

XII. — CONGESTION PULMONAIRE D'ORIGINE GASTRO-INTESTINALE

- I. EXPOSÉ CLINIQUE. — Phase gastro-intestinale ; phase pulmonaire.
- II. PATHOGÉNIE. — Recherches bactériologiques. — Broncho-pneumonie infectieuse d'origine intestinale chez les enfants : phénomènes typhoïdes, éruptions cutanées, albuminurie. — *Bacterium coli* et broncho-pneumonies dans les garde-robes et les noyaux pulmonaires. — Colibacille dans le choléra nostras. — Congestions pulmonaires au cours de l'étranglement herniaire ou après son opération. — Congestion rénale infectieuse au cours de l'étranglement herniaire. — Théories réflexe et microbienne des congestions pulmonaires. — Auto-intoxication intestinale et congestions pulmonaires des chlorotiques. — Exemples de congestions pulmonaires permanentes et latentes.
- III. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES ; TRAITEMENT. — Inefficacité et inutilité de la médication symptomatique ; bons effets de la médication pathogénique. — Choix du purgatif. — Abus par excès ou par défaut de l'antisepsie intestinale par les médicaments. — Importance de l'alimentation lactée. — Congestions pulmonaires des arthritiques, souvent d'origine alimentaire et intestinale ; thérapeutique visant non l'appareil respiratoire, mais les fonctions des organes digestifs. — Rôle du système nerveux dans les infections de l'appareil broncho-pulmonaire ; action de la quinine. — Exemple d'une pneumonie massive et nécrosante par compression du nerf pneumogastrique.

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 avec léger mouvement fébrile vespéral (38°,4, au maximum).

Malgré le traitement institué, la langue reste blanche et saburrale, la constipation 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-crépitants 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 crépitants et sous-crépitants 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° 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 fais remarquer les deux phases bien nettes de cette maladie : une *phase gastro-intestinale* d'abord ; ensuite 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 nous adressons à la clinique bactériologique, qui nous indique la pathogénie exacte de tous les accidents et nous dicte notre conduite thérapeutique.

II. — Pathogénie.

En 1887, Sevestre a insisté sur une forme de broncho-pneumonie infectieuse d'origine intestinale chez les enfants (1). Il s'agissait d'enfants en bas âge, atteints de

(1) A. SEVESTRE, *Soc. méd. des hôp.*, 1887 et 1892.

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 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, Macé et Simon ont publié des observations analogues, et ils ont trouvé le *bacterium coli* dans les garde-robes d'un enfant mort 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, démontra la présence du microorganisme intestinal dans le poumon congestionné ou hépatisé.

Lesage 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. Chantemesse avait aussi rencontré le *bacterium coli* dans plusieurs broncho-pneumonies. Enfin, dans certaines hépatisations pulmonaires survenues au cours du choléra nostras, on a constaté au poumon le microbe producteur de l'infection intestinale.

Pour terminer cet exposé historique, je rappelle les congestions pulmonaires pouvant devenir parfois cause d'une mort rapide. Verneuil, dès 1869, les avait signalées au cours de l'étranglement herniaire ou après son opération;

(1) MACÉ et SIMON, *Journal des Praticiens*, 1891. — RENARD, La broncho-pneumonie d'origine intestinale chez l'enfant (*Thèse de Paris*, 1894). — LESAGE, *Soc. méd. des hôp.*, 1893. — MACAIGNE, Étude sur le *Bacterium coli commune* (*Thèse de Paris*, 1892).

il leur attribuait une origine réflexe, et cette idée avait été propagée dans les thèses de ses élèves : Carret (1869), 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, 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, 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, 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 broncho-pneumonies; elle détermine des troubles vasculaires parfois promptement suivis de l'infection microbienne. C'est sans doute à cette pathogénie qu'il convient d'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 (1). Reste à savoir maintenant pourquoi l'action réflexe avec la toxi-infection se porte plutôt sur le poumon que sur

(1) ROUX, *Thèse de Montpellier*, 1886. — CLADO, *Congrès de chirurgie*, 1889. — FISCHER et LÉVY, *Deutsche Zeitschr. für Chirurgie*, 1891. — DUCLOS, *Journal des Praticiens*, 1887.

d'autres organes. Il est probable, d'après Charrin, que ce fait est dû à la présence de poisons intestinaux assez semblables 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.

J'appelle l'attention sur une forme de *congestion pulmonaire permanente* dont j'ai vu une vingtaine d'exemples et dont je ne parviens pas à comprendre facilement la pathogénie ni la réelle nature. Je sais bien qu'on les a attribuées à l'arthritisme, explication très facile que l'on maintient toujours, même chez les sujets non arthritiques. Mais je ne peux me contenter de cette explication, et je préfère signaler le fait sans l'expliquer. Voici deux exemples : un homme de soixante-cinq ans, que j'ai vu avec Potain, il y a plus de vingt ans, présentait un foyer très étendu de gros râles sous-crépitants occupant un bon tiers de la partie moyenne et inférieure du poumon droit en avant, cela sans toux, sans dyspnée, sans aucune réaction fébrile. Il mourut à l'âge de quatre-vingt-sept ans, d'une autre maladie, et présentant ce gros foyer de ronchus sous-crépitants. — Il y a un an, j'étais consulté pour un jeune homme de vingt-cinq ans présentant depuis sept années et même peut-être davantage, au sommet du poumon gauche, un gros foyer de râles humides large comme les deux mains, et cela avec les mêmes caractères de latence que chez le premier malade; j'ajoute que jamais il ne fut possible de décèler dans les crachats la présence du bacille tuberculeux. Sans doute, cela n'est pas suffisant pour nier toujours l'existence de la tuberculose; mais en

m'appuyant sur le bon état général, sur l'absence d'autres signes stéthoscopiques, j'ai des raisons de croire qu'il ne s'agit pas de tuberculose. D'autre part, il ne s'agit pas non plus de râles dus au déplissement pulmonaire. Mais j'ai observé presque toujours cette particularité chez de gros mangeurs, et je ne serais pas étonné, sans pouvoir encore l'affirmer, que cette congestion pulmonaire permanente et latente fût d'origine gastro-intestinale. Jusqu'ici, ce fait n'a de l'importance qu'au point de vue du diagnostic et surtout du pronostic très favorable. Je vous l'indique, afin que vous ne cherchiez pas à combattre une tuberculose pulmonaire qui n'existe pas.

III. — Indications thérapeutiques; traitement.

Notre malade avait eu de l'embarras gastrique et de la congestion pulmonaire. Au moment de l'apparition de celle-ci, l'état gastrique semblait redevenu normal; aussi ai-je eu recours à 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^{gr},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.

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 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. Ce sont là des doses absolument insuffisantes, ne pouvant donner que des résultats illusoire. Pour obtenir l'effet attendu de l'antiseptie intestinale, il faut atteindre d'emblée la dose quotidienne de 4, 5, 10 grammes et même plus de *benzo-naphthol*, auquel je donne toujours la préférence. C'est à cette médication que je m'adressai pour ce 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 a encore pour résultat de réduire les toxines intestinales, a été également prescrite, et je suis convaincu qu'elle a beaucoup mieux réalisé l'antiseptie de l'intestin que le benzonaphthol, même à haute dose, et que toutes les drogues recommandées théoriquement pour remplir cette indication.

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 par 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 alors 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'antiseptie intestinale.

Quant aux congestions pulmonaires, toujours si rebelles, *des arthritiques*, j'ai des raisons de croire que, là encore, l'antiseptie intestinale pourra rendre les plus grands services. Les arthritiques sont le plus souvent de gros mangeurs, sujets aux fermentations intestinales, fréquemment atteints d'atonie 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 hypérémies 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.

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^{re}, 50 en trois fois par jour), soit à dose modérée (0^{re}, 50 à 0^{re}, 60).

N'oublions pas le rôle important du système nerveux dans l'infection de l'appareil broncho-pulmonaire. C'est là même la titre d'une thèse remarquable de Henri Meunier dont l'une des conclusions est à rappeler :

« Lorsque l'innervation de l'appareil pulmonaire est troublée dans son fonctionnement, les perturbations nerveuses qui en résultent dans les différents systèmes de cet appareil ont pour conséquence de paralyser sa défense, de diminuer sa résistance et sa vitalité et de préparer ainsi un terrain favorable à l'infection ; celle-ci est d'autant plus sûre et d'autant plus profonde que le trouble nerveux est plus grave (1). »

En un mot, tous les embarras gastriques, tous les troubles gastro-intestinaux, toutes les diarrhées sont loin de déterminer des congestions pulmonaires. Le fait est même exceptionnel, et les microbes n'expliquent pas tout ; l'infection de l'appareil broncho-pulmonaire ne se produit qu'à la faveur d'une lésion, d'un trouble, d'une défaillance du système nerveux, et celui-ci peut être en apparence seul en cause, témoin le fait que je viens de publier : pneumonie massive et nécrosante gauche par compression du nerf vague due à un anévrysme latent de la crosse de l'aorte (2).

(1) H. MEUNIER, *Thèse de Paris*, 1896.

(2) H. HUCHARD et BERGOUIGNAN, *Soc. méd. des hôp. et Journal des Praticiens*, 1901.

XIII. — CONGESTION PULMONAIRE D'ORIGINE UTÉRO-OVARIENNE

- I. EXPOSÉ CLINIQUE. — Deux cas de congestion pulmonaire chronique chez des malades atteintes de polype utérin. Exemple d'un polype utérin à apparition intermittente ; importance de l'examen de l'utérus au moment de l'époque menstruelle.
- II. FAITS CONNEXES ; INDICATION THÉRAPEUTIQUE. — Congestions pulmonaires d'origine réflexe ou microbienne dans la lithiase biliaire, dans quelques affections nerveuses, dans les hémiplegies, sous l'influence de la dentition chez les enfants. Emploi des bromures pour modérer l'exaltation de l'action réflexe.

I. — Exposé clinique.

Il y a quelques années, une femme de quarante-cinq ans vint me consulter pour une toux rebelle avec expectoration gommeuse assez abondante. Je constatai 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-crépitants, humides et abondants. A la percussion, simple diminution de la sonorité, sans matité réelle ; jamais de fièvre.

Cette malade me rappela que, cinq ans auparavant, elle m'avait consulté pour la même affection, et qu'à cette époque avec d'autres confrères j'avais 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, sui-

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

vies d'une leucorrhée assez abondante, et que les signes pulmonaires paraissent 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, le traitement tout indiqué : il s'agissait très probablement d'une de ces congestions pleuro-pulmonaires réflexes, d'origine utéro-ovarienne, sur lesquelles plusieurs gynécologistes 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, il 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 nouveau 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 quinzaine d'années. Il s'agis-

sait 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, 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, 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. On 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. — Faits connexes; indication thérapeutique.

Ces congestions pulmonaires d'*ordre réflexe*, par paralysie vaso-motrice, s'observent encore dans la lithiase biliaire à la base du poumon droit, comme Noel Guéneau de Mussy l'a démontré, dans certaines affections nerveuses, l'hystérie, la paralysie générale, dans les hémiplegies et du côté opposé à la lésion cérébrale. 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, 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, 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. « L'imminence morbide est réalisée, la protection se trouve en défaut vis-à-vis des agents microbiens. » En tout cas, 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 insuccès. Nous devons en rechercher la pathogénie et 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.