

niveau, tandis qu'on y percevait un son skodique; il y avait santé parfaite, au moins en apparence, avant le début de la maladie actuelle, qui était toute récente et très aiguë; enfin la pleurésie tuberculeuse siège, sans qu'on en comprenne la raison, le plus souvent à droite, et celle-ci est une pleurésie gauche. Était-ce au contraire le résultat d'une congestion pulmonaire au voisinage des portions de plèvre enflammée? Le plus sage était de laisser ces questions sans solution; les éléments d'un jugement absolu faisant défaut et le temps devant nous apporter son contingent ultérieur de preuves.

L'amélioration persista pendant les deux jours qui suivirent l'opération; mais, le troisième jour, le malade fut pris d'une recrudescence de fièvre, que vint nous expliquer le lendemain un érythème *scarlatiniforme* de tout le tronc; érythème sur lequel on pouvait tracer les lignes blanches de la scarlatine. Trente-six heures plus tard s'opérait une desquamation furfuracée de la face et du cou. Les mains ne pelèrent pas.

Était-ce là une scarlatine ou un érysipèle? Ce n'était pas un érysipèle provoqué par la piqûre du trocart, car la rougeur avait paru tout à coup sur tout le tronc et n'avait pas pour point de départ la petite plaie, parfaitement cicatrisée d'ailleurs, et autour de laquelle on ne voyait pas l'empatement œdémateux de l'érysipèle franc. Ce ne pouvait guère être davantage une scarlatine, ainsi que quelques-uns de vous penchaient à le croire (en raison de la présence, dans un lit voisin, au n° 15, d'un scarlatineux en desquamation, qui pouvait bien avoir été l'agent de la contagion); car le malade n'était pas guéri de sa phlegmasie, et il est sans exemple que, dans la période d'état d'une maladie aiguë, on puisse avoir une autre maladie aiguë, indépendante de la première: en médecine comme en jurisprudence, l'adage *non bis in idem* étant de droit. D'un autre côté, l'incubation de la scarlatine n'eût été que de cinq jours, puisque le malade était entré le 18 et que la recrudescence fébrile, qui annonce l'éruption, se manifesta le 23. Je sais bien que Trousseau cite le cas d'une incubation de vingt-quatre heures seulement; mais, en général, elle est de huit à douze jours. Le malade n'a pas eu non plus d'angine prodromique. Il est vrai que trois jours avant son entrée à l'hô-

pital, et la veille du début du point de côté pleurétique, il aurait eu mal à la gorge d'une façon assez pénible. De sorte que, dans l'hypothèse d'une scarlatine, il faudrait admettre que la pleurésie, manifestation viscérale possible de la scarlatine, aurait précédé de sept jours l'apparition de l'exanthème scarlatineux, et que, comme il y a une scarlatine *fruste*, il y aurait ici une scarlatine *retournée*. On ne peut guère accepter cette hypothèse, bien que la purulence de l'épanchement pleural de notre malade soit assez dans le génie de la scarlatine. Vous savez, en effet, que la pleurésie et la péricardite scarlatineuses sont très fréquemment purulentes.

Mais tout n'était pas dit: voici que le 29, après quarante-huit heures de mieux-être, le malade subit une nouvelle recrudescence de fièvre; la température était le soir de 39 degrés et le pouls à 112. Le lendemain matin la température s'était élevée à 40 degrés et le pouls à 120. En même temps nous trouvons notre malade en proie à une grande angoisse respiratoire, et dans un débilité dorsal immobile; sa face était d'une sinistre pâleur; le jeu laborieux des ailes de son nez, la lividité de ses lèvres, tout dans le masque de son visage annonçait l'imminence de la plus terrible des asphyxies. Cependant il disait ne point souffrir du côté, mais du dos et des *épaules*, surtout de la *gauche*; mais si, comme j'eus l'idée de le faire aussitôt, on promenait le doigt, en appuyant, sur certains points du contour de la *région péricardique*, on provoquait une vive douleur.

Qu'avait de nouveau ce malade? Étaient-ce là les signes d'une recrudescence de son affection pleurale? ou ceux d'une *péricardite* commençante?

L'auscultation m'apprit que l'épanchement pleurétique était toujours en voie de décroissance: ce n'était donc pas un retour offensif de la pleurésie. Mais on n'entendait pas au cœur le *frou-frou* que j'y cherchais, indice de la présence d'un exsudat fibrineux à la surface des deux feuillets du péricarde; car je ne doutais guère de l'existence d'une péricardite. Et je vais vous dire pourquoi je n'en doutais guère: c'était en raison de l'excessive dyspnée et de la *pâleur* même (1).

(1) Voir, plus loin, pour l'explication de l'angoisse et de la pâleur dans la péricardite, la leçon XXIV.

Vous n'avez eu que deux fois cette année l'occasion d'observer une péricardite à l'état aigu, et deux fois vous avez constaté cet ensemble symptomatique : angoisse, dyspnée cruelle et pâleur. Dans les deux cas, la péricardite n'était pas simple : elle coexistait avec une pleurésie (ce qui est très fréquent, Corvisart l'a dit et bien dit). Or, dans les deux cas, l'aspect du malade rappelait, à la jactitation près, remplacée par l'immobilité, le tableau si dramatique et si vrai dans sa concision qu'en a tracé Corvisart. Il manquait au contraire le *point de côté péricardique*, cette douleur si vive occupant la région précordiale, et se faisant surtout sentir vers l'épigastre, au voisinage des fausses côtes gauches, et augmentant, dit Mayne, « par la pression dirigée de bas en haut en se rapprochant du péricarde » ; douleur que le malade « rapporte parfois à la partie moyenne du sternum, avec sensation de constriction douloureuse dans la poitrine », dit Stokes ; douleur enfin « qui ressemble parfois à celle de l'angine de poitrine », ajoute le même auteur, ainsi qu'Andral a pu l'observer chez un de ses malades dont je vous reparlerai plus tard (1).

Or, il n'y a rien d'étrange à ce qu'on ait comparé ces sensations douloureuses, quand elles sont au maximum, à celles de l'angine de poitrine, attendu qu'elles tiennent à la même cause anatomique et dérivent d'une perturbation fonctionnelle du plexus cardiaque, ainsi que du *nerf phrénique gauche*, et parfois même des deux nerfs phréniques.

Rappelez-vous un instant, je vous prie, la disposition de tous ces nerfs par rapport au péricarde, et vous comprendrez aussitôt, et la production possible de cette douleur, et son siège, comme ses irradiations. Le plexus cardiaque s'épanouit sur la paroi externe de la base de l'aorte et de l'artère pulmonaire, et, de plus, est recouvert par le feuillet viscéral du péricarde ; feuillet qui, de ces gros vaisseaux, se réfléchit pour devenir pariétal. C'est là un rapport anatomique dont les pathologistes n'ont pas encore su tirer parti pour comprendre certaines douleurs de la péricardite, lesquelles ne sont autres, pour moi, que la *névrite aiguë* du plexus cardiaque par transmission inflammatoire du péricarde

(1) Voir, plus loin, leçon XXIV.

viscéral au tissu conjonctif situé autour des gros vaisseaux de la base du cœur et de ce tissu conjonctif au névrilème, puis aux nerfs du plexus cardiaque. Je me contente ici de signaler le fait pour en tirer toutes les conséquences dans une prochaine leçon (1).

D'un autre côté, les deux nerfs phréniques sont accolés au péricarde, le gauche sur une plus longue étendue et plus intimement que le droit ; suivant Ludovic Hirschfeld, ces nerfs donnent des filets très grêles au péricarde ; ils animent le diaphragme et la plèvre, ainsi que le péritoine diaphragmatique, et certains de leurs filets terminaux vont s'anastomoser avec le plexus solaire. Étant donnée semblable disposition anatomique, quoi d'étonnant dès lors dans la douleur possible de la péricardite et dans ses irradiations désormais nécessaires ? La douleur rétro-sternale de la péricardite se fait sentir là où est le mal ; elle est au péricarde enflammé ce que le point de côté latéral est à la plèvre dans la pleurésie. C'est celle que nous observons chez notre malade du n° 12. Les irradiations possibles au diaphragme et à l'épigastre, au cou, à l'épaule gauche et au bras correspondant, quelquefois même aux deux épaules, tiennent à ce que le *tronc du nerf phrénique gauche*, et parfois même celui du phrénique droit, sont compris dans l'atmosphère inflammatoire du péricarde par le fait de leur accollement à celui-ci, et l'irritation du tronc nerveux se traduit alors par des sensations douloureuses dans ses expansions terminales, le diaphragme et l'épigastre ; par une douleur spontanément ressentie, ou provoquée à l'aide de la pression du tronc même, au cou en avant du scalène antérieur ; et par des irradiations douloureuses à la région latérale du cou, comme à celle de l'épaule et du bras, pour des raisons que je développerai dans la leçon prochaine.

Quant à la névrite aiguë du plexus cardiaque, c'est elle qui donne à certains cas de péricardite leur caractère de foudroyante gravité (2).

Ce que je vous dis de la cause probable de la douleur *superfi-*

(1) Voir, plus loin, leçon XXIV.

(2) Voir, plus loin, leçon XXIV.

cielle dans la péricardite n'est pas absolument nouveau, attendu qu'il y a près de quarante ans, en 1835, M. Bouillaud disait déjà : « Je présume que la douleur dans la péricardite tient à la réaction de l'inflammation sur les nerfs phréniques, qui longent le péricarde. »

Pour en revenir à notre malade du n° 12, il avait de la douleur à la pression de la région du péricarde; mais il en avait aussi aux insertions diaphragmatiques gauches comme sur le trajet du nerf phrénique au cou. Il n'y avait ici de probant, quant à l'existence d'une péricardite, que les douleurs précordiales, réveillées par la pression, puisqu'on pouvait rapporter les autres à l'inflammation pleurétique dès longtemps existante. Ce n'est néanmoins que dans la soirée du 1<sup>er</sup> juillet, deux jours après le diagnostic fondé sur ce que je vous ai dit, que le chef de clinique M. Duguet et son assistant M. Quertier entendirent pour la première fois le frottement péricardique que nous avons en vain cherché le 30 juin et le 1<sup>er</sup> juillet au matin, et que vous avez pu constater avec moi dans la matinée du 2.

Cependant je n'étais pas resté inactif en présence des accidents redoutables du début de la péricardite : dès le 29 juin, pour parer aux menaces d'asphyxie, et malgré l'anémie apparente, j'avais fait appliquer six ventouses scarifiées à la région précordiale. Le soir, la dyspnée était beaucoup moindre; mais la température était encore à 40°,2 et le pouls à 140; le lendemain matin, au contraire, le malade n'avait que 37°,6, et 108 pulsations; le soir, la température était de 38°,8 et le pouls à 120. Ce même jour, pour continuer l'action bienfaisante des ventouses, j'avais fait appliquer un vésicatoire à la région du cœur. Enfin le 2, au matin, la température était de 37°,8 et le pouls à 104. Or, cette amélioration a continué; pendant quatre jours vous avez pu constater du frottement seulement, lequel a même été progressivement décroissant dans les deux derniers jours; ce qui (joint à l'absence d'augmentation dans la matité précordiale, et au retour des bruits cardiaques normaux) veut dire qu'il n'y a pas eu d'épanchement dans la cavité du péricarde, et que l'inflammation de cette séreuse en est restée à la phase d'exsudat fibrineux. D'ailleurs, et c'est là le résultat le plus considérable

que j'aie obtenu, les douleurs périphériques ont été amoindries, et les douleurs profondes, viscérales, que nous verrons bientôt (1) être les plus graves que puisse engendrer la péricardite, ces douleurs-là ne se sont qu'à peine manifestées au plus grand bénéfice du malade (2).

Eh bien, ma médication a-t-elle été pour quelque chose dans cet heureux résultat? Je le crois, et vous en fais juge.

La vérité est que je n'ai été arrêté par aucune des idées contemporaines, et que, même en supposant une scarlatine ou la tuberculisation chez notre malade, mon traitement n'aurait pas été autre qu'il a été.

Je me suis attaqué à l'inflammation péricardique que je flairais, et qui pouvait résulter de la propagation du travail phlegmasique de la plèvre gauche au péricarde, sans me préoccuper d'ailleurs.

Or, tirer du sang dans une maladie générale semble aujourd'hui peu rationnel. Notre époque, qui se croit positive, obéit néanmoins volontiers à un certain nombre d'idées dominatrices.

L'intoxication est une de ces idées.

Comme elle implique l'idée d'antidote, c'est-à-dire de spécifique, dès là qu'on ne connaît pas le spécifique d'un empoisonnement, que pourrait-on contre ses effets? La science mal comprise conduit ainsi au scepticisme et à l'abstention. La scarlatine, par exemple, l'urinémie sont des empoisonnements du sang; notre action est nulle jusqu'ici contre une telle adultération, et l'impuissance contre la cause fait désespérer d'en atteindre les conséquences; de sorte qu'on laisse froidement mourir le malade, faute d'une saignée que la théorie contre-indique.

Une autre idée dominatrice qu'accepte également l'esprit moderne est celle de la lésion.

Indépendamment de l'erreur doctrinale, qui consiste à regarder

(1) Voir, plus loin, leçon XXIV.

(2) Ce malade sortit convalescent de notre service quinze jours plus tard, avec diminution considérable de ses bruits bulloires supérieurs; mais pour nous revenir au bout de trois mois avec tous les signes d'une tuberculisation pulmonaire confirmée, qui suivit sa marche habituelle. Ces phlegmasies successives, insidieuses et insolites des séreuses pleurale et péricardique sont souvent, comme ici, le préambule de la tuberculisation pulmonaire.

der la lésion comme faisant le *fond* de la maladie, alors qu'elle n'en est que la réalisation matérielle et l'effet, il y a cette autre erreur pratique, conséquence de la première, qui fait que, se jugeant avec vérité impuissant contre la lésion, on se borne à en noter les caractères et à en contempler l'évolution avec la passivité du fatalisme oriental. Or, il est tout aussi vrai que nous ne pouvons rien contre la lésion, qui est un *fait*, qu'il est vrai que nous pouvons beaucoup contre la maladie, qui est un *acte*. En d'autres termes, si l'état *statique* de la matière vivante nous échappe, son état *dynamique* nous appartient.

Et ce qui démontre bien que c'est sur l'*acte* VITAL que nous avons prise; qu'à égalité de lésion il n'y a pas égalité de maladie; que le malade intervient personnellement par sa virtualité propre, par sa vitalité antérieure ou actuelle, par toutes ses forces physiques ou psychiques; et que, dès lors, il ne saurait y avoir égalité de thérapeutique, ou, en aucun cas, égalité de résultat; c'est que la même médication, pour prendre un exemple bien matériel, peut échouer chez le vieillard, alors qu'elle est bienfaisante chez l'adulte et surtout chez l'enfant. Pour que votre médication réussisse, il faut que l'organisme l'accepte et *consente* à guérir.

Dans ma prochaine leçon, j'aborderai de nouveau le côté pratique de la question, dont je ne m'écarte pas tant qu'il pourrait sembler.

## VINGT-DEUXIÈME LEÇON

PLEURÉSIE et PNEUMONIE. — L'inflammation du poumon peut-elle produire le point de côté? — Est-ce la plèvre ou le nerf intercostal qui souffre dans la pleurésie? — Point de côté des contusions de la poitrine. — Pourquoi la pleurésie est la plus innocente de toutes les phlegmasies des membranes séreuses.

NÉVRALGIE DIAPHRAGMATIQUE par névrite du phrénique, et névrite du phrénique par pleurésie diaphragmatique. — Fréquence de la névralgie diaphragmatique.

MESSIEURS,

Le sujet que je traite n'est point tellement nouveau qu'on pourrait croire, ni la distinction entre les points de côté et les affections thoraciques tellement récente que nous ayons beaucoup à nous enorgueillir. Déjà Hippocrate en savait bien quelque chose : « En hiver, dit-il, dans son aphorisme xxiii de la section III, on observe des pleurésies, des pneumonies, des enrrouements, des rhumes, des toux, des *douleurs de poitrine et de côté* (πόντοι στηθέων καὶ πλευρέων). » Ce qui prouve qu'il distingue explicitement et parfaitement ces dernières douleurs de celles de la pleurésie et de la péripneumonie.

Galien, lui, est plus explicite encore; pour qu'il diagnostique une pleurésie, il lui faut un point de côté, un mouvement fébrile continu et de la toux. Il en est ainsi, pour ne parler que des anciens, d'Alexandre de Tralles et de Celse. Vous savez trop tout ce qu'ont ajouté à ces trois signes les richesses de la séméiotique moderne pour que j'aie besoin d'y insister davantage.

Je ne vous dirai donc pas comment, grâce à l'auscultation, notre époque n'hésite plus ou n'hésite guère, dans son diagnostic, entre la pleurésie et la pneumonie, et ne connaît plus ces distinctions subtiles et souvent peu fondées d'autrefois entre la péripneumonie et la pleurésie, la pleurésie sèche et humide, la