

VIII. — CONGESTION PULMONAIRE D'ORIGINE GASTRO-INTESTINALE

- I. EXPOSÉ CLINIQUE. — Phase gastro-intestinale; phase pulmonaire.
II. PATHOGÉNIE. — 1° Recherches bactériologiques. — 2° Congestions pulmonaires dans les gastro-entérites, les hernies, la chlorose, chez les arthritiques.
III. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES; TRAITEMENT. — Inefficacité et inutilité de la médication symptomatique; bons effets de la médication pathogénique. — Congestions pulmonaires des arthritiques.

I. — Exposé clinique.

Il s'agit d'un homme dans la force de l'âge, toujours bien portant jusqu'à il y a un mois, époque à laquelle il fut pris d'un embarras gastrique, accompagné d'un léger mouvement fébrile vespéral; la température ne dépassait pas 38°,4 le soir.

Malgré le traitement institué, la langue reste blanche et saburrale, la constipation très accusée; un purgatif provoque des garde-robes très fétides, et quatre jours après le début de la maladie, la fièvre cesse.

Au bout de six jours, sans cause, alors que le malade était resté au lit et ne s'était exposé à aucun refroidissement, il est pris d'une toux incessante, sans aucune expectoration; la fièvre fait de nouveau son apparition, et pendant quatre jours la température se maintient, le soir, entre 38°,3 et 38°,4.

Je constate un foyer de râles sous-crépitanants au-dessous du sommet gauche, ce qui m'amène à observer très attentivement le malade au point de vue bacillaire, en raison de quelques antécédents familiaux suspects. Bientôt, ces râles disparaissent et je note, quatre jours plus tard, l'existence d'une légère submatité au niveau de la base gauche, contre la colonne vertébrale, où l'auscultation permet d'entendre

nettement des bouffées de râles crépitanants et sous-crépitanants fins, sans souffle ni respiration soufflante, cela sur une largeur égale à la main.

En présence d'un fait de ce genre, deux questions étaient à résoudre :

1° A quelle maladie avions-nous affaire, et quelle était la signification pathogénique exacte de cette congestion pulmonaire ?

2° La pathogénie et le diagnostic étant établis, quel traitement instituer ?

Tout d'abord, je ferai remarquer les deux phases bien nettes de cette maladie : en premier lieu, une *phase gastro-intestinale*; en second lieu, une *phase pulmonaire*.

Autrefois, on aurait simplement dit que la congestion pulmonaire était d'origine réflexe, explication trop facile, dont on a abusé et qui ne répond pas à la réalité des faits. Aujourd'hui, dans un cas semblable, nous devons nous adresser à la clinique bactériologique qui nous rendra compte de la pathogénie exacte de tous les accidents et nous dictera notre conduite thérapeutique.

II. — Pathogénie.

L'historique de cette question démontrera en même temps la nature et la pathogénie de la maladie.

En 1887, Sevestre a insisté sur une forme de broncho-pneumonie infectieuse d'origine intestinale chez les enfants (1). Il s'agit d'enfants en bas âge, atteints de troubles intestinaux, le plus souvent de diarrhée fétide, suivis bientôt de symptômes pulmonaires, caractérisés surtout par des « bouffées de congestion plus ou moins intense ». La fièvre, qui avait fait défaut au moment de la diarrhée, coïncidait généralement avec l'apparition des

(1) Soc. méd. des hôp., 1887 et 1892.

symptômes pulmonaires, et beaucoup de malades succombaient, après avoir présenté souvent pendant la vie des phénomènes typhoïdes, des éruptions cutanées, de l'albuminurie et une série d'accidents manifestement infectieux.

Plus tard (1891), Macé et Simon (1) ont publié des observations analogues, et ils ont trouvé le *Bacterium coli* dans les garde-robes d'un enfant mort plus tard de broncho-pneumonie. Malheureusement, le microorganisme ne fut pas recherché dans les noyaux pulmonaires. Mais cette lacune fut bientôt comblée par Sevestre, qui, dans la thèse inaugurale d'un de ses élèves, Renard (2), démontra dans quelques cas la présence du microorganisme intestinal dans le poumon congestionné ou hépatisé.

D'autre part, Lesage (3) avait prouvé, par ses recherches bactériologiques, que les lésions pulmonaires au cours des entérites infantiles sont, le plus souvent, dues à l'infection intestinale produite par le même agent que l'entérite elle-même, et dans plusieurs cas le *colibacille* virulent fut seul trouvé par Macaigne en l'absence de tout autre microorganisme (4). Chantemesse et Widal (5) avaient aussi rencontré le *Bacterium coli* dans plusieurs broncho-pneumonies. Enfin, Gilbert et Girode, dans certains cas d'hépatisation pulmonaire survenue au cours du choléra nostras, ont constaté au poumon le microbe producteur de l'infection intestinale.

Pour terminer cet exposé historique, je rappellerai les congestions pulmonaires, pouvant devenir parfois cause d'une mort rapide, que Verneuil, dès 1869, avait signalées au cours de l'étranglement herniaire ou après son opération; il leur attribuait une origine réflexe, et cette idée avait été propagée dans les thèses de ses élèves: Carret (1869),

(1) *Journal des Praticiens*, 1891.

(2) La broncho-pneumonie d'origine intestinale chez l'enfant (Thèse de Paris, 1894).

(3) *Soc. méd. des hôp.*, 1893.

(4) Étude sur le *Bacterium coli* commune (Thèse de Paris, 1892).

(5) *Gaz. hebd.*, 1891.

Ledoux (1873), Mullois (1886). Ce dernier avait encore signalé la congestion rénale parmi les accidents de l'étranglement herniaire.

La théorie réflexe, malgré les expériences de Roux (de Montpellier) destinées à l'étayer (1), est souvent en défaut, et cette congestion pulmonaire d'origine intestinale rentre dans la catégorie des faits que j'ai d'abord signalés. Elle est produite par le microorganisme intestinal, qui, franchissant la muqueuse, peut aller infecter un organe plus ou moins éloigné. Ce fait a été prouvé par Clado (2), qui a constaté le même bacille, probablement le *Bacterium coli*, dans l'intestin hernié et dans le foyer pulmonaire, par une observation de Fischer et Lévy (3), qui ont trouvé, dans un foyer de broncho-pneumonie survenue chez un individu porteur d'une hernie étranglée, le *colibacille* à l'état isolé.

Sans doute, il est rare de trouver le bacille intestinal seul; le plus souvent, il est associé à d'autres microorganismes (pneumocoque, pneumobacille, staphylocoque), mais sa présence, même à l'état d'association, dans les foyers pulmonaires prouve son origine intestinale.

En un mot, l'action réflexe n'est pas niable; mais, elle est incapable, à elle seule, de déterminer des congestions, des apoplexies pulmonaires, ou même des pneumonies ou des broncho-pneumonies; elle a déterminé des troubles vasculaires qui sont parfois promptement suivis de l'infection microbienne. C'est sans doute à cette pathogénie qu'il faut attribuer certaines congestions pulmonaires de la base des poumons que Duclos (de Tours) a signalées dans la chlorose avec constipation opiniâtre et avec auto-intoxication intestinale (4). Reste à savoir maintenant pourquoi l'action réflexe avec la toxi-infection se porte plutôt sur le poumon que sur d'autres organes. Il est probable, d'après Charrin, que ce fait est dû à la présence de poisons intestinaux assez semblables

(1) *Thèse de Montpellier*, 1886.

(2) *Congrès de chirurgie*, 1889.

(3) *Deutsche Zeitschr. für Chirurgie*, 1891.

(4) *Journal des Praticiens*, 1887.

à la muscarine, dont l'action congestive et vaso-dilatatrice sur le poumon est bien connue.

Quant au malade dont j'ai parlé tout à l'heure, on peut sans doute me reprocher l'absence d'examen bactériologique; mais le succès de la thérapeutique mise en œuvre suffit au point de vue pratique. Il prouve, comme on va le voir, que cette congestion pulmonaire était indubitablement d'origine gastro-intestinale et que, pour la combattre avec quelques chances de succès, il fallait s'adresser à l'organe primitivement atteint.

III. — Indications thérapeutiques; traitement.

Mon malade avait eu de l'embarras gastrique et de la congestion pulmonaire. Au moment de l'apparition de la congestion pulmonaire, l'état gastrique semblait redevenu normal; aussi, employa-t-on la médication usitée dans les cas de congestion pulmonaire simple. Eh bien, l'administration de ventouses sèches, l'application d'un vésicatoire, la prescription de poudres expectorantes (cachets de 0^{sr},25 de poudre de Dower et de scille), furent suivies du plus complet insuccès, parce que la thérapeutique était seulement symptomatique et qu'elle ne s'appuyait pas sur la pathogénie. Même sort eût été réservé à l'oxyde blanc d'antimoine, au kermès minéral, à toutes ces drogues inutiles et même nuisibles, dont on abuse trop souvent dans les maladies des organes respiratoires.

Alors, en présence de ces insuccès, me rappelant que l'intestin peut être la source d'accidents pulmonaires, et m'appuyant sur la marche de la maladie, je pensai que la principale indication consistait à pratiquer l'antiseptie du tube digestif.

Comme les troubles gastro-intestinaux persistaient, il était indiqué de prescrire un purgatif, mais lequel? L'huile de ricin, les sels de magnésie ou de soude n'ajoutent aucune propriété antiseptique à leur action purgative; aussi donnai-je la préférence au *calomel* qui constitue un

purgatif antiseptique. Je prescrivis quatre cachets de 0^{sr},25 de calomel et de résine de scammonée.

Comment pratiquer d'une façon rationnelle l'*antiseptie intestinale*? J'insiste particulièrement sur ce point; car on abuse de cette médication, de deux manières différentes: par excès ou par défaut. Je m'explique: on abuse par excès, et cela est fréquent, quand l'antiseptie intestinale est inutile; on abuse par défaut, lorsqu'elle est réellement indiquée. A ce dernier point de vue, je vois prescrire journellement 0^{sr},50, 1 gramme à 1^{sr},50 de naphthol. Ces sont là des doses absolument insuffisantes, ne pouvant donner que des résultats illusoire. Il faut, pour obtenir l'effet attendu de l'antiseptie intestinale, atteindre d'emblée la dose quotidienne de 4, 5 et 10 grammes et même plus de benzo-naphthol, auquel je donne toujours la préférence. C'est à cette médication que je m'adressai pour mon malade, me contentant de cinq cachets de 1 gramme de benzo-naphthol par jour et y ajoutant deux cuillerées de charbon pulvérisé.

L'*alimentation lactée*, qui réduit considérablement les toxines intestinales, doit toujours être prescrite.

Sous l'influence de cette médication, je constatai, avec la disparition des troubles gastro-intestinaux, la disparition non moins rapide de la congestion pulmonaire, ce que n'avaient pu faire ni les révulsifs ni les expectorants. Chez les enfants, qui succombaient le plus souvent à cette forme infectieuse de congestion pulmonaire dont l'origine intestinale avait été jusqu'alors inconnue ou méconnue, la guérison a été obtenue, dit Sevestre, grâce à un traitement spécial (calomel et antiseptiques intestinaux).

Ces faits prouvent une fois de plus, qu'en thérapeutique il faut s'élever jusqu'à la pathogénie des accidents pour les traiter complètement. Comme chez les enfants, il existe chez l'adulte des broncho-pneumonies et des congestions pulmonaires qui sont sous la dépendance de l'état gastro-intestinal, et dans ce cas, c'est du côté du tube digestif qu'il

faut diriger les efforts de la médication pour triompher sûrement d'accidents à distance.

Cette thérapeutique pathogénique trouve encore son application dans les congestions pulmonaires d'*origine herniaire*, et il est indiqué, dans ces cas, de faire préventivement, autant que cela est possible, de l'antisepsie intestinale.

Quant aux congestions pulmonaires, toujours si rebelles, *des arthritiques*, j'ai des raisons de croire que, là encore, l'antisepsie intestinale pourra rendre les plus grands services. Les arthritiques sont le plus souvent de gros mangeurs, sujets aux fermentations intestinales, fréquemment atteints de dilatation gastrique, et c'est du côté de l'estomac et de l'intestin qu'il faut chercher la cause véritable de la fréquence assez grande des manifestations broncho-pulmonaires chez ces malades. Alors, contre ces congestions pulmonaires à répétition et parfois si tenaces des arthritiques, la vieille médecine a fait son temps; les vésicatoires sont inutiles et même nuisibles, puisqu'ils ouvrent la porte aux infections, comme les brûlures capables de produire des hyperémies pulmonaires; tous les expectorants n'ont plus leur raison d'être. Ce n'est pas l'appareil respiratoire que la thérapeutique doit directement viser, ce sont les fonctions des organes digestifs qu'il faut surveiller. Mais, ne soyons pas exclusifs, surtout lorsque la congestion pulmonaire d'origine intestinale est un fait accompli. Le mal vient de l'intestin; c'est entendu, et notre thérapeutique vient de s'inspirer de cette pathogénie. La congestion pulmonaire est microbienne, et malheureusement nous sommes encore désarmés pour agir directement sur les infections. Mais, entre le poumon et l'intestin il y a le phénomène réflexe, le trouble vasculaire consécutif, l'action vaso-dilatatrice. Nous ne sommes plus désarmés pour briser, interrompre le chaînon pathologique, et les *sels de quinine*, en raison de leurs propriétés vaso-constrictives et de leur action sur le système nerveux, sont indiqués, soit à haute dose (1^{er}, 50 en trois fois par jour), soit à dose modérée (0,50 à 0,60 centigr.).

IX. — CONGESTION PULMONAIRE D'ORIGINE UTÉRO-OVARIENNE

- I. EXPOSÉ CLINIQUE. — Deux cas de congestion pulmonaire chronique chez des malades atteintes de polype utérin. Quelques faits connexes.
II. INDICATION THÉRAPEUTIQUE; TRAITEMENT.

I. — Exposé clinique.

Il y a quelques années, j'eus l'occasion d'examiner une femme de quarante-cinq ans, venant me consulter pour une toux rebelle, avec expectoration gommeuse assez abondante. Je constatai de suite l'existence d'un foyer de congestion pulmonaire, large comme la main, situé à la partie moyenne de l'aisselle gauche, avec gros râles sous-crépitaux, humides et abondants. A la percussion, il n'y avait qu'une simple diminution de la sonorité, mais sans matité réelle; jamais il n'y avait eu de fièvre.

Cette malade me rappela que, cinq ans auparavant, elle m'avait consulté pour la même affection, et que j'avais, à cette époque, avec d'autres confrères, constaté les mêmes signes. Je croyais alors à une de ces congestions pulmonaires arthritiques tenaces, sur lesquelles Collin (de Saint-Honoré) a judicieusement insisté et dont j'ai moi-même rapporté des exemples (1).

Elle revint encore deux fois jusqu'au mois de décembre, époque à laquelle je l'envoyai passer l'hiver dans le Midi. Elle m'apprit qu'elle avait de fréquentes ménorragies, suivies d'une leucorrhée assez abondante, et que les signes pulmonaires paraissaient toujours prendre une acuité nouvelle au moment des époques menstruelles. Je l'adressai aussitôt

(1) Congrès de Rouen pour l'avanc. des sciences, 1883.

à l'un de nos accoucheurs les plus distingués, qui constata l'existence d'un polype pédiculé de la cavité cervicale de l'utérus, « polype gros comme une prune ».

Dès lors, mon diagnostic était fait, et le traitement tout indiqué : il s'agissait très probablement d'une de ces congestions pleuro-pulmonaires réflexes, d'origine utéro-ovarienne, sur lesquelles plusieurs gynécologues ont appelé l'attention. Si le diagnostic était exact, l'ablation de la petite tumeur devait amener la disparition de la congestion pulmonaire d'origine utérine.

La malade passa l'hiver tant bien que mal dans le midi de la France. Le médecin qui lui donna ses soins, frappé de l'aspect « vénitien » (femme à cheveux roux) qu'elle présentait et qui est parfois, sinon l'indice d'une affection tuberculeuse, au moins un signe de prédisposition aux affections de cette nature, examina plusieurs fois l'expectoration au point de vue bactériologique, et, n'ayant jamais constaté le moindre bacille de Koch, me la renvoya au mois de mars, conservant mon premier diagnostic erroné : congestion pulmonaire *arthritique*.

Dès son retour à Paris, je revis la malade. Les phénomènes stéthoscopiques n'avaient pas changé, et c'est alors que fut pratiquée très facilement et très rapidement l'ablation du petit polype. L'effet curatif de l'opération, confirmant mon diagnostic de congestion pulmonaire réflexe, ne se fit pas attendre : les ménorragies et la leucorrhée cessèrent, mais ce qui a été surtout remarquable, ce fut la disparition progressive et assez rapide — sans aucun autre traitement — de ce foyer de congestion pulmonaire qui persistait invariablement depuis plus de cinq ans.

Ce fait intéressant m'en rappelle un autre, à peu près semblable, que j'ai observé il y a une douzaine d'années. Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans, devenue considérablement anémique, presque exsangue à la suite de ménorragies extrêmement abondantes qui duraient depuis plus de dix ans.

Depuis cinq ans environ, il existait une congestion pulmonaire fixe, avec léger épanchement pleural à droite. Les consultations médicales avaient succédé aux consultations, en France comme à l'étranger, et l'on n'avait jamais pu constater le moindre corps fibreux ou polype dont on présentait la présence.

Sachant qu'il existe des polypes intra-utérins à apparition intermittente, et que cette apparition se fait souvent pendant les règles, à la faveur de la béance relative du col utérin et surtout de la poussée sanguine, je voulus examiner la malade pendant la période menstruelle, et je constatai l'existence indéniable de deux petites masses polypeuses, grosses comme deux cerises, et légèrement engagées dans l'ouverture du col. Trois jours après, quand je voulus montrer la chose à Tarnier, appelé en consultation, les petites tumeurs étaient remontées dans la cavité et avaient totalement disparu. Il fut alors décidé qu'on reverrait la malade dès le second jour de sa prochaine époque, ce qui eut lieu. Tarnier put alors sentir nettement le corps du délit et procéder à son ablation immédiate, d'où la disparition subséquente des ménorragies et de la congestion pulmonaire.

Rappelons-nous bien ce fait et n'oublions jamais de pratiquer le toucher vaginal *pendant la période menstruelle*, pour constater la présence de tumeurs polypeuses ou autres à apparition intermittente.

Comme épilogue de l'histoire — et quoique ce fait ne soit pas absolument d'ordre scientifique — je raconterai que, non seulement cette malade fut guérie pour toujours de sa congestion pulmonaire, mais aussi qu'à ses ménorragies abondantes avait bientôt succédé une aménorrhée absolue, et qu'elle était revenue se plaindre de ce nouvel accident. Je n'eus pas de peine à reconnaître un commencement de grossesse, datant de trois mois. Grand émoi, et surtout grand étonnement de la malade qui ne pouvait croire, malgré mes affirmations répétées, à une grossesse,

à « son âge », alors qu'elle « n'avait jamais été enceinte depuis douze ans ». Je lui expliquai de mon mieux qu'il « fallait qu'une porte fût ouverte ou fermée » et que le polype avait fermé la porte pendant douze ans. — « Oh ! alors, reprit-elle, rendez-moi mon polype !... » — Malheureusement, il n'était plus temps.

II. — Indications thérapeutiques ; traitement.

Ces congestions pulmonaires d'*ordre réflexe*, par paralysie vaso-motrice, s'observent encore dans la lithiase biliaire à la base du poumon droit, comme Gueneau de Mussy l'a démontré, dans certaines affections nerveuses, dans l'hystérie, la paralysie générale, les hémiplegies, du côté opposé à la lésion cérébrale. Mais elles sont beaucoup moins nombreuses qu'on le croyait autrefois et je viens de démontrer que bien des congestions appelées autrefois « réflexes » doivent rentrer dans le cadre des congestions pulmonaires d'*origine microbienne*, les microbes de l'intestin à l'état normal ou à l'état pathologique devant particulièrement être incriminés.

Parmi les accidents respiratoires (toux dite « nerveuse », laryngite striduleuse, spasme de la glotte) pouvant survenir sous l'influence de la dentition chez les enfants, il en est quelques-uns (bronchite d'après West et Marfan, broncho-pneumonie, d'après Barthez, congestion pulmonaire) pour lesquels l'action réflexe seule ne peut réellement être invoquée. Sans aucun doute, les auteurs anciens et les préjugés vulgaires ont pu exagérer la fréquence de ces accidents. Mais, la vérité est entre ceux qui affirment toujours, et ceux qui nient sans cesse. Comme le dit H. Meunier dans son excellente thèse inaugurale (1896), la dentition, en mettant en jeu l'exquise sensibilité réflexe de l'enfant, peut favoriser sur l'appareil broncho-pulmonaire l'éclosion d'infections variées, généralement bénignes, dont la cause déterminante réside

dans la diminution de l'innervation défensive de la muqueuse bronchique. Alors, pour modérer l'exaltation de l'action réflexe, le bromure de potassium est indiqué.

Quoi qu'il en soit, que la congestion pulmonaire soit d'origine microbienne ou d'origine purement réflexe, la médication locale ne donnera que des succès. C'est à nous, praticiens, d'en rechercher la pathogénie, de découvrir plus ou moins loin l'organe provocateur de la lésion. Une fois découvert, l'action thérapeutique porte sur lui et non pas sur la lésion secondaire, qui n'est qu'un effet. Cherchons toujours la cause, supprimons-la, et l'effet disparaîtra parfois rapidement.