

malade, souffrir à sa façon et devenir l'occasion d'un point de côté dont le siège et la nature doivent déjà vous guider. Après les os viennent les muscles, auxquels vous devez songer, et après les muscles les nerfs. Je vous ai assez dit le rôle énorme et prépondérant de la névralgie dans la production des points de côté, depuis la névralgie simple jusqu'à la névrite par altération de voisinage; et j'ai suffisamment essayé d'en indiquer le mécanisme pour n'avoir pas à y revenir.

La cage thoracique est fermée en bas par un muscle, le *diaphragme*, tapissé à sa face supérieure par la plèvre, à sa face inférieure par le péritoine, et animé par le nerf phrénique qui s'épanouit dans son épaisseur. Ce sont là des conditions multiples de points de côté : point de côté par inflammation ou rhumatisme du muscle, qui n'est pas si rare qu'on pense; point de côté par lésion de la plèvre ou du péritoine, qui est plus fréquente; point de côté par névralgie du phrénique, également assez fréquente, et dont je vous ai montré des exemples. De ces points de côté je vous ai indiqué le siège spécial à la base de la poitrine, les irradiations au cou et à l'épaule, ainsi que les troubles fonctionnels importants; et nous avons vu ensemble pourquoi ces troubles et pourquoi ces irradiations.

La cage thoracique est doublée en tous ses points par une toile séreuse, la *plèvre*, qui se replie sur les organes contenus et les fixe à la cage, tout en facilitant les mouvements. Je vous ai dit comment ce trait d'union anatomique entre le contenant et le contenu pouvait devenir et devenait un trait d'union pathologique en transmettant de l'un à l'autre les lésions possibles de l'un ou de l'autre. Qu'elle soit enflammée primitivement ou qu'elle le soit consécutivement, la plèvre propage au loin l'inflammation et fait *parler* des nerfs désintéressés d'abord, par leur siège comme par leurs fonctions, dans le travail inflammatoire primitif; et ceux-ci, envahis à leur tour, transforment une affection indolente en principe en une affection douloureuse. Ce ne sont pas la plèvre ou les poumons, organes à la sensibilité nulle ou faible, dont la sensibilité aurait été éveillée ou exaltée par la phlegmasie, et qui se plaignent : ce sont les nerfs des parois, nerfs voisins de l'organe enflammé et indépendants de cet organe,

mais irrités, enflammés au voisinage de l'incendie phlegmasique, qui souffrent et jettent le cri d'alarme. C'est ce que font les nerfs intercostaux dans l'inflammation de la plèvre thoracique ou des poumons; c'est ce que font les phréniques dans la lésion de la plèvre diaphragmatique.

Ce qui est vrai de la plèvre est également vrai du *péricarde*, dont la lésion met en jeu très habituellement la sensibilité des nerfs phréniques et fait crier ceux-ci; comme elle peut même, par une propagation redoutable, provoquer des troubles du côté du plexus cardiaque et déterminer une névrite aiguë de ce plexus — c'est-à-dire provoquer les symptômes de ce qu'on a appelé l'*angine de poitrine*.

Puis, après le contenant, nous avons étudié le *contenu*; et il nous a été facile de voir que les lésions des principaux organes renfermés dans la poitrine (poumons, cœur et aorte), ne donnaient naissance à des points de côté que quand ces lésions venaient confiner à des nerfs. Ainsi, pour le *poumon*, qu'il s'enflamme ou se tuberculise, la douleur est à peu près nulle tant que la plèvre est intacte; il y a bien une sensation vague de malaise du côté des voies respiratoires, et des troubles fonctionnels directement proportionnels à l'étendue de la surface pulmonaire envahie, mais pas de douleur de côté. La douleur de la pneumonie est une douleur de pleurésie, et la douleur de la pleurésie est une douleur de névrite intercostale. Elle suppose la propagation de l'inflammation des poumons à la plèvre viscérale, de celle-ci à la pariétale, et de celle-ci au nerf voisin. Cette propagation se conçoit à la rigueur du poumon à la séreuse d'enveloppe par le fait de la solidarité vasculaire, les mêmes vaisseaux les desservant tous deux; mais cette condition anatomique n'existe pas de la plèvre viscérale à la pariétale, dont les vaisseaux sont absolument différents. L'inflammation ne résulte plus alors que d'un phénomène de contact. La pleurésie pariétale correspond centre pour centre aux portions malades du poumon; il se passe, dans ce contact malsain, ce qui se produit à ciel ouvert, et sans qu'on y prenne autrement garde, dans la transmission de l'inflammation d'une portion restreinte du globe de l'œil à la portion exactement contiguë de la paupière.

Quand le *cœur* est malade, il est peu douloureux ; il ne l'est pas dans l'endocardite, et nous en savons les raisons : l'endocarde étant une membrane épithéliale sans nerfs. L'inflammation du tissu musculaire, quand elle fait souffrir, ne saurait provoquer de point de côté. La péricardite seule a ce pouvoir, et vous savez que c'est par les nerfs phréniques ou cardiaques qu'elle le possède.

Enfin vous avez vu que les lésions de l'*aorte*, lorsqu'elles intéressent sa membrane externe, peuvent, en se propageant au plexus cardiaque, produire les points de côté rétro-sternaux de l'angine de poitrine.

Ainsi, dans ce travail d'ensemble, je suis arrivé, d'analyse en analyse, à ramener à un très petit nombre de faits l'étude des points de côté, et j'espère être parvenu à vous démontrer la simplicité du mécanisme pathogénique dans ces cas ; puisque, étant connus la situation et le trajet d'un nerf ou d'un plexus nerveux, des symptômes complexes, parfois bizarres en apparence, se réduisent à n'être plus que des phénomènes de voisinage.

Eh bien, le fait pratique dans tout ceci, c'est que, la douleur étant un phénomène surajouté, indépendant de la maladie primitive, et qui pourrait ne pas exister, on peut le faire disparaître avant cette maladie et en déblayer la scène pathologique.

J'ajoute qu'on le doit d'autant plus que la douleur n'est pas un phénomène indifférent ; par l'entrave qu'elle apporte aux mouvements thoraciques, la douleur diminue mécaniquement l'expansion pulmonaire et rétrécit d'autant le champ de l'hématose, rétréci déjà par la lésion dont il est le siège ; par son intensité même, la douleur est une occasion de trouble permanent et de préoccupation incessante et exagérée ; enfin, par la perte d'influx nerveux qu'elle entraîne, la douleur est une source directe d'épuisement, comme, par le défaut de réparation à l'aide du sommeil auquel elle s'oppose, elle en est une source indirecte. Pour toutes ces raisons, il importe de la faire disparaître et de simplifier ainsi l'acte morbide.

D'ailleurs, en combattant la douleur, vous faites « coup

double » ; vous ne frappez pas seulement sur le symptôme, mais aussi sur le mal primitif et générateur. Car, de même que l'hypémie phlegmasique engendre l'hypémie de voisinage, et, dans l'espèce, l'hypémie névritique, — ainsi l'anémie thérapeutiquement provoquée engendre l'anémie de voisinage, et, dans l'espèce, la révulsion de la paroi thoracique produit l'anémie de la plèvre pariétale, puis de la viscérale, puis du poumon lui-même : le fait a été expérimentalement démontré, ainsi que je vous le dirai plus au long dans une autre occasion.

Vos moyens d'action sur la douleur sont nombreux : vous en avez de sanglants et de non sanglants ; la pusillanimité du malade préfère de beaucoup ces derniers et, autant par paresse que par préoccupation théorique, le médecin, dont l'esprit est hanté par le spectre de l'anémie, s'associe volontiers à la répulsion instinctive du patient.

Les moyens non sanglants dont je parle sont le sinapisme, la teinture d'iode, la ventouse sèche, le vésicatoire. Je n'ai pas à insister sur la nature et la valeur de ces agents, qui sont analogues, à l'intensité près, et que j'ai classés par degré croissant d'énergie. J'associe fréquemment la teinture d'iode au laudanum ou à la morphine, la teinture d'iode qui mord la peau y faisant pénétrer la substance narcotique. Vous me l'avez vu fréquemment employer avec avantage.

L'injection sous-cutanée de morphine est un moyen puissant de combattre la douleur thoracique, mais qui n'est guère de mise dans le cas de douleur pleurétique aiguë entretenue par une phlegmasie sous-jacente au nerf ; cette phlegmasie, qui persiste, faisant bientôt reparaitre la douleur un moment calmée par l'injection. D'ailleurs, la répétition de celle-ci à courte échéance peut n'être pas absolument sans danger pour la peau et surtout pour l'organisme, qu'on narcotise ainsi et dont on déprime le système nerveux alors qu'il a le plus besoin de résister à la maladie inflammatoire. Je vous dirai un jour les méfaits de l'injection sous-cutanée, dont on a trop célébré les succès sans en signaler les revers. J'ai cependant employé sous vos yeux ce moyen puissant dans des cas de pleurésie diaphragmatique avec vive douleur de côté, et même dans des cas de pleurésie simple,

mais avec toux sèche, quinteuse, extrêmement fatigante, se produisant dès que le malade quittait la position couchée pour la station assise, et par suite d'un mécanisme dont je vous parlerai dans la prochaine leçon (1). Dans ces cas, vous avez vu comme l'injection sous-cutanée, répétée deux ou trois fois, a rapidement fait disparaître et la douleur et la toux quinteuse, notamment chez une jeune malade du n° 19.

J'ai employé le vésicatoire pansé avec de la morphine pour les points de côté tuberculeux de la jeune malade du n° 3, et je vous en ai dit les raisons.

Il est des points de côté bien rebelles; ce sont ceux de certains zona. Qu'ils soient diathésiques (arthritiques ou dartreux), je n'ai ni le temps ni l'occasion de discuter cette question de doctrine — n'ayant pas de zona à vous montrer; — il me suffira de dire que la douleur de côté précède parfois l'éruption de l'herpès, l'accompagne toujours et lui survit trop souvent, en prenant même de temps à autre de très pénibles proportions. Vous ferez bien alors de conseiller, suivant l'exemple de M. Hardy, l'application sur les parties douloureuses d'une poudre composée d'une partie d'oxyde de zinc pour trois d'amidon; en prescrivant d'ailleurs la médication générale alcaline ou arsenicale, suivant que vous reconnaîtrez que le malade est rhumatisant ou herpétique.

Enfin, si la douleur est très vive et d'origine inflammatoire; si, d'autre part, vous n'êtes pas dominés par la terreur superstitieuse de l'anémie, n'hésitez pas à employer les moyens sanglants, ventouses scarifiées ou sangsues, même chez les anémiques, même chez les tuberculeux. J'ai maintes fois vu mon vénéré maître, M. Cruveilhier, faire appliquer une demi-douzaine de sangsues sous les clavicules de sujets atteints de tuberculisation, et j'ai toujours vu alors non seulement la douleur disparaître, mais disparaître aussi pour un long temps les craquements périphy-miques. La santé générale s'améliorait parallèlement et le malade demandait spontanément à quitter l'hôpital: on avait du même coup combattu la douleur et la congestion génératrice.

(1) Voir leçon XXVI, sur la Pleurésie.

Malheureusement, en pareil cas, l'abus a fait abandonner l'usage; et puis, que voulez-vous? la mode!

Je viens de vous parler des points de côté chez les anémiques et de leur traitement par les émissions sanguines; eh! tenez, laissez-moi vous raconter une aventure où je n'ai pas été le bon marchand. Un jour — j'étais alors interne de M. Monneret, et par suite assez peu disposé à verser le sang humain — on vint me chercher pour une jeune dame, chloro-anémique, qui venait d'être prise d'un violent point de côté. J'étais absent: on fit venir en attendant un médecin du voisinage, homme très âgé et très considéré. Le vieux praticien diagnostiqua « au juger » une fluxion de poitrine et prescrivit une saignée locale. Arrivé à mon tour, il ne me fut pas difficile de reconnaître que cette dame, qui avait la peau fraîche, le pouls normal, et chez laquelle on n'entendait aucun râle dans la poitrine, souffrait simplement d'une névralgie pleurodynamique, pour laquelle je me contentai de prescrire un topique calmant. Mais, le soir, la malade, impatientée de souffrir encore, se fit appliquer six sangsues. La douleur disparut très rapidement et il fut bien avéré que le vieux médecin, qui n'avait pas eu besoin d'ausculter pour diagnostiquer une fluxion de poitrine, avait eu raison contre l'interne des hôpitaux et avait arrêté net une pneumonie à son début. La malade ne fut ni plus ni moins chloro-anémique qu'avant sa saignée locale: les deux cents grammes de sang environ qu'elle perdit, elle les répara bien vite à l'aide de bons aliments, et elle triompha de ne plus souffrir.

Ce n'est pas que je vous conseille d'appliquer des sangsues en pareil cas de névralgie chez une anémique, mais je veux dire qu'elles ne sont point si redoutables qu'on croit, et qu'on aurait tort, les autres moyens ayant montré leur impuissance, de se priver du secours d'une saignée locale par peur théorique de l'anémie.

L'anémie est une manière d'être et constitue une sorte de tempérament indélébile: l'anémique est et reste toujours anémique; il possède un chiffre de globules sanguins adéquat à sa nature. Et je crois que si, par impossible, on parvenait à augmenter momentanément ce chiffre, on créerait une pléthore qui serait pour lui la maladie. Ses inflammations ne sont et ne peuvent être que

des inflammations d'anémique, dont le traitement est et doit être antiphlogistique, mais gradué sur sa nature d'anémique et antiphlogistique néanmoins. C'est une simple question de mesure. Mais on ne doit pas désarmer devant l'anémie, et le péril est souvent plus dans l'abstention que dans l'action.

Je termine ici cette longue étude sur les *points de côté*, où j'ai essayé de vous faire voir le rôle énorme des nerfs intercostaux, diaphragmatiques ou du plexus cardiaque dans la pathogénie de ces douleurs. J'espère vous avoir montré comment, par une rapide analyse du contenant et du contenu de la poitrine, on arrive facilement à diagnostiquer la nature d'un point de côté et à en reconnaître la raison anatomique comme la cause originelle; je vous ai donné l'idée mère, je vous ai signalé les faits: à vous de combler les lacunes, s'il en est.

VII

LA PLEURÉSIE

VINGT-SIXIÈME LEÇON

Pleurésie et ses signes physiques. — Matité à forme parabolique et matité à ligne de niveau. — La forme parabolique due au décubitus et à la nature de l'exsudat. — Expérience du flacon. — Valeur diagnostique et pronostique de la courbe parabolique dans la pleurésie. — Souffle avec égophonie et souffle sans égophonie. — Vastes épanchements et moignon pulmonaire. — Toux pleurétique et son mode de production. — Quintes de toux par brusque déplacement du malade; pourquoi. — Valeur séméiotique de la quinte de toux par déplacement, suivant que celle-ci est sèche ou humide. — Pourquoi la toux cesse quand augmente l'épanchement. — Décubitus dans la pleurésie. — Décubitus unilatéral forcé dans les vastes épanchements. — Suffocation subite dans le décubitus opposé. — Valeur de ce signe. — Comment se tient et marche un pleurétique qui porte un vaste épanchement.

MESSIEURS,

Au n° 41 de notre salle des hommes se trouve un malade de trente-quatre ans, maigre, pâle, et d'une assez médiocre constitution: il n'a aucun antécédent fâcheux, et paraît n'avoir jamais été sérieusement malade. Il y a huit jours, il fut pris de frisson en rentrant chez lui; ce frisson n'avait rien de l'éclat ni de l'intensité qui caractérisent le frisson initial d'une phlegmasie parenchymateuse; c'était plutôt une horripilation avec sentiment de froid. Bientôt après, il ressentit une douleur dans le côté droit de la poitrine, puis une gêne assez marquée de la respiration et un besoin irrésistible de tousser; cette gêne était notablement augmentée par la douleur, laquelle s'exaspérait au moment des