

On connaît les cas de contagion par les vêtements, par le lit ayant servi à des malades; on a vu la transmission se faire par les tentures des chambres où avaient résidé des phtisiques.

L'encombrement, la promiscuité dans laquelle vivent nombre de familles pauvres, le séjour dans les casernes, dans les ateliers trop étroits et insuffisamment ventilés sont des causes actives de la contagion. De même agit le séjour prolongé dans les salles de malades et l'on a remarqué avec quelle fréquence la phtisie se développe chez les infirmiers (Debove).

Voilà rapidement indiquées les voies généralement suivies par le bacille pour parvenir au poumon. Mais, pour qu'il puisse s'y développer, il faut qu'il trouve réunies certaines conditions particulières qu'on peut considérer comme des causes adjuvantes de la phtisie et que nous allons maintenant étudier.

La phtisie pulmonaire ne se développe pas indistinctement dans tous les pays et dans tous les climats avec la même facilité. Les régions montagneuses et surtout les hauts plateaux paraissent être un milieu défavorable au développement de la phtisie pulmonaire. Au Mexique, par exemple, tandis que la phtisie est commune sur le littoral, elle devient une véritable rareté sur certains plateaux et même, d'après l'affirmation des médecins du pays, la tuberculose pulmonaire guérit par l'émigration des malades dans ces régions privilégiées, si les lésions ne sont pas assez avancées pour compromettre par elles-mêmes les fonctions du poumon. Ces considérations d'ailleurs ne s'appliquent qu'à la phtisie vulgaire, car les autres formes de la tuberculose y sont au contraire très communes. En dehors de l'altitude, on ne s'explique pas très bien l'immunité dont jouissent certaines contrées vis-à-vis de la tuberculose pulmonaire; c'est ainsi que l'Islande, climat froid et humide, l'Égypte, climat chaud et sec, Madère, climat chaud et humide, jouissent d'une immunité semblable vis-à-vis de la maladie, et l'on voit en fin de compte que, si l'influence du climat sur le développement de la phtisie est un fait avéré, elle ne paraît jouer qu'un rôle bien faible dans l'étiologie de la maladie et qu'il faut invoquer une cause plus importante et plus directe.

On peut en dire autant de la relation entre les villes et les campagnes. S'il est vrai que la phtisie soit plus commune à la ville qu'à la campagne, il ne faut pas en rapporter la cause exclusivement aux données météorologiques: ce qui est vrai, c'est qu'à la ville l'agglomération des individus rend la contagion plus facile et que la diffusion du germe tuberculeux s'opère plus aisément.

A côté de ces influences de milieu, il faut placer certaines causes individuelles qui favorisent grandement l'éclosion de la maladie. Le

surmenage, l'alimentation insuffisante ou défectueuse, les fatigues exagérées, une vie sédentaire et confinée, et par-dessus tout la misère qui résume les précédentes sont des conditions excellentes pour le développement de la tuberculose. A elles seules ces causes ne peuvent déterminer la phtisie, mais elles créent une réceptivité morbide, un terrain de culture excellent où le germe va pulluler activement s'il vient à y tomber.

Les causes d'alimentation insuffisante, d'inanition sont particulièrement importantes: c'est ainsi que les malades atteints de cancer et surtout d'ulcère de l'estomac (30 pour 100), de rétrécissement de l'œsophage (50 pour 100), d'anorexie hystérique sont fort exposés à la contamination par le bacille de Koch.

Dans le même ordre d'idées, il convient de citer la grossesse, surtout les grossesses répétées, et la lactation. Ces causes agissent en débilitant l'organisme et, par suite, sont prédisposantes. On a remarqué depuis longtemps que la grossesse, chez une femme déjà en puissance de tuberculose, semble ralentir la marche de la phtisie; mais il est de règle de voir celle-ci subir une recrudescence après l'accouchement. Grossesse et lactation ont été invoquées pour expliquer la plus grande fréquence de la tuberculose chez la femme.

Un certain nombre d'états généraux jouent un rôle considérable dans la préparation du terrain favorable à l'éclosion de la phtisie: tels sont le diabète, l'alcoolisme et, dans une certaine mesure aussi, la syphilis. Les maladies chroniques du système nerveux se terminent souvent par la phtisie, et il est habituel dans les asiles d'incurables de voir les malades atteints d'affections chroniques de la moelle succomber à la tuberculose. On ne peut dire cependant qu'il y ait une action directe de la maladie du système nerveux sur l'éclosion de la phtisie; car, s'il est vrai que l'impotence fonctionnelle et la déchéance organique mettent l'individu dans de mauvaises conditions de résistance, il faut se hâter d'ajouter que l'accumulation dans les mêmes salles de ces malades qui n'en sortent jamais et, de plus, une ventilation insuffisante sont des conditions étiologiques au moins aussi puissantes et qui favorisent la contagion.

A côté de ces causes générales de débilitation, il faut faire une place à certaines causes locales qui aident au développement de la tuberculose pulmonaire. Ce sont en première ligne toutes les causes d'irritation bronchique. A l'état normal, l'épithélium bronchique, grâce à son intégrité et à ses cils vibratiles, met un obstacle sérieux à la fixation du bacille tuberculeux; mais, si par le fait d'une inflammation, même superficielle et catarrhale, le revêtement épithélial se

trouvé altéré, le bacille se fixe avec une étonnante facilité. C'est ainsi que la phtisie éclate avec une fréquence toute particulière à la suite de la grippe, de la rougeole, de la coqueluche (que Willis appelait *vestibulum tabis*), et en général de toutes les maladies à détermination bronchique. Il ne faudrait pas cependant prendre l'effet pour la cause, et souvent le *rhume négligé* n'est que la première manifestation d'une phtisie commençante.

Les pneumokonioses, par les altérations profondes du parenchyme pulmonaire et en particulier par les ulcérations qu'elles déterminent, ouvrent la porte à l'infection tuberculeuse, qui vient souvent hâter la terminaison fatale de ces affections. C'est sans doute en diminuant l'activité nutritive du parenchyme que le rétrécissement congénital ou acquis de l'artère pulmonaire entraîne, dans la plupart des cas, le développement des tubercules. Enfin, dans ce même ordre de causes locales, on a encore invoqué quelquefois les traumatismes thoraciques¹.

En regard de cette longue série de causes prédisposantes, il convient de placer l'antagonisme sur lequel les anciens auteurs ont beaucoup insisté et qui existerait entre la phtisie et certaines affections, parmi lesquelles on a cité l'arthritisme, le cancer, l'emphysème, la dilatation des bronches, l'asthme, les affections cardiaques, la fièvre typhoïde, l'impaludisme. On sait aujourd'hui qu'aucune de ces maladies ne met à l'abri de l'infection tuberculeuse. Ce qui est seulement certain, c'est que les asthmatiques, les emphysémateux, les sujets atteints de bronchites chroniques liées à l'existence de déformations thoraciques deviennent rarement tuberculeux. D'autre part, la coexistence de la phtisie et de certaines maladies telles que l'emphysème imprime un cachet un peu spécial à la marche de la tuberculose pulmonaire; chez les arthritiques, c'est généralement une phtisie fibreuse. Mais il ne saurait être question d'une réelle immunité.

Enfin une question fort importante, celle de l'hérédité, mérite une place à part dans cette étiologie. De tout temps, on avait remarqué la fréquence du développement de la tuberculose chez des individus dont les parents étaient entachés de la même maladie, et l'on distinguait la phtisie acquise de la phtisie héréditaire, la première étant réputée plus curable. La découverte du germe infectieux de la tuberculose a remis en question l'étiologie héréditaire. Un certain nombre de faits recueillis soit dans l'espèce humaine, soit chez les animaux, permet d'affirmer la possibilité de la transmission du bacille

1. C'est de la sorte que Perroud (de Lyon) a expliqué la fréquence de la phtisie chez les marins de la Saône qui appuient leur gaffe sur leur poitrine.

de la mère au fœtus : c'est un point qui sera examiné au chapitre de la *Tuberculose*; mais cette transmission du germe est considérée comme assez rare et ne paraît guère intervenir directement dans la genèse des lésions pulmonaires qui constituent la phtisie chronique. Il est en effet établi que l'hérédité s'exerce surtout dans la prédisposition morbide : un enfant né de parents tuberculeux ne sera pas forcément tuberculeux lui-même, mais il hérite de ses ascendants une remarquable prédisposition à contracter la maladie. Il est aisé de comprendre, d'ailleurs, avec quelle facilité l'imprégnation par le bacille pourra chez lui se faire, cet individu se trouvant exposé à vivre en contact perpétuel avec ses parents déjà malades; il a hérité d'eux une prédisposition morbide et il se trouve dans la meilleure situation pour que cette prédisposition se manifeste par des effets réels.

Traitement. — Nous avons vu que la phtisie est curable spontanément; les efforts du médecin devront donc tendre à placer le malade dans les conditions les plus favorables pour que cette heureuse terminaison puisse plus facilement arriver. La phtisie étant une maladie parasitaire, deux méthodes sont en présence pour la combattre. La première consiste à tenter de détruire le germe tuberculeux : cette méthode, la plus rationnelle en apparence, n'a donné jusqu'à présent que des résultats peu encourageants à cause de la difficulté d'atteindre les germes eux-mêmes. « La thérapeutique idéale de la phtisie, disait M. Debove en 1883, consisterait à traiter cette maladie comme on traite la gale ou la teigne, à l'aide d'un parasiticide; mais le parasiticide du bacille tuberculeux reste encore à trouver¹. » A l'heure actuelle ces paroles sont encore malheureusement exactes.

L'autre méthode, celle qui consiste à ne s'occuper en aucune façon du bacille, mais qui cherche, en modifiant le terrain sur lequel il évolue, à fortifier l'organisme, à lui donner la force de résister à l'invasion des germes infectieux, est la seule qui ait fourni des résultats sérieux jusqu'ici : elle formera la base du traitement de la phtisie².

Il va de soi que la curabilité de la maladie est d'autant plus grande que son évolution est plus lente et que le traitement est appliqué à une période plus rapprochée du début.

Nous distinguerons quatre points principaux dans le traitement de la phtisie : 1° les méthodes générales de traitement des lésions tuberculeuses; 2° l'hygiène thérapeutique des phtisiques; 3° le

1. DEBOVE, *Leçons sur la tuberculose parasitaire*, p. 72.

2. Consulter pour plus de détails : G. DAREMBERG, *Traitement de la phtisie pulmonaire*, Paris, 1892 (2 vol. de la Bibliothèque médicale Charcot-Debove).

traitement spécial, purement symptomatique, des divers accidents de la maladie ; 4^e la prophylaxie.

I. MÉTHODES GÉNÉRALES DE TRAITEMENT DES LÉSIONS TUBERCULEUSES.

— Diverses tentatives ont été faites pour immuniser les sujets atteints de lésions tuberculeuses ; nous ne pouvons ici que signaler les principales. On a essayé, en vue d'obtenir cette *vaccination anti-tuberculeuse*, les cultures atténuées (Grancher et H. Martin), le sang de chien (Ch. Richet et Héricourt), le sang de chèvre (Bertin et Picq), la tuberculine (Koch). Ces méthodes, qui auraient donné à leurs auteurs une amélioration de l'état général et local, n'ont pas été consacrées par la pratique ; certaines d'entre elles sont même dangereuses et ont donné de déplorables résultats ; les autres ne sont pas sorties de la phase d'essai. On en peut dire autant des injections de cantharidate de potasse.

On a cherché à opposer au bacille tuberculeux un autre microbe nuisible pour lui, mais inoffensif pour l'organisme. On a utilisé notamment, dans ces tentatives de *bactériothérapie*, les inhalations de cultures du *Bacterium termo* ; elles n'ont donné que des résultats insignifiants et seulement semblables à ceux des inhalations de vapeur d'eau.

Les substances *antiseptiques* les plus diverses ont été préconisées contre la tuberculose pulmonaire. On les a administrées soit par le tube digestif, soit par la voie sous-cutanée, soit en inhalations, soit encore en injections intra-pulmonaires.

Les sels de mercure sont très mal supportés par les phtisiques et leur absorption, loin d'améliorer l'état des malades, amène presque toujours des accidents qui obligent à suspendre leur emploi ; il faut donc les rejeter absolument du traitement de la phtisie.

L'acide phénique en injections sous-cutanées, l'acide borique ingéré à la dose de 1 à 4 grammes par jour ont eu leurs partisans.

Mais il semble que ce soit surtout par *action locale* que les substances antiseptiques puissent agir sur les lésions tuberculeuses. Aussi a-t-on proposé de les injecter dans le poumon même, au niveau des lésions, c'est-à-dire au sommet, et dans les cavernes. On a injecté notamment du sublimé (Gouguenheim), du naphthol camphré (Fernet).

On a même été jusqu'à traiter les lésions pulmonaires à la façon des tuberculoses chirurgicales. On a fait le drainage et le lavage des cavernes ; on a mis à jour les lésions par la pneumotomie et pansé antiseptiquement les ulcérations du parenchyme. Enfin on a pratiqué des opérations plus radicales encore et l'on a réséqué le sommet malade par la pneumectomie. Ces tentatives hardies n'ont pas toujours été couronnées de succès et le *traitement chirurgical* du poumon tuberculeux

n'existe encore qu'à l'état d'ébauche. Il n'en est pas moins vrai qu'une voie nouvelle s'ouvre peut-être de ce côté à la thérapeutique.

Certains agents antiseptiques, pénétrant dans les voies respiratoires par inhalation, ont donné parfois de bons résultats. Outre le sublimé, l'acide phénique, l'iodoforme, on a employé des essences, des substances balsamiques et aromatiques telles que l'eucalyptol, la créosote, le thymol. L'ozone, le chlore ont été essayés, ainsi que bien d'autres corps ; mais tous ces moyens ne sont qu'accessoires.

L'acide sulfureux, l'acide fluorhydrique ont été successivement recommandés en inhalations. L'usage de ces substances a amené de notables améliorations ; on a vu, sous leur influence, diminuer les sueurs, la toux et l'expectoration, reparaitre le sommeil et l'appétit, s'accroître le poids du corps ; mais la disparition des bacilles dans les crachats n'a pas été constatée, et en somme ces inhalations semblent n'agir qu'en diminuant les phénomènes bronchitiques qui accompagnent la phtisie pulmonaire, sans modifier le processus tuberculeux lui-même.

C'est aussi par un effet local que semblent agir certaines substances médicamenteuses douées de propriétés antiseptiques et qui, introduites dans l'organisme par diverses voies, s'éliminent par le poumon. Parmi ces moyens se rangent les lavements gazeux d'acide sulfhydrique et d'acide carbonique, qui produisent parfois une amélioration des phénomènes respiratoires. C'est par ce mécanisme qu'agissent le camphre, le menthol, diverses essences volatiles et notamment l'eucalyptol, administrés soit par la voie stomacale, soit en injections hypodermiques. L'iodoforme, en pilules et en injections sous-cutanées dans l'huile ou la vaseline liquide, a semblé calmer les douleurs de certains phtisiques.

L'une des plus employées et des plus efficaces, parmi les substances qui paraissent agir à titre d'antiseptiques pulmonaires, est la *créosote* de goudron de bois. Elle a souvent produit des améliorations sérieuses ; elle diminue surtout la purulence et la fétidité de l'expectoration et stimule sans doute la digestion. On l'administre sous diverses formes : en capsules, en pilules, dans l'huile de foie de morue, en glycérolé, dans du vin, des élixirs. Mais elle peut fatiguer les voies digestives et c'est pourquoi on a conseillé de l'employer en inhalations ou en injections sous-cutanées. M. Tapret a eu l'idée, pour obtenir l'absorption d'une quantité plus grande, de faire des inhalations sous pression, dans une cloche à air comprimé.

Il faut savoir toutefois que de trop hautes doses de ce médicament doivent être évitées, car on les a accusées de produire, alors même que l'introduction a lieu en dehors de la voie stomacale, des troubles digestifs et surtout des phénomènes irritatifs, des conges-

tions pulmonaires, des hémoptysies, des poussées nouvelles de tuberculose. La fièvre, qualifiée parfois de réaction salutaire, qui en résulte, est toujours nuisible et comparable dans ses effets à celle que déterminait, au grand détriment des phtisiques, la tuberculine de Koch. En général, la dose quotidienne de 30 à 60 centigrammes serait suffisante (Daremberg).

Un des éléments constituants de la créosote, le gâïacol, a été beaucoup vanté dans ces derniers temps. Il s'emploie en pilules et en injections sous-cutanées¹.

Une autre catégorie de médicaments comprend ceux qui, sans posséder des qualités antiseptiques, semblent modifier heureusement l'évolution de la tuberculose en exerçant une action salutaire sur l'état général, c'est-à-dire, dans le langage des doctrines nouvelles, en fortifiant le terrain.

L'un des plus vantés parmi les médicaments de cet ordre est l'*arsenic*; il produit ordinairement d'heureux effets, en réveillant l'appétit et en excitant la nutrition par l'intermédiaire du système nerveux trophique. L'arsenic est en général très bien supporté par les malades et n'a guère qu'une seule contre-indication : c'est la diarrhée (Dujardin-Beaumetz) et les troubles digestifs. Il convient particulièrement aux malades dont les lésions sont limitées et en voie de réparation naturelle, et qui n'ont point de fièvre ni de poussées congestives, mais dont l'appétit et la nutrition languissent (Daremberg).

1. M. Burlureaux (du Val-de-Grâce) a érigé en méthode le traitement par les injections sous-cutanées d'huile créosotée. Pour éviter les accidents locaux, il faut que la créosote soit pure (distillée à une assez basse température) et que l'huile végétale soit d'abord stérilisée. M. Burlureaux se sert d'un appareil à pression qui porte le nom de Burlureaux-Guerder, et qui permet de régler la rapidité du débit.

L'huile créosotée est au quinzième, c'est-à-dire :

Créosote	1 gramme.
Huile d'olive.....	15 grammes.

La quantité d'huile que l'on peut injecter est très variable. Il faut toujours commencer par tâter la susceptibilité du malade; pour cela, il faut débiter par de très faibles doses (5 grammes). En effet, il se produit quelquefois des phénomènes d'*intolérance*, se traduisant par du malaise, du refroidissement senti par le malade et constaté au thermomètre, des sueurs froides, une tendance syncopale; si l'on insistait, on aurait du collapsus. L'intolérance est très rare, mais il faut être prévenu de la possibilité de la chose; elle s'observe toujours surtout chez des phtisiques dont l'état général est très mauvais.

Lorsque la créosote est tolérée, on en augmente progressivement et sans accident la dose jusqu'à 200 ou 250 grammes d'huile; le malade peut ainsi absorber 15 grammes de créosote en vingt-quatre heures.

L'injection doit toujours être faite lentement (20 grammes d'huile créosotée doivent pénétrer sous la peau par *heure*). Cette lenteur, qui est un des inconvénients du traitement, est indispensable pour éviter les accidents douloureux. Cette méthode, qui a donné d'excellents résultats, agit à la fois par la *créosote* et par l'*huile*, qui contribue à la suralimentation du malade.

On peut administrer de 4 à 10 milligrammes d'acide arsénieux par jour, en allant progressivement pour éprouver la sensibilité du malade au médicament, qui est assez variable, et en ayant soin d'interrompre souvent la médication pour éviter l'accumulation toxique.

On peut user de l'arsenic sous toutes les formes : granules de Dioscoride¹, liqueur de Pearson², de Fowler³, de Boudin⁴.

Les eaux minérales arsenicales donnent parfois de bons résultats. Celle de la Bourboule⁵ est recommandée aux phtisiques scrofuleux. Celle du Mont-Dore paraît convenir aux phtisiques arthritiques dont les lésions sont au début. Elle est bien moins minéralisée que la précédente; mais on ne doit pas oublier que les bons effets de ces cures thermales sont dus, pour une grande part; à l'air, à l'altitude, aux inhalations de vapeur chaude.

Le *sel marin*, que quelques auteurs allaient jusqu'à considérer comme un spécifique de la tuberculose, excite l'appétit et répare les pertes résultant de son élimination urinaire, qui est toujours abondante dans la phtisie. L'une des plus vantées parmi les eaux salées est celle de Soden, près de Francfort-sur-le-Mein.

Les *phosphates* sont des éléments très utiles dans le traitement des phtisiques; ce sont des adjuvants puissants de l'alimentation, car ils remplacent les sels similaires éliminés par les urines et les crachats (Daremberg). On a proposé d'innombrables formules pour

1. Granules de Dioscoride :

Acide arsénieux.....	0,10 centigrammes.
Mannite pure.....	4 grammes.
Miel.....	q. s.

Faire 100 granules. 4 à 10 par jour. Chaque granule contient 1 milligramme d'acide arsénieux.

2. Liqueur de Pearson :

Arséniate de soude.....	0,05 centigrammes.
Eau distillée.....	30 grammes.

XII gouttes contiennent 1 milligramme d'arséniate de soude.

3. Liqueur de Fowler :

Acide arsénieux.....	1 gramme.
Carbonate de potasse pur.....	1 —
Eau distillée.....	95 grammes.
Alcoolat de mélisse composé.....	3 —

Cette liqueur renferme un centième de son poids d'acide arsénieux, elle est beaucoup plus active que la liqueur de Pearson et se donne à la dose de II à XV gouttes par jour.

4. Liqueur de Boudin :

Acide arsénieux.....	1 gramme.
Eau distillée.....	1 litre.

Chaque gramme contient 1 milligramme d'acide arsénieux.

5. Eau de la Bourboule (chlorurée, bicarbonatée, arsenicale). Elle contient par litre 1 centigramme d'arséniate de soude et 3 grammes de chlorure de sodium. D'un à quatre verres par jour.

l'administration des phosphates : chlorhydro-phosphates, lacto-phosphates¹, phosphates alcalins². Celle qui semble préférable est le lait phosphaté (Darembert) provenant d'animaux (vache ou chèvre) nourris avec de la poudre d'os ou phosphate de chaux du commerce.

On a obtenu parfois une amélioration très réelle avec le *tannin* (1 à 4 grammes par jour).

La *médication ferrugineuse* doit être employée avec ménagements. Sans vouloir la rendre responsable des effets désastreux que lui attribue Trousseau (fièvre, hémoptysies), on peut dire qu'elle irrite souvent le tube digestif et qu'elle est mal supportée. On pourra donner de 20 à 25 centigrammes d'iodure de fer par jour.

Si incomplète que soit l'énumération que nous venons de faire des médicaments appliqués au traitement de la phtisie, elle suffit à faire soupçonner que leur multiplicité même est un témoignage de leur imperfection. C'est qu'en effet il est impossible de guérir cette maladie d'une façon prompte et radicale; les médications intensives donnent parfois l'apparence d'une guérison rapide, mais « la guérison obtenue lentement par l'hygiène est seule solide » (Darembert). Toutes les médications précédentes ne doivent donc être employées qu'avec une certaine modération; il ne faut leur demander que ce qu'elles peuvent donner, c'est-à-dire une simple amélioration, et les considérer seulement comme des moyens adjuvants du traitement hygiénique; car « la phtisie est curable quand on prescrit aux malades peu de médicaments et beaucoup d'hygiène » (Darembert).

II. HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE. — Les moyens hygiéniques que comporte le traitement d'une maladie aussi longue et produisant des symptômes aussi multiples que la phtisie chronique sont extrêmement nombreux. Mais il importe de dégager les éléments les plus importants de ce traitement hygiénique; or ils visent les deux fonctions dont les troubles sont les principaux facteurs de la dénutrition qu'on observe à un degré si élevé dans cette maladie consomptive : ces deux fonctions sont l'alimentation et l'hématose.

Alimentation. — L'alimentation des phtisiques est le point capital

1.	Biphosphate de chaux.....	10 grammes.
	Acide chlorhydrique ou lactique	3 —
	Eau.....	300 —

Prendre chaque jour trois cuillerées à soupe de cette solution après les repas (Darembert).

2.	Phosphate de soude.....	6 grammes.
	Phosphate de potasse.....	3 —
	Vin de Banyuls.....	200 —
	Sirop d'écorces d'oranges	50 —

Un verre à liqueur à la fin de chaque repas (Dujardin-Beaumetz).

du traitement; tant que le tube digestif fonctionne bien, l'espoir de la guérison est permis; si les fonctions digestives périssent, la maladie reprend le dessus, l'organisme perd du terrain. « Nous savons tous, dit M. Debove, quel avenir est réservé à brève échéance au phtisique qui cesse de manger. Il est consumé par la fièvre, il a des pertes sudorales, intestinales et bronchiques. Sa recette est nulle, ses dépenses sont exagérées. »

L'intégrité des fonctions digestives a donc une importance exceptionnelle; c'est la condition essentielle du traitement : c'est pourquoi « les voies digestives des tuberculeux ne sauraient être entourées de trop de soins, et on devra formellement proscrire tout procédé thérapeutique susceptible d'entraver leur fonctionnement ».

L'alimentation des phtisiques n'est pas toujours chose facile; car beaucoup d'entre eux, tout en digérant fort bien les aliments qu'ils prennent, sont de tout petits mangeurs et ont quelquefois une anorexie invincible; c'est un cercle vicieux qu'il faut briser à tout prix. On y arrivera à force de patience, en variant à l'infini les menus des repas et en augmentant progressivement la quantité des aliments, jusqu'à dépasser de beaucoup la ration d'entretien. « Ce serait une erreur de croire que la nourriture qui convient à l'appétit moyen d'un homme bien portant suffit pour traiter un tuberculeux. Ce qu'il lui faut, ce n'est pas seulement l'alimentation qui entretient, c'est la *suralimentation* qui modifie, c'est, si l'on peut ainsi dire, l'alimentation à dose thérapeutique » (Debove).

Si, malgré tout, le malade n'arrive pas à s'alimenter, il faudra avoir recours à l'alimentation forcée, au *gavage*; car, ce qu'il faut à tout prix, c'est alimenter le malade de gré ou de force. D'ailleurs, comme l'a bien montré M. Debove, il n'y a aucune relation entre l'appétit d'un tuberculeux et la faculté de digérer les aliments; le suc gastrique est en effet normal chez la plupart des phtisiques apyrétiques. Tel malade qui ne peut absorber spontanément la moindre parcelle de nourriture, pourra digérer des repas extrêmement substantiels introduits par la sonde directement dans l'estomac. Chose curieuse, il arrive fréquemment que les malades soumis à ce régime forcé recouvrent l'appétit et se mettent à manger d'eux-mêmes. Pour pratiquer ce gavage, on se reportera aux règles qui ont été posées par M. Debove et on se servira, soit du tube mou de Faucher, soit, ce qui est préférable, de la sonde rigide de Debove¹. On obtient quelquefois, avec l'alimentation à la sonde, de véritables résurrections; mais, d'une façon générale, il ne faut y recourir que

1. Voir pour plus de détails : DEBOVE et RÉMOND, *Lavage de l'estomac*, Paris, 1892 (1 vol. de la Bibliothèque médicale Charcot-Debove).