

nerfs qui en émanent ; de telle sorte que la souffrance est alors l'expression de cette névrite, et l'éruption un trouble local de la nutrition consécutif à celle-ci. Ce qui est certain, c'est que l'éruption suit le trajet d'un nerf en souffrance, et que les vésicules se groupent en îlots au niveau des foyers de douleur. Or, voulez-vous vous convaincre que ce n'est pas la peau qui souffre parce qu'elle est le siège d'une éruption, mais le nerf qui est au-dessous ? Déplacez-la en la faisant glisser, et comprimez l'espace intercostal en appuyant sur de la peau *saine* ; votre pression est douloureuse comme devant, et puisque ce n'est que le nerf qui a été pressé, il est bien évident que la douleur siège dans le nerf.

Mais ce qui le démontre encore davantage, c'est qu'un certain nombre de ces malades voient, au bout d'un temps parfois assez long (deux à trois semaines, par exemple), leurs vésicules d'herpès à éruptions successives se dessécher enfin, des croûtes les remplacer, puis tomber à leur tour, et néanmoins les douleurs persister, en prenant même, chez quelques-uns, de cruelles proportions. Et cela dure ainsi pendant des mois, surtout chez les vieillards.

A ce sujet, laissez-moi terminer cette leçon par le récit d'une conversation qui avait lieu entre deux hommes également illustres ; l'un, c'était mon maître Trousseau ; l'autre, un de nos plus grands orateurs politiques, en même temps qu'il est notre grand historien national. « Docteur, disait celui-ci à son médecin et ami, depuis de longs jours je souffre atrocement de la poitrine ; c'est un zona, je le sais ; je sais aussi que vous allez me dire, pour me consoler, que « c'est nerveux » et que cela ne compromet aucune des grandes fonctions de l'organisme ; mais enfin je souffre et voudrais être soulagé, car je ne puis travailler, il me faut absolument préparer mon discours du budget. — Votre discours du budget ! répartit Trousseau ; mais la session législative est à peine commencée, et quatre grands mois vous séparent encore de la discussion de ce budget. Est-ce donc ainsi que vous *improvisez* vos discours ? — Ah ! mon ami, dit l'orateur, on n'improvise que le bavardage ! »

Je ne vous ai parlé jusqu'ici que de points de côté sans fièvre ; je vous entretiendrai dans ma prochaine leçon de ceux que la fièvre accompagne.

VINGT ET UNIÈME LEÇON

Point de côté de la PLEURODYNIE. — La pleurodynie est une pleurésie sèche. — Point de côté de la PLEURÉSIE DIAPHRAGMATIQUE. — Point de côté de la PÉRICARDITE. — Émissions sanguines et intoxications.

MESSIEURS,

Je dois maintenant vous parler des points de côté avec fièvre, et la *pleurodynie* va me servir de transition.

La pleurodynie, c'est littéralement le « point de côté » (τοῦ πλευροῦ δόρυ, *douleur du côté*), c'est la « fausse fluxion de poitrine » de plus d'un praticien ; et il n'y a de faux, dans tout ceci, ai-je besoin de le dire ? que le diagnostic du médecin.

Un type de pleurodynie vous est offert par le malade du n° 48 de la salle Saint-Paul. Deux jours avant son entrée, il a éprouvé, en même temps qu'un léger malaise, une vive douleur dans le côté gauche de la poitrine. Cette douleur, qui gênait ses mouvements respiratoires, le décida à se faire admettre à l'hôpital. A la visite du matin, nous trouvons que la douleur siège précisément à la partie latérale gauche du thorax, un peu au-dessous de l'aisselle et au voisinage du mamelon, sur une étendue que peut recouvrir la main ; qu'elle est diffuse, en nappe, et non pas par foyers comme dans la névralgie intercostale, de sorte que le doigt promené le long d'un espace, n'exagère en aucun point la douleur ; tandis que celle-ci est provoquée lorsqu'on saisit à pleine main les masses charnues de la paroi. C'est là le caractère spécial de la pleurodynie. D'ailleurs, il n'y a pas de matité à la percussion, ce qui n'est pas toujours le cas, ainsi que vous l'allez voir. Le murmure vésiculaire, rendu plus faible parce que, instinctivement, le malade dilate moins ce côté douloureux, n'est cependant mélangé d'aucun bruit anormal — ce qui est loin encore d'être toujours le cas, et pour des raisons que nous saurons tout

à l'heure. Telle est la pleurodynie dans sa forme la plus simple : les muscles seuls sont intéressés, et, dans l'espèce, ce sont les digitations du grand dentelé. Des sinapismes et un bain sulfureux ont suffi au traitement.

Au contraire, le malade du n° 20 de la même salle vous a récemment présenté l'exemple d'une pleurodynie plus intense et où les éléments envahis ont été plus nombreux. D'abord, il y avait eu un peu de fièvre initiale, et le malaise général avait été plus prononcé. A l'entrée du malade, la fièvre n'existait plus (elle n'avait duré qu'une journée); mais le malade se plaignait d'un violent point de côté qui siégeait vers le sein et gênait sa respiration : il ne toussait ni ne crachait, mais poussait un petit cri de souffrance lorsqu'il essayait de dilater à l'extrême sa poitrine dans une grande inspiration. La pression en masse de la région latérale du thorax était douloureuse, comme chez le malade du n° 48; mais, de plus que chez lui, il y avait de la matité à la percussion, et cette matité avait ceci de spécial et de caractéristique qu'elle était irrégulière et indéterminée dans sa forme, n'ayant ni la régularité parabolique de la pleurésie avec exsudat fibrineux (1), ni la ligne de niveau de la pleurésie avec exsudation séro-fibrineuse abondante. Enfin, aux points mats, on entendait, en même temps qu'un murmure vésiculaire moins intense, une sorte de crépitation fine et sèche, assez rare toutefois et très superficielle. Qu'est-ce que tout cela voulait dire? Qu'il y avait pleurodynie et *pleurésie sèche*. C'est-à-dire que, chez ce malade, l'inflammation ne s'était pas limitée seulement aux muscles superficiels de la paroi thoracique, mais qu'elle avait envahi les intercostaux, leur aponévrose profonde et la plèvre pariétale, ou, en d'autres termes, que tous les éléments de la paroi, et jusqu'à la doublure pleurale inclusivement, étaient pris par le rhumatisme. Et cette doublure pleurale étant prise, il y avait exsudat fibrineux à sa surface; d'où la matité irrégulière et indéterminée comme la région envahie; d'où la fine crépitation superficielle, qui n'était autre que du frottement pleurétique se produisant dans la locomotion de la plèvre viscérale sur la pariétale

(1) Voir, plus loin, la leçon XXVI sur la *Pleurésie*.

dépolie. Quant à l'amointrissement du murmure vésiculaire, il pouvait s'expliquer physiologiquement par le fait du déplissement incomplet des vésicules sous l'influence de la douleur thoracique, et, physiquement, par l'interposition de l'exsudat fibrineux, qui forme comme une lame isolante.

Cette doctrine de la pleurésie sèche dans la pleurodynie n'est pas de moi, mais d'un de mes plus savants maîtres, Cruveilhier. Dès 1856, alors que j'étais son interne à l'hôpital de la Charité, il me la fit connaître; et, depuis plus de vingt ans, j'ai eu maintes occasions de vérifier ses assertions. « Ce sont ces pleurésies sèches, si fréquentes, me disait le vénérable professeur, qui expliquent l'excessive fréquence des brides celluleuses rattachant le poumon à la plèvre pariétale, et qu'on trouve à l'autopsie de sujets dont on sait qu'ils n'ont pas eu de pleurésie dans le cours de leur existence. » Mais ils avaient autrefois éprouvé un point de côté, avec ou le plus souvent sans fièvre bien appréciable, et la plèvre pariétale ayant été intéressée dans le travail inflammatoire, il en était résulté un exsudat fibrineux, lequel, s'organisant, avait produit la fausse membrane celluleuse.

Ainsi, en résumé, la pleurodynie est essentiellement l'inflammation rhumatismale de quelques-uns des muscles thoraciques et surtout des dentelés; mais l'inflammation, si elle est intense, peut ne pas rester bornée aux muscles et envahir tous les plans superposés de la cage thoracique jusqu'à la plèvre inclusivement. C'est le cas de notre malade du n° 20.

Ce n'est pas là, à proprement parler, la pleurésie sèche des auteurs modernes, qui est une pleurésie sans épanchement, mais avec exsudat séro-fibrineux; lequel est suffisamment fluide pour se mouler, en y adhérant, aux parties qui sont déclives dans le décubitus, sans être ni assez fluide ni assez abondant pour se réunir en collection liquide à la base de la poitrine; de façon que, le malade étant assis, il y a matité à courbe parabolique et non point à ligne de niveau.

Eh bien, le malade couché au n° 38 de la salle Saint-Paul vous offre un cas mixte de la pleurésie sèche des auteurs et de la pleurodynie. Il a eu, en effet, de la pleurésie le frisson initial assez prolongé sans être intense; — il a de la pleurésie sèche la ma-

tité parabolique (à sommet près de l'aisselle et à branche postérieure à deux travers de doigt de la colonne vertébrale, laissant entre elle et cette colonne une zone verticale de sonorité restée physiologique); — il a de cette pleurésie sèche le frottement superficiel simulant la crépitation; tandis qu'il a de la pleurodynie la douleur à la pression en masse de la paroi et la matité à la percussion des points mats. Je vous ai fait remarquer, d'ailleurs, ce que cette percussion avait de particulier: c'était, toutes les fois qu'on la pratiquait, de provoquer immédiatement et à chaque coup une *petite toux sèche* assez pénible, comme si, par l'ébranlement des parois percutées, des molécules fibrineuses déplacées s'en venaient irriter et chatouiller, pour ainsi dire, des portions de la plèvre pariétale restées saines et par conséquent irritables à cette excitation; d'où la toux (1).

Quoi qu'il en soit, vous avez pu voir que la douleur a cédé à l'application de cinq ventouses scarifiées; que, dès le lendemain, la fausse crépitation a fait place à un frottement un peu rude et qui s'était limité à la base latérale de la poitrine pour disparaître deux jours plus tard, et que le malade est sorti guéri au bout de six jours.

Enfin, il est des cas où l'inflammation pleurodynamique ne se borne pas à envahir de proche en proche chacun des éléments de la paroi thoracique, et à déterminer *loco dolenti* un exsudat fibrineux sur la plèvre pariétale endommagée, avec la matité de forme d'abord indéterminée, comme je vous l'ai dit et montré; mais où, en vertu de l'état général du malade et de la tendance *leucophlegmasique*, comme on disait autrefois, l'exsudat primitif devient exsudation séreuse, et il y a finalement épanchement avec souffle et égophonie (2). Je n'ai pas eu l'occasion de vous pouvoir montrer un seul cas de cette espèce; mais, il y a quelques années, j'en ai fait voir un exemple aux élèves qui suivaient ma visite à l'hôpital de la Charité. C'était dans le service des femmes en couches de mon collègue M. Bourdon, que je remplaçais alors: une femme, accouchée depuis peu de jours, et nour-

(1) Voir, pour l'explication physiologique de cette toux, la leçon XXIV, sur la *Pleurésie*.

(2) Voir, t. II, dans les leçons sur les *Maladies puerpérales*, l'influence de l'état puerpéral sur le développement et la forme des phlegmasies.

rice, eut un mouvement fébrile, bientôt suivi de point de côté. A ma visite du lendemain matin, je lui trouvai de la matité en nappe dans la région du grand dentelé droit, qui était douloureux à la pression, avec sonorité à la base de la poitrine et le long de la rigole costo-vertébrale; il y avait pleurodynie avec exsudat pleural (l'auscultation révélait une diminution notable du murmure vésiculaire aux points mats). Le lendemain, la matité était un peu plus étendue, et, le troisième jour de la maladie, elle avait gagné la base de la poitrine ainsi que la gouttière costo-vertébrale; en même temps, il y avait le souffle doux et l'égophonie d'un épanchement pleurétique peu abondant, mais non douteux. La pleurodynie avait produit d'abord la pleurésie sèche, et celle-ci était enfin devenue *humide* en raison des conditions de puerpéralité. Ce fait, à l'évolution duquel nous avons assisté, prouve, par son exagération même, la vérité de la doctrine de Cruveilhier quant à la coexistence, sinon constante, au moins très fréquente de la pleurésie sèche et de la pleurodynie.

Je veux vous parler maintenant du malade couché au n° 42 de notre salle Saint-Paul, et dont les maladies successives ont été si bizarrement incidentées. Il était entré le 19 juin dernier dans un état d'adynamie tellement prononcé, qu'un médecin très distingué, candidat au Bureau central, l'avait cru atteint d'une fièvre typhoïde. En réalité, le lendemain, à ma visite du matin, je lui trouvai une *pleurésie gauche*, mais une pleurésie singulière. En abordant le malade, l'excessive fréquence de son pouls et l'anxiété de sa respiration me firent immédiatement ausculter la région précordiale, croyant y trouver les signes d'une péricardite. Il n'en était rien; ce qu'on y trouvait, c'était de la douleur à la base de la poitrine et aux insertions du diaphragme, de la matité au tiers inférieur, quelques bulles sèches et une égophonie peu prononcée. Le cœur était un peu dévié à droite.

Il n'était pas douteux que le malade n'eût une pleurésie *diaphragmatique*, avec épanchement peu abondant. Je fis appliquer un vésicatoire.

Le lendemain matin, la ligne de matité s'était notablement élevée, mais en arrière seulement, et la ligne de niveau était assez irrégulière. Il y avait du ballonnement de l'estomac, de sorte

que le son était tympanitique jusque vers la septième côte. (Ce *ballonnement* est un phénomène que j'ai observé dans les pleurésies diaphragmatiques, et qui n'a pas été signalé que je sache. La pathogénie m'en semble être la suivante : le péritoine diaphragmatique est intéressé dans le travail inflammatoire dont la plèvre correspondante est le siège ; au contact de ce péritoine diaphragmatique enflammé, la tunique péritonéale de l'estomac s'irrite à son tour ; et enfin au contact de la tunique péritonéale gastrique enflammée les fibres musculaires de l'estomac perdent une partie de leur tonicité : d'où la dilatation du viscère par les gaz qu'il contient, lesquels obéissent alors sans obstacle suffisant à leur loi d'expansibilité indéfinie.)

On entendait du souffle et de l'égophonie ; puis, en avant et à la partie moyenne comme à la partie supérieure, des bruits bul-laires, dont j'essayerai tout à l'heure de déterminer la nature. Enfin, le cœur était tellement déplacé, que sa pointe battait à droite du sternum. L'épanchement n'était certainement pas très abondant, et le déplacement du cœur ne pouvait guère s'expliquer que par l'existence d'une collection liquide enkystée par des fausses membranes interposées au péricarde et au diaphragme.

Bien que l'épanchement ne me parût pas excessif, par la raison que je viens d'invoquer ; bien qu'il y eût de la fièvre et que je n'aime pas à ponctionner la poitrine en pareil cas, néanmoins, en raison de la dyspnée, qui était si pénible, et surtout du déplacement du cœur, qui était si considérable, je me décidai à faire pratiquer la thoracentèse.

Elle fut faite devant vous et présenta quelques particularités opératoires que je dois mettre en relief. Le trocart introduit se mouvait à l'aise dans une cavité libre ; le poumon était donc écarté de la paroi thoracique. Je retirai le trocart ; de la sérosité pure s'écoula d'abord par la canule ; puis l'écoulement cessa brusquement. Je fis alors pencher le malade en avant, et dirigeai ma canule par en bas ; aussitôt il sortit non plus de la sérosité, mais du pus. Était-ce que l'épanchement se composait de sérosité à la surface et de pus dans ses couches inférieures ? Un tel départ ne se fait guère dans les cavités vivantes. Je crois plutôt qu'il s'agissait ici d'une pleurésie aréolaire, c'est-à-dire dans la-

quelle la cavité pleurale est cloisonnée par des fausses membranes, interceptant dans leurs loges des liquides de nature diverse. De telle façon que, par un mouvement imprimé à la canule, j'avais pu rompre une de ces cloisons, et avoir, d'une seconde loge, du pus, après avoir obtenu, d'une première, de la sérosité. L'écoulement du pus cessa bientôt à son tour, et je sentis le poumon battre au bout de ma canule, qu'il venait ainsi obturer. Tous mes efforts pour obtenir, au moyen de changements de position du malade, l'écoulement du liquide qui restait manifestement encore, furent impuissants, et je n'en tirai guère qu'une palette.

Une demi-heure après, je constatais avec un jeune médecin de grande valeur, M. Quartier, que le niveau du souffle avait sensiblement baissé en arrière, et que, là où le souffle avait disparu, on n'entendait plus que des bruits de frottement d'apparence bullaire.

Le soir même et le lendemain matin, le malade se disait notablement soulagé, et le fait est que le pouls et la température étaient d'accord avec les sensations du malade : ainsi, pendant les deux jours qui avaient précédé l'opération, il y avait 39°,5 le matin, avec 140 pulsations ; et 40 degrés le soir, avec un pouls à 144. Le matin, avant l'opération, la température était de 39°,2, et le pouls à 120 ; le soir, cette température était de 39°,6, avec 116 pulsations ; tandis que, le lendemain de l'opération, le matin, ce qui n'avait jamais eu lieu jusque-là, la température était de 38°,6 et le pouls à 108 pulsations seulement. De sorte qu'il n'était pas douteux que notre opération n'eût soulagé le malade, mécaniquement, en débarrassant sa plèvre d'une certaine quantité de liquide.

Mais qu'était-ce donc que ces bruits bullaires qu'on entendait au-dessus de la zone de matité et vers les parties supérieures ?

Étaient-ils dus à de la bronchite ? Je ne le pensai pas, la bronchite étant ordinairement bilatérale, et les râles n'existant que d'un côté ; d'ailleurs il n'y avait aucune expectoration. Étaient-ils produits par des tubercules ? Il y avait contre cette supposition, la plus vraisemblable, bien des raisons ; on ne les entendait que d'un côté, tandis que la tuberculisation est le plus souvent bilatérale aussi ; la percussion aurait donné un son mat à leur