

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 péripleurésie.

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 péripleurésie et la pleurésie, la pleurésie sèche et humide, la

pneumonie vraie et la pneumonie fausse. Frisson initial, point de côté, toux, expectoration sanglante, puis rouillée; submatité, puis matité; crépitation, puis souffle: voilà la pneumonie sous sa forme simple et classique, telle que chacun de vous a pu l'observer un grand nombre de fois, cette année, à la clinique de la Pitié.

Ce n'est donc point de tout cela qu'il s'agit; ce que je veux discuter aujourd'hui, c'est l'origine probable de ces points de côté de la pleurésie et de la pneumonie.

Et d'abord, y a-t-il, peut-il y avoir point de côté par le seul fait de l'inflammation du poumon?

L'un des plus illustres parmi les modernes, Andral, ne le croit pas, et cette opinion d'Andral était déjà celle d'Arétée: « *Dolor vacat si solus inflammetur pulmo. Is enim naturaliter doloris expers est,* » dit-il dans le deuxième livre de son *De causis et signis acutorum morborum*. « La douleur n'existe dans la pneumonie, dit de son côté Andral dans sa *Clinique médicale*, que lorsqu'il y a en même temps pleurésie, et c'est le cas le plus ordinaire. » Elle manquait constamment, ajoute-t-il, alors que la plèvre était saine. Dans ce cas, les malades n'éprouvent, dans le côté affecté, qu'une sensation de gêne et de malaise, une sorte de poids plus ou moins pénible (« *pectoris subest gravitas* », avait dit Arétée), une chaleur incommode et profonde, mais jamais une véritable douleur; ce qui fait dire aux anciens, de la pneumonie, qu'« elle entraîne plus de péril que de douleur (*affert plus periculi quam doloris*). » Le fait est que le poumon est de soi peu sensible, et j'ai maintes fois labouré le poumon, avec des instruments piquants et tranchants, chez des animaux vivants, sans que ceux-ci témoignassent de la moindre douleur; tandis qu'ils poussaient des cris aigus ou paraissaient souffrir beaucoup alors que j'irritais la paroi thoracique. D'ailleurs, une grande sensibilité eût été du luxe pour cet instrument de physique, le poumon, destiné à cet emploi tout physique, l'endosmose et l'exosmose des gaz, et qui n'a même pas à se mouvoir par lui-même. Enfin, indépendamment de ces expériences, j'invoquerai cet autre fait d'observation vulgaire, c'est à savoir: l'absence de douleur dans les cas d'apoplexie pulmonaire, bien que le poumon soit déchiré centrale-

ment en maintes places par des infarctus hémoptoïques. Tout cela se conçoit si l'on songe que les vésicules du poumon n'ont point de nerfs, les filets terminaux des plexus pulmonaires n'ayant pu être suivis que jusque très près des extrémités des bronches.

Au contraire, Grisolle pense que la douleur peut se produire indépendamment de toute inflammation de la plèvre et par le seul fait de la lésion du poumon. Pour le prouver, il cite (1) le cas d'un homme qui avait eu, dans le cours de sa pneumonie, un violent point de côté, et à l'autopsie duquel on ne trouva « ni épanchement, ni fausse membrane, ni rougeur de la séreuse, qui avait son poli et sa consistance, aussi bien sur sa surface viscérale que sur les parois de la poitrine. »

Cependant le même auteur (2), recherchant s'il y avait quelque rapport entre le siège de la douleur et le point du poumon que la phlegmasie occupait, est arrivé aux résultats suivants: « Sur près d'un cinquième des cas, la douleur correspondait exactement à la partie du poumon frappée d'inflammation; chez un septième des malades, la douleur occupait un point du thorax assez rapproché de celui de la pneumonie. Enfin, chez tous les autres, la portion du poumon phlogosée était éloignée du point où la douleur était perçue. » Ce qui, si je sais compter, revient à dire que, dans les deux tiers des cas (plus exactement dans les vingt-trois trente-cinquièmes), la douleur était ailleurs qu'au point du poumon lésé (3). On a quelque peine à comprendre comment, après une pareille statistique, Grisolle n'en arrive pas moins à conclure, contre Andral, que c'est le poumon qui souffre. L'arithmétique, comme le raisonnement, conduit au contraire à cette déduction que, puisque le plus souvent c'est ailleurs qu'au point du poumon lésé que se fait sentir la douleur, c'est un autre organe que le poumon qui se plaint; cet autre organe restant à dé-

(1) Grisolle, *Traité de la pneumonie*, p. 203.

(2) Grisolle, *op. cit.*, p. 198.

(3) En effet, dans la statistique de Grisolle, un cinquième, plus un septième, plus « tous les autres » équivalent à l'unité; on a donc pour la valeur « de tous les autres » ou x ,

$$x = 1 - \left(\frac{1}{5} + \frac{1}{7} \right) = \frac{23}{35}.$$

terminer et pouvant être la plèvre ou les nerfs intercostaux. En tout cas, la déduction rigoureuse est qu'il y a rayonnement du travail irritatif, sinon phlegmasique, du poumon à la plèvre viscérale, et probablement de celle-ci à la pariétale et aux nerfs intercostaux du voisinage. Il ne me répugne pas plus de croire, en pareille occurrence, la plèvre compromise, que je ne m'étonne de voir, au cas d'épididymite, la tunique vaginale s'enflammer, la peau du scrotum lui-même rougir et la douleur rayonner au loin: le processus morbide étant le même dans les deux faits. Seulement, l'épididymite a cet avantage sur la pneumonie, pour les délicats en matière de constatation scientifique, que les phénomènes s'accomplissent sous les yeux.

D'ailleurs, l'autopsie citée par Grisolle ne prouve peut-être pas autant qu'il paraît le croire. Il faut bien distinguer, en effet, dans les maladies inflammatoires, la période de début et d'augment, toute d'acuité et d'irritation, de la période d'état ou de coction, la première étant essentiellement douloureuse, la seconde essentiellement sécrétoire. Or, dans la pleurésie (le fait est de tous les jours), ce n'est pas quand il y a fausses membranes ou épanchement que la douleur existe au maximum, c'est avant tout acte sécrétoire, et comme préliminaire de cet acte, que la douleur se fait sentir; de sorte que, dans l'espèce, la phlogose pulmonaire a fort bien pu rayonner jusque vers la plèvre en y produisant la douleur accusée, sans que l'irritation pleurale ait été jusqu'à l'acte sécrétoire; de sorte, enfin, qu'à l'autopsie, toute trace de cette irritation, dès longtemps éteinte, a fort bien pu disparaître comme elle.

Qu'il y ait rayonnement de l'irritation phlogistique de l'organe à son enveloppe, et cela même assez loin du point parenchymateux envahi, le fait ne me semble guère douteux, témoin le cas de notre malade du n° 15 de la salle Saint-Paul.

Cet homme, entré tout récemment dans notre service, avait éprouvé, deux jours avant son admission, un frisson des plus intenses; puis, quelques heures plus tard, à droite, un point de côté d'une acuité peu commune. Vous l'avez vu, à son entrée, en proie à cette douleur poignante qui entravait chacune de ses inspirations, de manière à produire la respiration entrecoupée,

douleur tellement caractéristique de la pleurésie. Vous avez également vu que cette douleur était exaspérée par la percussion et surtout par la pression des points douloureux. Or, elle avait son maximum d'intensité exactement sous le mamelon, mais siégeait dans toute la zone moyenne de la poitrine, ainsi que le démontrait la pression des espaces intercostaux correspondants.

A la percussion, nous trouvions de la submatité dans toute cette région, et nous ne doutions guère que nous n'entendissions en auscultant la crépitation, précurseur du souffle. Ce qui nous le faisait croire, c'est que l'état général était plus mauvais qu'il ne l'est au cas de pleurésie, que le malade avait rejeté deux crachats rouillés, et qu'il avait 40 degrés dans l'aisselle le matin. Quel n'était pas notre étonnement cependant, en ne percevant qu'un amoindrissement du murmure respiratoire avec çà et là quelques bruits morbides qu'on pouvait tout aussi bien rapporter à du frottement pleural commençant qu'à des bulles intravésiculaires! Nous pensions qu'il y avait pneumonie centrale avec rayonnement vers la plèvre, et qu'avant peu nous percevrions les signes caractéristiques de la pneumonie dans la région douloureuse, et, le soir de ce même jour, le lendemain matin et le soir de ce lendemain, ces signes cherchés faisaient toujours défaut. Ce ne fut que le surlendemain matin qu'on constata pour la première fois une matité absolue et du souffle tubaire mêlé à quelques râles crépitants dans la fosse sus-épineuse et dans l'aisselle. Le lendemain de ce jour, la matité s'était étendue à la fosse sous-épineuse et à la région sous-clavière, de sorte que la totalité du sommet du poumon était évidemment hépatisée. Deux jours plus tard, la résolution se révélait par des râles crépitants de retour, de l'herpès critique à la moitié droite de la lèvre supérieure ainsi qu'à la narine droite (c'est-à-dire du même côté que le poumon malade). Le traitement avait consisté dans l'application de six ventouses scarifiées sur le point douloureux, l'administration d'une potion kermétisée à la dose de 30 centigrammes, puis d'un vomitif; l'état saburral et la prostration devenant de plus en plus marqués. La crise coïncida avec l'administration de ce vomitif.

Ainsi voilà un malade, que vous avez pu observer avec moi, qui a eu la douleur classique de la pneumonie sous le mamelon, et sa *pneumonie* fort loin du point douloureux, *au sommet*; et qui, réciproquement, n'a présenté aux points douloureux qu'un peu de submatité avec diminution du murmure vésiculaire et peut-être çà et là quelques frottements pleuraux commençants. De sorte que je ne peux m'empêcher de croire qu'il y eut chez ce malade rayonnement de l'irritation de dedans en dehors jusqu'à la plèvre, et, dans ce cas comme dans tant d'autres, pleurésie sèche par le fait de la pneumonie; comme il y a, ainsi que je vous l'ai dit pour d'autres cas, mais par un rayonnement de dehors en dedans, pleurésie sèche par le fait d'une pleurodynie (1).

Quant à la portée pratique de tout cela, la voici : le point de côté était trop douloureux et trop persistant pour n'être que l'expression d'une simple pleurodynie. Il devait donc y avoir phlegmasie à l'intérieur de la poitrine. Était-ce la plèvre ou le poumon qui était intéressé? Mais le *frisson* initial avait été trop intense et trop prolongé pour être dû à une inflammation pure et simple de la plèvre. Le poumon devait donc être atteint; présomption qui était confirmée par ce fait, qu'il y avait 40 degrés dans l'aisselle le matin, chose insolite pour la pleurésie. Et voilà comment la nature et la durée du frisson initial d'une part, et l'élévation de la température d'autre part, nous firent chercher chaque jour et découvrir enfin les signes physiques de la pneumonie, et diagnostiquer d'ailleurs celle-ci quarante-huit heures avant la découverte de ces signes. Ce qui vous démontre l'énorme valeur de l'intensité comme de la durée du frisson initial, chez un individu qui souffre d'un point de côté, et la valeur considérable aussi du chiffre de la température; l'un et l'autre symptôme étant l'indice d'une perturbation générale bien autrement profonde que ne pourrait être celle qui accompagne l'inflammation de la paroi thoracique (pleurodynie) ou de sa doublure interne (pleurésie), et devant correspondre à une inflammation viscérale, la pneumonie.

(1) Voir, plus haut, XXI^e leçon, p. 413.

Mais si ce n'est pas le poumon qui souffre, c'est donc la plèvre? Or, la plèvre n'est pas sensible. Pas plus que le péricarde, que les méninges, elle n'a de nerfs; et si je vous ai parlé l'autre jour de ceux du péricarde, c'est sur la foi de Ludovic Hirschfeld. Organes passifs de glissement et moyens de contention tout à la fois, n'ayant pas plus de spontanéité que le corps gras qui facilite la rotation de la roue ou que le rivet qui la fixe, la sensibilité eût été de luxe aux membranes séreuses : aussi n'en ont-elles point. Mais si elles ne sont pas sensibles, comment leur inflammation fait-elle donc souffrir? Et, plus spécialement, quelle est donc l'origine du point de côté de la pleurésie? Est-ce la plèvre qui souffre ou le nerf intercostal adjacent?

Dans un remarquable travail (1), Beau a essayé de démontrer que c'était le nerf; il y a là pour lui *névrite* intercostale, cette névrite étant pour Beau, à peu près aussi fréquente que la névralgie. Elle se produirait dans la pleurésie ou la pleuro-pneumonie, au contact de la plèvre enflammée. En effet, les nerfs intercostaux sont immédiatement en rapport avec la plèvre dans le tiers postérieur de leur trajet, tandis que, depuis l'angle des côtes jusqu'à leur terminaison, ils sont séparés de la séreuse par le muscle intercostal interne. On ne peut guère admettre que les nerfs intercostaux restent sains dans leur tiers postérieur quand la plèvre est enflammée. Or, l'observation nécroscopique démontre que « ces nerfs sont plus ou moins enflammés dans tous les cas d'inflammation de la plèvre, soit simple, soit compliquée de pneumonie. L'inflammation occupe ordinairement toute la portion du nerf qui touche la plèvre, mais ne s'étend pas au delà. Elle est caractérisée par une injection souvent intense, non seulement du névritisme, mais du nerf lui-même, qui est augmenté de volume, sans être pour cela ni plus mou ni plus friable qu'un nerf sain. Quelquefois il adhère légèrement à la portion de plèvre contiguë. »

Maintenant toute irritation d'un tronc nerveux retentit à ses expansions terminales, d'où le point de côté latéral et antérieur par le fait de la lésion du tronc du nerf intercostal à sa partie

(1) Beau, *Archives de médecine*, 1847.

postérieure. D'ailleurs, c'est la partie la plus mobile qui souffrira le plus; et comme c'est la septième côte qui exécute les plus grands mouvements, c'est à la partie antéro-latérale du sixième ou du septième espace intercostal que s'observe le plus souvent la plus vive douleur. C'est aussi la douleur la plus vive qui sera seule accusée; de sorte que le malade ne se plaint le plus habituellement que d'un point douloureux, le plus ordinairement sous le mamelon; mais il est facile de se convaincre, par la pression, qu'il existe d'autres points douloureux au-dessus, au-dessous et en arrière de celui dont se plaint le malade.

En résumé, la douleur si vive de la pleurésie est une douleur d'emprunt; pour Beau, c'est une névropathie intercostale, résultant d'une *névrite*.

Longtemps avant Beau, M. Bouillaud avait déjà rapporté la douleur de la pleurésie, non pas à la plèvre, « mais aux nerfs des parois thoraciques comprimés ou souffrants par suite de la phlegmasie ou de l'épanchement ». De son côté, Piorry était arrivé aux mêmes conclusions. Quant à cette douleur, à ces points de côté de la pleurésie, M. Bouillaud les considère comme étant l'expression d'une *névralgie* intercostale.

Ainsi, en résumé, le point de côté de la pneumonie est une douleur pleurétique, et la douleur pleurétique n'est elle-même qu'une névropathie intercostale.

C'est ici le lieu d'aborder une question doctrinale d'une certaine importance, bien qu'elle n'ait pas encore été soulevée, la question de savoir pourquoi — à cela près des troubles mécaniques qu'elle peut entraîner — la pleurésie est la plus innocente de toutes les phlegmasies des membranes séreuses viscérales.

Il y a, je crois, de ce fait une double raison, que je vais vous exposer tout à l'heure.

Remarquez d'abord, je vous prie, que la gravité de l'inflammation d'une membrane séreuse est en raison directe de l'importance et du nombre des organes auxquels elle confine, ainsi que de son voisinage avec des plexus nerveux dont le grand sympathique fait partie.

Par exemple, la *méningite* n'est grave que parce que l'inflam-

mation des méninges, en se transmettant à la substance corticale du cerveau, provoque le délire; en produisant un épanchement, comprime l'encéphale et entraîne le coma, puis la paralysie; parce qu'enfin, se propageant jusqu'au bulbe, l'inflammation méningée excite les convulsions éclamptiques terminales.

De même, la *péricardite* entrave plus ou moins les contractions du cœur par une myocardite corticale de voisinage; mais, lorsqu'elle est générale, elle menace bien autrement les fonctions circulatoires et la vie par la névrite aiguë du plexus cardiaque. Ici le grand sympathique est intéressé, et nous en verrons bientôt les formidables conséquences (1).

Enfin la *péritonite* trouble les fonctions des organes les plus nombreux comme les plus importants, et particulièrement celles de l'appareil digestif tout entier, qu'elle enveloppe d'une véritable tunique de Nessus. Mais, alors qu'elle est généralisée et rapide en ses allures, il y a embrasement de la totalité du système nerveux de la vie végétative, du plexus solaire à ses dernières ramifications; alors aussi apparaissent les phénomènes de sidération, conséquences des troubles de ce système.

Eh bien, la *pleurésie* est incapable de pareils méfaits. Pariétale, elle enflamme (nous venons de le voir) quelques nerfs intercostaux, et produit une douleur qui, si intense qu'elle puisse être, n'est jamais redoutable. Viscérale, elle intéresse quelques points de la couche corticale du poumon, et produit un trouble fonctionnel médiocre en invalidant un certain nombre de vésicules pulmonaires; c'est là tout le mal qu'elle peut faire.

En effet, les plèvres n'ont *aucun rapport de voisinage avec les plexus pulmonaires*, de sorte que l'incendie pleurétique ne saurait les atteindre. Le plexus pulmonaire postérieur (formé par un renflement gangliforme des pneumogastriques et quelques filets du sympathique) est situé, vous le savez, derrière la terminaison de la trachée-artère, et pénètre dans les poumons le long des bronches, dans la membrane muqueuse desquelles il se termine. Le plexus pulmonaire antérieur, plus petit, pénètre de la même façon, à la racine des poumons, le long de la face antérieure des

(1) Voir, plus loin, leçon XXIV.

bronches. Et ni l'un ni l'autre de ces plexus n'est en contact avec la plèvre médiastine, pas plus qu'avec la plèvre pulmonaire, laquelle s'arrête aux bronches.

Telle est, messieurs, la raison pour laquelle on n'observe pas dans la pleurésie cet ensemble formidable de symptômes viscéraux et sympathiques de la péricardite (1) et surtout de la péritonite aiguës et généralisées. Voilà pourquoi il n'y a dans la pleurésie ni cette pâleur, ni cette altération des traits, ni ce refroidissement brusque des extrémités, ni cette brutale sidération des forces, caractéristiques d'un ébranlement considérable du grand sympathique.

Seule, la pleurésie diaphragmatique peut être directement redoutable, en raison du trouble fonctionnel qui résulte pour l'hématose de l'inflammation trop intense du diaphragme ainsi que du nerf qui l'anime. Ce sont là toutefois des cas infiniment plus rares qu'on ne l'a dit.

Mais les points de côté ne sont pas seulement le résultat des affections dont nous venons de parler, et en particulier d'une inflammation franche de la plèvre; on les observe aussi à la suite de simples *contusions de la poitrine*. Depuis longtemps, M. Gosselin appelle l'attention de ses élèves sur les douleurs de côté, si fréquentes et si rebelles, qu'on observe en pareil cas, et qui préoccupent si vivement, quoique bien à tort, les malades. Le savant chirurgien ne peut guère admettre qu'un traumatisme ait porté son action sur la plèvre; et d'ailleurs une douleur pleurale ne persisterait pas durant des semaines, et même des mois, sans se traduire par quelque signe physique, lequel au contraire fait défaut. D'un autre côté, on ne peut croire à une ostéite costale, parce qu'une ostéite ne se prolonge pas aussi longtemps sans qu'il en résulte du gonflement de l'os, et M. Gosselin n'en a pas constaté. Enfin, la pression sur les côtes n'éveille et n'augmente pas, dans ces cas, la souffrance. En un mot, dit M. Gosselin, la douleur ressemble à celle de la névralgie intercostale spontanée. Or, tenant compte de la cause du mal, qui est une contusion, le professeur de la Charité, d'ac-

(1) Voir leçon XXIV.

cord ici avec Beau, ne serait pas éloigné de croire que cette douleur est due à une névrite traumatique. Et l'on conçoit que le corps contondant a fort bien pu produire une attrition plus ou moins profonde et étendue d'un tronc ou d'un rameau nerveux. Seulement la démonstration matérielle a toujours manqué jusqu'ici à M. Gosselin.

Dans tout cela, une chose est certaine, c'est qu'il y a douleur nerveuse — ou, pour parler grec, *névralgie*; — et ce qui le démontre, même au cas de pleurésie, c'est que la pression n'est pas seulement douloureuse sur tout le trajet d'un espace intercostal, mais aussi qu'elle est le plus pénible en des foyers bien connus, qui sont les points d'émergence des rameaux nerveux; et qu'enfin elle éveille de la souffrance au sommet des apophyses épineuses des espaces correspondants.

Or, n'est-il pas probable qu'en cas d'inflammation un peu vive, telle qu'on l'observe dans la pleurésie, par exemple, le nerf se trouve compris et compromis dans la sphère de l'irritation inflammatoire, dont le point de départ est la plèvre, et qui rayonne au loin? N'est-il pas vraisemblable que le nerf intercostal subit alors ce qu'éprouvent les nerfs des vaisseaux plongés dans une atmosphère inflammatoire? Au voisinage d'un phlegmon, par exemple, non seulement les vaisseaux sont plus dilatés, mais encore ils sont animés de battements plus énergiques que ceux d'une partie homologue: ce qui veut dire qu'il y a paralysie, ou tout au moins parésie de la tunique contractile du vaisseau, qui, résistant moins à l'ondée sanguine, se laisse dilater davantage par elle, et en traduit plus passivement l'impulsion. Seulement, en cas d'irritation inflammatoire transmise au nerf intercostal, l'action porte sur la sensibilité, le nerf étant mixte, et il y a douleur; tandis que lorsque cette irritation s'exerce sur un nerf vaso-moteur, nerf de mouvement, l'action morbide porte sur la motilité, et il y a parésie. Mais le phénomène est identique dans les deux faits.

On voit, de ses propres yeux, ce phénomène du rayonnement inflammatoire s'accomplir s'il s'agit de phlegmon; on ne le voit pas dans le cas de pleurésie. Et, en vérité, quand celle-ci