

sans pouvoir s'assimiler. C'est dans ce cas surtout qu'il est nécessaire d'associer l'acide chlorhydrique aux préparations ferrugineuses, celles-ci étant prescrites au commencement du repas, et la solution acidulée environ une demi-heure après le repas.

Enfin, voyons quelle préparation ferrugineuse il convient d'employer. Il faut, dans tous les cas, donner la préférence aux protosels de fer : protolactate, protochlorure, protoiodure, protoxalate. On commence par de faibles doses, tout d'abord 20 centigrammes en deux fois, que l'on peut augmenter, mais sans jamais dépasser 40 centigrammes, sous peine de voir survenir des phénomènes d'intolérance gastrique.

Pour terminer, je ferai une dernière recommandation, dans les cas de chloroses dyspeptiques, même si l'état des voies digestives est revenu à l'état normal : vous aurez soin de ne pas prescrire les ferrugineux d'une manière continue ; vous en ferez cesser l'emploi au bout de six semaines, pendant une quinzaine de jours, pour les reprendre ensuite, si l'état des voies digestives le permet.

Tel doit être le traitement de la chlorose dyspeptique. Je pense avoir fait bien comprendre la raison des fréquents succès que le médecin constate quand il est appelé à soigner la chlorose, et avoir démontré que le clinicien, dans le traitement de cette maladie complexe et rebelle, ne doit pas seulement traiter la chlorose en général, mais la forme chlorotique spéciale, en présence de laquelle il se trouve.

APPAREIL RESPIRATOIRE

V. — LARYNGITE STRIDULEUSE GRAVE DES ENFANTS

Il est une opinion qu'il est bon de ne pas trop laisser s'accréditer, aussi bien dans le public que parmi les médecins : c'est celle qui considère que la laryngite striduleuse des enfants, le pseudo-croup de Guersant, est toujours une maladie bénigne.

Trousseau avait déjà cité des cas où cette affection nécessita la trachéotomie et même entraîna la mort (1).

J'ai rapporté les trois faits suivants, que je résume (2) :

Le premier, observé en 1873, était relatif à une fillette de cinq ans, chez laquelle la cyanose et l'asphyxie furent telles, à la suite d'une violente attaque de faux-croup, que la trachéotomie dut être pratiquée. La petite malade n'avait jamais rendu de fausses membranes, et à plusieurs reprises, elle eut encore, après cette opération, des crises moins sévères de laryngite striduleuse, ce qui a confirmé par la suite le premier diagnostic.

J'ai observé le second cas, avec Archambault, en 1876.

Quant au troisième fait, qui n'a pas nécessité une intervention opératoire — comme le second, du reste, — il a été également remarquable par l'intensité extrême des accidents, qui rendaient tous les jours la trachéotomie imminente : spasmes laryngés presque sans rémission, pendant trois jours et trois nuits consécutives, chez une fillette de cinq ans, *voix presque éteinte* par instants, dyspnée considérable, cyanose, etc.

(1) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1868.

(2) *Société médico-pratique*, 1886.

Cadet de Gassicourt a cité quelques faits semblables.

Bagot (de Saint-Pol-de-Léon) rapporte deux cas mortels, dans lesquels la mort eût été évitée, si les parents ne s'étaient pas énergiquement opposés à l'opération (1).

Enfin, Touchard (2), interne de Sevestre, réunit tous ces faits intéressants au point de vue pratique, et il les divise ainsi :

1° Cas nécessitant la trachéotomie, avec guérison ;

2° Cas de mort, parce que la trachéotomie n'a pas été faite ;

3° Cas très graves, où l'on a pu éviter la trachéotomie ;

4° Cas bénins, où le tirage a existé, mais avec une intensité moindre des symptômes.

Ses observations sont au nombre de 51, sans compter celles de Trousseau, de Cadet de Gassicourt, et les miennes.

Je ne discute pas sur la question de savoir si cette affection résulte de tuméfactions passagères et rapides de la muqueuse glottique, si elle est due à la sténose mécanique déterminée par l'accumulation du mucus au niveau de la glotte (Niemeyer), ou si elle est plutôt localisée dans la portion sous-glottique du larynx (laryngite sous-glottique de Masséi et Landgraf).

Au point de vue du traitement, tout le monde sait que la laryngite striduleuse est composée de deux éléments : une *inflammation* catarrhale, un *spasme* du larynx. Or, ce qui constitue le danger dans les cas graves, ce n'est pas l'inflammation, qui peut être légère ou intense sans augmenter la gravité, *c'est le spasme*. Donc, c'est contre lui qu'il faut lutter.

D'abord, avant le traitement chirurgical, on doit instituer un traitement médical hâtif. Quel est-il ?

Les vomitifs dont on abuse dans ces cas, les fameuses compresses d'eau très chaude au-devant du cou, indiquées par Graves, le traditionnel sinapisme sur les membres infé-

(1) *Revue de clinique et de thérapeutique*, 1892.

(2) *Laryngites aiguës de l'enfance simulant le croup*. Thèse de Paris, 1893.

rieurs, les potions à l'éther sont des moyens infidèles et insuffisants.

Dans la dernière de mes observations, je n'ai pas hésité à prescrire pendant huit jours, chez une fillette de quatre ans et demi, le bromure de potassium à *haute dose*, à 4 et même 5 grammes par jour. Sans doute, les auteurs parlent d'une façon un peu banale de cette médication ; mais, ce qui importe ici, *c'est la dose élevée* du médicament qu'il faut d'emblée prescrire, sans crainte d'accidents toxiques, si l'on veut arriver promptement et sûrement à la sédation des réflexes glottiques.

Dernièrement, je voyais un enfant de vingt et un mois, qui fut pris pendant la nuit d'un accès très sérieux de faux-croup, et l'amélioration, j'en suis convaincu, a été due au bromure, dont j'ai élevé progressivement la dose jusqu'à un gramme et même 1^{er},50. Mais, il faut bien se rappeler que cette médication doit être suivie pendant cinq à huit jours au moins, l'expérience clinique ayant démontré que les accès de faux-croup se répètent pendant plusieurs nuits de suite.

Tel est le traitement médical *d'urgence* de la laryngite striduleuse, bénigne ou grave.

Quant au traitement chirurgical *d'urgence*, il ne faut y avoir recours qu'à la dernière extrémité, lorsqu'on a épuisé tous les moyens médicaux, lorsque l'asphyxie est menaçante. Ce traitement chirurgical se compose de deux moyens, sur lesquels je n'insiste pas : le tubage du larynx, ou la trachéotomie.

Enfin, en terminant, je rappellerai qu'au cours de la rougeole, on peut également — comme Touchard et Sevestre en ont signalé des exemples — observer des formes très graves de laryngite aiguë, qui simulent le croup, et cela à trois périodes : au début, au moment de l'éruption, pendant la convalescence.

VI. — PNEUMONIES GRIPPALES.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — 1° Nous ne pouvons rien contre le processus pneumonique. — 2° Le danger est au cœur et au rein. — 3° Traitement de l'adynamie nerveuse. — 4° Antisepsie buccale et intestinale. — 5° Bains froids, enveloppements froids, bains chauds.

Je dis : « les pneumonies grippales », car les pneumopathies de l'influenza sont de diverses sortes, depuis la simple congestion jusqu'aux congestions hémoptoïques, aux pneumonies suppuratives, aux pneumonies ou congestions pulmonaires à forme bronchoplégique ou cardioplégique.

Admettons d'abord ceci : Nous ne pouvons rien contre le processus pneumonique, avec sa marche cyclique, marquée à l'avance ; il n'existe ni un médicament ni une médication antipneumonique.

En second lieu, dans toute pneumonie, il y a un organe important qui doit subir le contre-coup de l'affection pulmonaire, qui aura plus tard à lutter contre les obstacles circulatoires. C'est le cœur ; ce qui m'a fait dire : dans la pneumonie, *la maladie est au poumon, le danger au cœur.*

En troisième lieu, dans les pneumonies à forme typhoïde, et surtout dans les pneumonies ou congestions pulmonaires grippales, il y a encore l'atteinte profonde portée au système nerveux, les pneumogastriques sont comme coupés, d'où les menaces continuelles d'une sorte d'état parésique des bronches (bronchoplégie) ou du cœur (cardioplégie), ce qui m'a fait ajouter : *le danger est aussi au système nerveux.*

Chez les vieillards, la fibre cardiaque souvent lésée d'une façon latente, fait presque toujours sentir l'insuffisance de sa contractilité à l'occasion d'une grippe broncho-pulmonaire, et la maladie est d'autant plus grave que l'élimination des toxines microbiennes se fait incomplètement par suite de

l'insuffisance de la dépuration rénale, ce qui me fait enfin affirmer *le danger est au cœur et au rein.*

Dans toute pneumonie infectieuse, il ne faut donc pas voir seulement le poumon malade, il faut voir tout l'organisme atteint, il faut encore porter son attention sur deux organes presque toujours altérés ou troublés dans leurs fonctions : le foie et les reins. D'où les indications thérapeutiques.

Indications thérapeutiques.

1° *Nous ne pouvons rien contre le processus pneumonique.* — Vu l'impuissance des moyens thérapeutiques que nous possédons, ce n'est pas au poumon qu'il faut s'adresser, et nous n'en sommes plus à recommander les expectorants, le kermès, l'antimoine, le tartre stibié, ni la saignée, qui ont pour effet d'affaiblir le cœur et de déprimer la force nerveuse, ni les vésicatoires dont la principale indication consiste... à n'être jamais indiqués. Si l'on ne peut presque rien sur le poumon malade, il faut s'adresser aux organes sains, en vertu de cette thérapeutique que j'appelle *compensatrice* et qui peut être ainsi formulée : quand un organe est malade, il faut faire agir les organes sains et compensateurs. Quel est ici l'organe compensateur, celui qui devra soutenir la lutte engagée par l'organisme contre l'infection ? C'est souvent le cœur.

2° *Le danger est au cœur et au rein.* — Il faut donc soutenir de bonne heure le cœur, il faut le soutenir et le fortifier dans la lutte qu'il aura bientôt à subir, et cela par la digitale.

D'ordinaire, on attend que le cœur donne des signes de faiblesse. C'est une faute. Il faut agir *dès le début de l'affection* et d'une façon presque systématique, même et surtout quand les contractions cardiaques se font avec énergie. Car il lutte déjà, et cette force apparente est souvent un indice et une cause de faiblesse ultérieure. Le

premier jour d'une pneumonie, le malade doit être mis au régime lacté qui ouvre la voie à la digitale, et dès le second jour, je prescris en une fois 30, 40 ou 50 gouttes de *digitaline cristallisée* au millième de Nativelle (cette dernière dose correspondant à 1 milligramme de digitaline cristallisée, à environ 4 milligrammes de digitaline amorphe).

Cette dose est considérable, dira-t-on? Mais je ne la prescris que pendant un jour, et j'exposerai, en parlant de l'emploi rationnel de la médication digitalique, les raisons pour lesquelles je préfère la digitaline cristallisée, qui est d'un emploi plus sûr, plus fidèle, et pourquoi je la prescris à dose massive. S'il y a lieu, c'est-à-dire si le médicament n'a pas produit tout l'effet attendu, on y revient deux ou trois jours plus tard, cette fois à une moindre dose (20 à 30 gouttes environ).

La digitaline remplit deux indications : tout d'abord, elle fortifie le cœur ; en second lieu, par la diurèse qu'elle produit, elle élimine toutes les toxines que la maladie infectieuse a déjà accumulées dans l'organisme. En la prescrivant ainsi, je n'ai pas pour objectif l'état fébrile, contre lequel la *quinine* (bromhydrate) à la dose d'un gramme à 1^{er},50 (donnée en trois fois à une heure d'intervalle le matin pendant deux ou trois jours) agit plus sûrement.

Pour activer l'action diurétique de la digitale, le plus souvent peu marquée en l'absence d'hydropisies cardiaques à résorber, il convient toujours de prescrire du lait en abondance ; enfin, si la diurèse est réellement insuffisante, il faut remplacer la digitale par la théobromine aux doses de 1^{er},50 à 3 grammes par cachets de 50 centigrammes.

3° *Traitement de l'adynamie nerveuse.* — On répond à cette indication par la potion de Todd, dont on abuse par l'emploi d'un mélange à parties égales de teinture de kola et de coca (une à trois cuillerées à café dans du lait), ou encore par les injections d'éther, de caféine, d'huile

camphrée ; enfin, dans les cas rebelles, par les préparations de sulfate de strychnine à l'intérieur (2 à 3 granules d'un milligramme), et mieux par des injections de strychnine, d'après cette formule :

Eau distillée.....	10 grammes.
Sulfate de strychnine.....	1 centigr.

Injecter deux à quatre demi-sérings par jour.

4° *Antisepsie intestinale et buccale.* — Dans les maladies infectieuses, le foie est souvent atteint, sa cellule profondément altérée ne remplit plus qu'imparfaitement ses fonctions d'arrêt et de neutralisation des poisons, et ceux-ci ont alors de la tendance à pénétrer et à s'accumuler dans le liquide sanguin. C'est là un autre danger résultant de « l'insuffisance hépatique ». Ces toxines, s'éliminant par le rein, peuvent irriter ce dernier organe et troubler ainsi ses fonctions d'élimination. La prescription du laitage s'adresse en même temps au foie et au rein, puisqu'il contient du sucre, capable de se transformer en glycogène, puisqu'il est diurétique, qu'il diminue la toxicité urinaire, et qu'il est pauvre en sels de potasse, parfois toxiques pour l'économie. Pour ces raisons, il faut, pendant quelques jours, supprimer de l'alimentation les bouillons et potages gras, et les viandes riches en potasse ; pratiquer l'antisepsie intestinale par tous les moyens dont nous disposons (naphtol, salol, bétol, salicylate de bismuth, etc.). Je préfère le benzo-naphtol, à la dose de cinq ou six cachets de 50 centigrammes, en raison de de son innocuité, de ses propriétés légèrement diurétiques. Mais l'antisepsie intestinale par les drogues est bien problématique, et l'alimentation lactée joue également un rôle important, en réduisant au minimum l'introduction des toxines alimentaires et la prescription des médicaments.

Enfin, il faut pratiquer l'*antisepsie buccale* au moyen de lavages ou de gargarismes avec la liqueur de Van Swieten étendue d'eau, de l'eau oxygénée, ou l'une des solutions suivantes :

1° Phénol cristallisé.....	5 grammes.
Eucalyptol.....	1 —
Menthol.....	0 gr. 50 cent.
Thymol.....	0 — 10 —
Alcool à 90°.....	100 grammes.
Teinture de cochenille Q. S. pour colorer.	

F. s. a. Usage externe. Une cuillerée dans un verre d'eau.
Une demi-cuillerée à café de cette solution dans un verre d'eau tiède.

2° Phénol cristallisé.....	5 grammes.
Eucalyptol.....	1 —
Salol.....	2 —
Menthol.....	0 gr. 25 cent.
Thymol.....	0 — 10 —
Alcool à 90°.....	100 grammes.
Teinture de cochenille Q. S. pour colorer.	

F. s. a. Usage externe (même dose).
Même mode d'emploi.

3° Chloral.....	12 grammes.
Essence de menthe.....	2 —
Alcool à 90°.....	100 —

F. s. a. Usage externe (même dose).
Même mode d'emploi.

4° Chloroforme.....	5 grammes.
Phénol cristallisé.....	5 —
Eucalyptol.....	X gouttes.
Eau de Botot.....	100 grammes.

F. s. a. Usage externe (même dose).
Même mode d'emploi.
Ces deux dernières solutions ont un goût très agréable.

5° *Bains froids, enveloppements froids, bains chauds.*
— Les bains froids et les enveloppements froids trouvent également leur indication. Mais chez les enfants et les vieillards, chez les nerveux, les *bains chauds* répétés (36° ou 37°), sont préférables. Nous en reparlerons.

Tel doit être le traitement de la pneumonie en général, et de toutes les pneumopathies grippales, traitement qui m'a donné les meilleurs résultats, parce qu'il répond aux principales indications thérapeutiques.

VII. — CONGESTION PULMONAIRE D'ORIGINE GASTRO-INTESTINALE

Voici l'histoire d'un malade qui a été soumis dernièrement à mon observation, et dont l'étude présente quelques particularités intéressantes pour la pratique médicale.

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 est très accusée; un purgatif administré provoque des garde-robes d'une assez grande fétilité, et quatre jours après le début de la maladie, la fièvre cesse complètement.

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-crépitaux 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 crépitaux et sous-crépitaux fins, sans souffle ni respiration soufflante, et 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° Le diagnostic étant établi, 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 ces accidents et nous dictera notre conduite thérapeutique.

J'exposerai avec quelques détails l'histoire de cette question, qui 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 symptômes pulmonaires, et quelques petits malades succombèrent.

Plus tard (1891) Macé et Simon (2) ont publié des observations analogues, et ils ont trouvé le *Bacterium coli commune* dans les garde-robes d'un enfant mort plus tard de broncho-pneumonie. Malheureusement, le microorganisme

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 1887.

(2) *Revue de clinique et de thérapeutique*, 1891.

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 (1), démontra dans quelques cas la présence du microorganisme intestinal dans le poumon congestionné ou hépatisé.

D'autre part, Lesage (2) a 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 *coli bacille* virulent fut seul trouvé, en l'absence de tout autre microorganisme (3). Chantemesse et Widal (4) ont trouvé 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 avait signalées au cours de l'étranglement herniaire ou après son opération; il leur attribuait une origine réflexe. C'est là probablement une erreur, car cette congestion pulmonaire d'origine intestinale rentre dans la catégorie des faits que j'ai 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 (5), qui a constaté le même bacille, probablement le *bacterium coli*, dans l'intestin hernié et dans le foyer pulmonaire, et par une observation de Fischer et Lévy (6), qui ont trouvé dans un foyer de broncho-pneumonie survenue chez un individu

(1) *La broncho-pneumonie d'origine intestinale chez l'enfant*. Thèse de Paris, 1891.

(2) *Société médicale des hôpitaux*, 1893.

(3) Macaigne. *Étude sur le bactérium coli commune*. Thèse de Paris, 1892.

(4) *Gazette hebdomadaire*, 1891.

(5) *Congrès de chirurgie*, 1889.

(6) *Deutsch. Zeitschrift f. Chirurgie*, 1891.

porteur d'une hernie étranglée le coli bacille 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, pneumo-bacille, staphylocoque), mais sa présence, même à l'état d'association, dans les foyers pulmonaires prouve, jusqu'à l'évidence, leur origine intestinale.

Pour revenir au malade qui fait l'objet de cette causerie, 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.

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 sans doute 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'antisepsie 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, ne joignent, vous le savez, aucune propriété antiseptique à leur action purgative; aussi donnai-je la préférence au calomel qui constitue un véritable purgatif antiseptique. Je prescrivis donc quatre cachets de 0^{sr},25 de calomel et de résine de scammonée.

Comment pratiquer d'une façon rationnelle l'antisepsie intestinale? J'insiste particulièrement sur ce point; car, à mon avis, 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'antisepsie 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 naphtol. Ce sont là des doses absolument insuffisantes, ne pouvant donner que des résultats illusoire. Il faut, pour obtenir l'effet attendu de l'antisepsie intestinale, atteindre d'emblée la dose quotidienne de 4, 5 et 10 grammes et même plus de benzo-naphtol, 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-naphtol par jour et en y ajoutant deux cuillerées de charbon pulvérisé. Il faut toujours y joindre l'alimentation lactée.

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.

Ce fait prouve 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, je ne suis pas éloigné de penser que, là encore, l'antisepsie intestinale pourra rendre les plus grands services. Les arthritiques sont le plus souvent de gros mangeurs et sujets aux fermentations intestinales, et c'est peut être du côté de l'intestin qu'il faut chercher la cause véritable de la fréquence assez grande des manifestations broncho-pulmonaires chez ces malades.

VIII. — CONGESTION PULMONAIRE D'ORIGINE UTÉRO-OVARIENNE

Il y a trois ans, j'eus l'occasion d'examiner une femme de 45 ans, qui venait me consulter pour une toux persistante, 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 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

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