, aujourd'hui encore, c'est peut-être le meilleur produit que nous puissions employer chez la majorité des tuberculeux.

Traitement de la Tuberculose par l'emploi combiné de la Tuberculine et des composés créosotés. (*Méthode du Dr Maréchal.*) — Depuis la découverte de la tuberculine par Rob. Koch, ce produit organique, qui avait tant promis et si peu tenu, n'a guère joui d'une belle réputation. On avait bien constaté sa persévérante action locale et générale sur les produits tuberculosés et sur l'organisme du phtisique, mais la pratique avait démontré aussi que le maniement de cette tuberculine était fort délicat et très difficile. Or, M. le Dr Maréchal, médecin en chef de l'hôpital Saint-Josse-ten-Nood (Bruxelles), un praticien des plus distingués, fait depuis environ deux années des expériences avec une nouvelle tuberculine associée à l'action d'éther créosoté et les résultats de cette nouvelle méthode ont été des plus

encourageants. Comme nous avons nous-même contrôlé et reconnu l'exactitude de ces résultats, nous sommes heureux de retracer ici les conclusions du Dr Maréchal, avec la certitude que la méthode de cet honorable praticien est appelée à avoir un grand succès et un profond retentissement.

La méthode proposée par l'auteur est basée sur la constatation que, dans la lutte de l'individu contre une infection microbienne, c'est de soi-même que l'organisme tire ses procédés de défense et que le rôle de la thérapeutique rationnelle doit être de seconder la nature dans ses efforts défensifs. Il est démontré actuellement que la tuberculose ne peut se développer que sur un terrain affaibli ; de là, les cures d'air, d'alimentation, etc., en vogue aujourd'hui.

L'injection d'une dose de tuberculine, c'est-à-dire de toxine tuberculeuse, provoque dans l'organisme une réaction qui a pour but la défense contre l'intoxication spécifique. Mais si cet organisme était antérieurement trop faible pour résister à l'invasion microbienne tuberculeuse, il ne pourra *a fortiori* trouver encore en lui assez de ressources pour produire les substances défensives quand on l'y incite par une injection de toxine. On doit lui demander le moins d'efforts possible et, conséquemment, recourir à des doses minimes, donnant des réactions à peine sensibles.

La créosote est un moyen qui s'impose pour aider à la défense. On sait que le sérum du sang de chèvre à l'état normal n'agglutine pas une culture du bacilles de Koch, mais qu'il acquiert cette propriété après quelques jours d'administration de la créosote et de ses composés. L'action de la créosote s'exerce donc nettement dans le sens d'une force nouvelle de défense conférée à l'organisme.

En résumé, les trois éléments essentiels du traitement de la tuberculose paraissent pouvoir s'indiquer ainsi :

D'abord, l'hygiène : aération, lumière, alimentation réconfortante, etc. ;

En second lieu, on provoquera par des injections de toxine tuberculeuse, à doses très minimes, une phase rapide de lutte contre l'envahissement des microbes ;

En troisième lieu, on soutiendra l'organisme pendant cette lutte en favorisant l'apparition de substances de défense et cela par l'administration préalable de créosote durant plusieurs jours avant l'injection de tuberculine.

La tuberculine de Koch — constituée par des corps bacillaires broyés — aurait, d'après Maréchal, une action plutôt immunisante et la tuberculine de Denys — obtenue par simple filtration à froid sur une bougie de porcelaine d'une culture de bacilles tuberculeux dans du bouillon glycériné — aurait une action surtout antitoxique. Il serait donc recommandable d'injecter au patient un mélange des deux tuberculines ou, tout au moins, d'alterner les injections.

Quant à la créosote, la préparation la plus favorable paraît être le phosphate de créosote. On l'administre en injections hypodermiques ; il n'y a pas ainsi de fatigue de l'estomac. L'injection n'est pas douloureuse ; elle ne laisse pas d'induration et elle s'absorbe rapidement. L'action de la créosote n'est pas seulement démontrable *in vitro*. Grâce à elle, combinée avec le repos, la température tombe, ce qui permet de commencer plus rapidement l'usage de la tuberculine. L'injection de celle-ci ne provoque qu'une très légère augmentation thermique, moindre que si on emploie la tuberculine sans administration préalable de créosote. De plus, le malade qui est généralement accablé, affaibli les jours qui suivent

l'injection de tuberculine seule, accuse cette fois une sensation de bien-être, de vigueur. C'est que la créosote a produit un état humoral tel que le sérum sanguin peut amener l'agglutination bacillaire et que l'effort qu'on lui demande ensuite par l'injection de la toxine tuberculeuse est minime.

Quels sont les phénomènes qui suivent l'absorption d'une dose convenable de tuberculine ? Négligeant les phénomènes locaux qui sont insignifiants, on observe soit le jour même, soit le lendemain, une fièvre de réaction donnant au thermomètre 0.3 à 0.5 de degré d'augmentation ; cette fièvre dure quelques heures et elle ne doit pas aller au delà, avec céphalalgie, courbature, généralement proportionnelles à la fièvre, mais pouvant exister sans elle. La toux augmente généralement la nuit qui suit l'injection et, vers le matin, le malade a rempli son crachoir d'une expectoration spumeuse, très aérée au-dessus, le fond du crachoir étant occupé par l'expectoration avec ses caractères habituels, mais également plus abondante.

A l'auscultation, on trouve autour des foyers tuberculeux des râles humides, fins, en abondance. Si cette congestion pérituberculeuse persiste deux à trois jours après l'injection, on exercera une révulsion décongestionnante au moyen des pointes de feu.

On ne doit se servir que de la pointe mince et recourbée du thermocautère de Paquelin ; on donnera des coups secs et rapides, bien perpendiculairement, pour n'avoir qu'une petite escharre épidermique, qui se détache sans suppuration, deux à quatre jours après l'opération. Pour augmenter l'effet révulsif, on peut frotter pendant quelques instants la peau cautérisée au moyen d'un linge trempé dans l'eau froide et exprimé.

Le traitement à la tuberculine présente des contre-indications, notamment l'extension trop grande des lésions aux deux poumons ; on redoute alors une congestion généralisée, qui offrirait des dangers. Quelques sujets de tempérament nerveux ne se prêtent pas non plus au traitement par les tuberculines ; ces sujets sont plus nombreux dans la classe aisée que dans les hôpitaux.

Si le malade n'a pas de fièvre, on peut commencer immédiatement le traitement ; mais, s'il a de la fièvre, ne fût-ce qu'à 5 ou 6 heures du soir, on le mettra au lit soit toute la journée, soit au moins deux heures avant le moment présumé de la fièvre. Si la fièvre est continue, le repos complet est nécessaire. Souvent, la température s'abaisse par le repos et l'on peut commencer le traitement, comme dans le cas précédent. Si la température reste fébrile malgré le repos, on commence quand même, mais à doses beaucoup moindres, aussi bien pour la créosote que pour la tuberculine.

On s'abstiendra dans les cas à tendances hémorragiques fréquentes ; on laissera passer les périodes où les crachats sont simplement mêlés de sang, ainsi que les poussées de bronchite ou de broncho-pneumonie.

Voici maintenant la technique proposée par M. Maréchal. Il commence par des injections créosotées à 1, 2 ou 3 grammes pendant 3 jours, suivant la susceptibilité du malade. Puis vient une injection de tuberculine.

L'auteur a successivement employé la tuberculine de Denys et celle de Koch, en commençant, pour celle-ci par 1/500 ou 1/1,000 de milligramme de cette substance. Les solutions de Koch ne sont pas des plus aisées à manier. Actuellement, il a recours à une tuberculine de sa préparation, offrant l'avantage de se doser très facilement et de ne pas

présenter une activité trop grande. L'injection se fait aseptiquement, au moyen d'une seringue aseptique, dans le tissu cellulaire sous-cutané, à la région des flancs, dans l'espace interscapulaire ou derrière les trochanters. Les injections créosotées se font, au contraire, profondément dans le tissu musculaire fessier.

Un grand nombre de tuberculeux ont été soignés ainsi par le Dr Maréchal et par moi-même, et les résultats obtenus sont très bons et très encourageants.

La médication arsenicale actuelle. — Cacodylate et méthylarseniate. — Les cacodylates, qui ont remplacé, au moins pour l'administration hypodermique, les anciens arséniates et qui, pour l'administration gastrique, ne les valent pas à coup sûr, le tout récent méthylarsinate, qui tend maintenant à supplanter les cacodylates, nous ont donné aussi quelque satisfaction, surtout sous la forme de cacodylate de gaïacol ; mais alors il est évident que nous revenons à la médication éthéro-créosotée, puisque le gaïacol n'est que l'un des principes constituants de la créosote, et que le composé en question n'est qu'un éther du gaïacol.

Les lécithines. — Nous avons fait, dans la *Revue Internationale de la Tuberculose*, une étude complète de la lécithine, principe phosphoré organique qui est retiré du jaune d'œuf, et dont l'emploi a été, ces derniers temps, préconisé dans la tuberculose. C'est certainement un excellent produit, qui a l'avantage de n'être toxique ni dangereux à aucune dose, et qui se conforme avant tout à cet adage de thérapeutique : *primum non nocere*.

Mais il y a plus : il ne se contente pas de ne pas nuire. Il

est utile. Il augmente la résistance du sol tuberculeux, lui restitue le phosphate dont il est spolié sous une forme organique et, par conséquent, essentiellement absorbable ; il remonte le malade, lui rend l'appétit, le fait augmenter de poids et améliore d'une façon parfois surprenante son état général.

Nous avons engagé la lécithine (1) dans des composés créosotés ou gaïacolés qui nous ont donné de bons résultats, surtout dans les infections mixtes, greffées sur l'infection bacillaire. Là encore, nous avons accru la puissance du médicament en lui ajoutant un élément créosoté qui en fait, non sans doute un spécifique, mais un médicament de choix dans la tuberculose.

En résumé, ce qu'il faut chercher dans la médication antituberculeuse, venant au secours de la cure hygiéno-diététique, c'est un double but : modifier d'abord le terrain, l'hyperacidifier, le transformer du côté de l'arthritisme, afin de lui communiquer une résistance calquée sur la quasi-immunité naturelle du terrain arthritique et hyperacide ; essayer d'agir au moyen de médicaments antiseptiques ou balsamiques, ayant la propriété de s'éliminer en partie par les bronches sur la lésion elle-même, sur le processus inflammatoire qui résulte de l'agression microbienne, et moins sur le bacille spécifique qui semble réfractaire à la médication pulmonaire dite antiseptique, au moins sur les bactéries associées qui augmentent sa nocivité et compliquent un cas déjà très grave.

(1) *Rev. Internat. de la Tuberculose*, 1902 : Du traitement de la Tuberculose par la Lécithine gaïacolée, par les Drs S. Bernheim et A. Roblot.

Voici surtout ce que la thérapeutique pharmaceutique peut espérer et doit tenter actuellement. Car nous ne sommes pas de ces sceptiques qui jugent superflue toute intervention médicamenteuse. Sans doute, le médicament, surtout en matière de thérapeutique tuberculeuse, n'est pas tout. Il ne vient même qu'après la cure hygiénique. Mais il en est un adjuvant précieux quand on sait le choisir et le manier. Et, dans un si difficile combat, aucun avantage n'est à dédaigner !...

CHAPITRE XII

Dispensaires et Sanatoria

La cure de la tuberculose réclame une direction médicale. — Nous venons d'étudier la cure hygiéno-diététique et médicamenteuse de la tuberculose. Et quoique nous nous soyons efforcé d'apporter dans cette description toute la clarté et toute la simplicité indispensables à un ouvrage de vulgarisation, peut-être ayant lu le chapitre précédent, le lecteur se dira-t-il : « Le traitement qu'on nous recommande est moins simple qu'il n'en a l'air ! »

Rien n'est plus exact. La cure hygiéno-diététique a beau se réduire à trois indications primordiales : repos, alimentation, plein-air, — la cure médicamenteuse à quelques produits choisis qu'il faut appliquer avec discernement ; il n'y a pas à se dissimuler qu'il n'y a rien de plus complexe, de plus délicat, de plus épineux que d'appliquer chez le malade ces principes généraux, et de savoir les varier dans le détail selon chaque cas particulier. Ce qui convient à l'un peut nuire à l'autre. Et nous avons vu, à chaque pas de l'étude thérapeutique que nous venons de faire, que la médication de la tuberculose doit être surtout opportune et symptomatique.

Que le lecteur n'y cherche donc que des indications immua-