

y reste généralisée, comme font, par exemple, les fièvres continues et les fièvres éruptives.

Vit-on jamais une fièvre éruptive passer à l'état chronique? Ce qui peut persister alors, ce n'est pas la maladie, mais un accident quelconque de celle-ci.

Maintenant il est des maladies générales qui se localisent; telles sont la pneumonie et la pleurésie, qui ne sont pas des maladies *locales*, mais des maladies LOCALISÉES.

Je ne joue pas ici sur les mots; j'entends par maladie *locale* une affection qui frappe un organe ou une portion d'organe en respectant les autres: telle une entorse. J'entends par maladie *localisée* une affection qui, après avoir frappé l'organisme entier, se fixe bientôt sur un organe: telles la pneumonie ou la pleurésie aiguës. Vous voyez d'ici la différence entre les deux sortes de maladies.

Dans les cas de la dernière espèce, *il y a d'abord* FIÈVRE, *inflammatoire*, ou *bilieuse*, ou *adynamique*; puis LOCALISATION de la maladie sur telle portion de l'organisme qui offrira le moins de résistance, *pars minoris resistentiæ*; ce sera, dans l'espèce, un organe fatigué par son fonctionnement incessant et de texture élémentaire, le poumon ou la plèvre; au fond, du tissu conjonctif, et rien que cela. Ainsi, dans la pneumonie franche, il y a fièvre *inflammatoire* d'abord, par l'action du froid, je suppose, sur l'organisme entier, la maladie étant générale comme sa cause; puis localisation de l'*impetus* morbide sur le tissu conjonctif du poumon.

Mais le poumon est un organe très vasculaire, où il y a beaucoup de sang, sinon pour la nutrition de l'organe, au moins pour sa fonction; de sorte que la maladie inflammatoire localisée y est très active, dans sa période d'état comme dans sa période de résolution.

Au contraire, les séreuses sont remarquablement pauvres en vaisseaux, l'activité de l'inflammation y est possible au début, et par le fait de l'intensité de la fièvre. (On peut même dire que celle-ci n'est jamais aussi franchement ni aussi violemment inflammatoire que dans la pneumonie; non pas parce que la pneumonie engendre la fièvre inflammatoire, mais parce qu'au

VIII

LES PLEURÉTIQUES

VINGT-SEPTIÈME LEÇON

Maladies aiguës et maladies chroniques. — Maladies locales et maladies localisées. — Organisme sain, plèvre saine, pleurésie aiguë. — Diathèses et maladies chroniques d'emblée. — Organisme malsain, pleurésie chronique. — Comment le médecin peut conspirer avec la maladie. — Mort subite dans la pleurésie. — Pleurésie aiguë ou subaiguë transformée en hydropisie de poitrine. — La thoracocentèse est alors l'unique et radical traitement.

MESSIEURS,

Après la pleurésie, les pleurétiques; après avoir raccordé les lésions avec les signes physiques révélateurs, étudions la façon dont se comportent les individus en présence de l'offense morbide, et voyons ce qu'on peut leur faire.

Ceux qui suivent habituellement notre visite ont pu voir se succéder, à un jour de distance, au n° 28 de notre salle des hommes, deux malades, ayant tous deux une affection de la plèvre, mais de nature bien différente. Le premier avait une *pleurésie aiguë*, le second ce qu'on appelle une pleurésie *chronique*, et qui n'est rien moins que cela; nous le verrons bien.

Il y aurait peut-être ici beaucoup à dire sur les phlegmasies chroniques et sur l'intervention du malade dans la chronicité de sa maladie; beaucoup à dire surtout sur la complicité du médecin, conspirant avec la maladie par une abstention malencontreuse.

D'une manière générale, une maladie aiguë reste telle. Mais il importe de distinguer suivant qu'elle frappe tout l'organisme et

contraire plus intense est celle-ci, plus elle aura de tendance à se localiser dans le tissu conjonctif du poumon.) Puis, la fièvre génératrice tombée ou amoindrie, il y a langueur morbide de la plèvre enflammée par faiblesse native du tissu séreux. Vous comprenez tout ce que peut ajouter à cette langueur morbide la faiblesse radicale de l'individu atteint. De sorte qu'un diathésique n'aura pas une pleurésie comme un non-diathésique; un serofuleux, un goutteux, un rhumatisant, ne sera pas pleurétique à la façon de celui qui n'est rien de tout cela.

Mais même chez l'individu sain, non diathésique et seulement anémique, ou faible, ou momentanément affaibli, l'inflammation de la séreuse n'aura pas l'activité qu'elle posséderait chez un sujet plus robuste, ou chez le même individu, mais qui n'aurait pas été affaibli. La résolution y sera plus lente; et, chose considérable, l'hypémie y persistera un plus long temps en passant du mode phlegmasique au mode hypercrinique; ou, chose plus grave encore, au lieu de sécréter une matière fibrineuse ou fibrino-séreuse dans laquelle nageront des leucocytes en nombre relativement restreint, ceux-ci prédomineront de beaucoup et la pleurésie sera purulente.

Eh bien, c'est précisément dans de tels cas que l'intervention du médecin est nécessaire; s'il ne vient pas en aide au malade, il laisse dévier la maladie et la pleurésie se transforme trop souvent en *hydropisie de poitrine*; ou, ce qui est plus sérieux, l'affection s'éternise et devient une *pleurésie chronique*, ou souvent une pleurésie *purulente*.

Nous allons voir comment notre premier malade a su guérir de sa pleurésie; et comment, au contraire, elle est devenue un hydrothorax chez le second. Nous verrons, dans d'autres leçons, comment se développent certaines pleurésies chroniques, par le fait du malade non moins que du médecin.

Au n° 28 de la salle Saint-Paul entra, le 17 mars, un homme de vingt-huit ans, de haute taille, vigoureusement constitué et très bien portant jusqu'alors.

Récemment arrivé à Paris, il s'y trouva sans ouvrage, et voyant diminuer rapidement le mince pécule qu'il possédait, il mit à se nourrir une excessive parcimonie. A tel point que, dans les qua-

tre jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital, il se contenta de 50 centimes d'aliments par jour. Cette alimentation insuffisante provoqua de la diarrhée, pendant les trois derniers jours. Ce n'est pas tout; l'essentiel étant de ne pas mourir de faim, il réservait tout son argent pour se nourrir et vivait en plein air; il avait élu domicile sous une arche de pont où il passait les nuits, et cela par les froids rigoureux de ces temps derniers.

Sous l'influence combinée d'une alimentation incomplète, d'une habitation ouverte à tous les vents du ciel et d'une diarrhée de trois jours, il devint incapable de résister à l'inclémence des éléments, « prit froid » et eut une pleurésie; mais cette pleurésie — chez un individu de vingt-huit ans, naturellement vigoureux, d'un tempérament nervoso-sanguin, le plus résistant de tous — cette pleurésie, dis-je, était le résultat d'une opportunité morbide accidentelle, elle n'était elle-même qu'un accident. Je ne saurais, en effet, trop le répéter: les maladies aiguës ne sont que des maladies accidentelles, absolument étrangères à l'organisme, et que, par conséquent, celui-ci s'efforce de rejeter loin de lui.

Voici donc ce qui arriva. Cet homme nous est venu avec une peau à peine chaude, un pouls peu fréquent, une température de 37 degrés le matin et de 38 degrés le soir; tels étaient les signes réactionnels.

Voyons maintenant les signes physiques. Vous savez ce que je vous ai dit de la courbe de Damoiseau: qu'elle sert à révéler certains épanchements et à en déduire le diagnostic, comme l'avait fait Damoiseau lui-même, et surtout le pronostic, comme je l'ai fait, moi, allant en cela plus loin que l'inventeur.

Eh bien! cet homme avait la courbe demi-parabolique par excellence, et la hauteur à laquelle se trouvait cette courbe était de 24 centimètres, prise à 10 centimètres en dehors de la colonne vertébrale. Je vous dis aussitôt: « Il n'y a pas là de sérosité ou il n'y en a que très peu; c'est donc une pleurésie fibrineuse, qui marchera très rapidement vers la résolution. Point n'est besoin ici d'opération et le malade guérira par l'application d'un vésicatoire ou deux. »

En effet, le 18 mars au matin, on appliquait un vésicatoire, et le 20 mars, deux jours après, nous constatons que la hauteur de

la courbe, prise sur la même ligne que précédemment, n'était plus que de 10 centimètres. Parallèlement, nous pouvions constater que l'égophonie avait diminué. Ce malade était guéri, messieurs; il n'y avait plus l'ombre de fièvre, presque plus de dyspnée, et il demandait à manger, en des termes même assez impérieux. Son organisme se ressouvenait de ses 50 centimes d'aliments d'autrefois.

Ainsi, vous voyez là une pleurésie aiguë, qui reste aiguë, parce qu'elle est essentiellement accidentelle, et que l'organisme se refuse à la transformer en une fonction morbide permanente. Ceci m'amènera, tout naturellement, à vous parler de notre second malade.

On pourrait dire, messieurs, que les maladies chroniques sont des maladies *diathésiques*, c'est-à-dire qu'elles se développent chez des individus en puissance de diathèse. Vous en pouvez voir déjà un exemple chez cet individu qui, couché d'abord au n° 17, occupe actuellement le n° 27. Cet homme est tuberculeux, et il a eu une pleurésie chronique, par suite de ce vice rédhibitoire de son organisme, la tuberculose. Jamais sa pleurésie n'a été franchement inflammatoire, et il nous a fallu intervenir activement pour l'en délivrer, d'abord par la ponction, puis par des vésicatoires. « Or une maladie chronique d'emblée est une maladie constitutionnelle. » Voilà où j'en voulais venir.

Pour notre second malade du n° 28, il est tout le contraire de son prédécesseur. C'est un homme de cinquante-cinq ans, qui en paraît au moins soixante. Il est né dans d'assez mauvaises conditions; il est lymphatique, cela se voit de prime abord; il a « une mauvaise graisse », comme on dit vulgairement. Dès l'âge de huit ans, il a eu une conjonctivite et une blépharite ciliaire qui sont restées chroniques; c'est donc un scrofuleux, quoique la scrofule se soit bornée chez lui à cette bénigne manifestation. Dès l'âge de quinze ans, il entra dans une chapellerie de province, et vécut depuis lors d'une existence sédentaire, confiné tout le jour dans l'un quelconque de ces étroits ateliers où s'étiolent les êtres humains.

Il avait dix-neuf ans lorsqu'il vint à Paris, et à l'âge de vingt ans il avait déjà une pleurésie qui n'était rien moins qu'une pleurésie ordinaire, puisqu'on lui mit, par applications succes-

sives, plus d'une centaine de sangsues, et qu'on fit suivre d'un séton cette énergique médication. La nature et l'énergie de ce traitement suffirent à faire voir la résistance de cette pleurésie, et sa tendance à la chronicité. Il ne sortit guéri de l'hôpital qu'au bout de trois mois; mais enfin il en sortit guéri, sans épanchement persistant.

C'était il y a trente ans; depuis lors cet homme a toujours mené une existence assez malheureuse. Il y a quatre ans, il eut une hémoptysie qui l'obligea d'interrompre momentanément ses travaux; puis il n'en fut plus question.

Il y a trois mois, il ressentit un point de côté, sans fièvre assez intense pour le forcer à s'aliter; la seule chose qu'il éprouvât était une certaine dyspnée, chaque fois qu'il se livrait à un exercice quelque peu actif.

Enfin ce n'est que depuis un mois qu'il a cessé tout travail à la suite d'un événement terrible qui vint l'avertir de la gravité de son état. Cet événement n'était autre qu'une *syncope*; or, vous savez que la syncope est un accident qui peut résulter de la présence d'un épanchement dans la plèvre; cet homme avait donc probablement, dès lors, dans la poitrine l'épanchement que nous pouvons reconnaître aujourd'hui.

Ainsi, pour résumer en trois phrases tous les antécédents morbides de notre malade: c'est un scrofuleux (il en porte au front l'étiquette sous forme de blépharite), c'est un scrofuleux qui a eu une hémoptysie et deux pleurésies.

Eh bien! rappelez-vous, messieurs, qu'on n'a pas le droit d'avoir de ces récidives, à moins d'être rhumatisant, goutteux, scrofuleux ou tuberculeux, en d'autres termes, et pour condenser ma pensée dans une formule: « Toute maladie qui récidive est une maladie de diathésique. » De sorte que si vous contractez, étant sain d'ailleurs et par le moyen que vous connaissez, au moins de tradition, une blennorrhagie, cette blennorrhagie ne sera qu'un accident qui cédera très facilement et à l'aide d'un traitement fort simple, sagement dirigé. Qu'au contraire pareil événement survienne chez un diathésique, si l'on parvient, après de longs efforts, à débarrasser l'urèthre de sa maladie, elle récidivera avec une déplorable facilité, et sans qu'un nouveau contagé

blennorrhagique soit déposé sur la muqueuse. Il suffira pour cela d'un excès de boisson, d'une fatigue corporelle ou de toute autre cause analogue : c'est là par excellence une véritable récidive, une récidive *per se* de la maladie. Eh bien ! interrogez avec soin les individus chez lesquels pareil fait se produit, interrogez leurs ascendants, et vous verrez qu'ils sont ou goutteux, ou scrofuleux, ou tuberculeux. Mais ce sont là des propositions que j'aurai d'amples occasions de vous démontrer par des faits tirés de la clinique.

Revenons maintenant à notre malade ; voici quelle était sa pleurésie : le poumon gauche était supprimé par l'épanchement. De quelque côté qu'on percutât, en avant comme en arrière, depuis le bas jusques en haut, on ne trouvait plus trace de sonorité ; on ne percevait qu'au point d'élection que je vous ai signalé, à l'angle sterno-claviculaire, le bruit skodique, indice de la présence du moignon pulmonaire. Ce n'est pas tout ; cette pleurésie avait son siège à gauche et devait par suite avoir refoulé le cœur. En effet, la pointe de cet organe, au lieu de battre à 5 centimètres en dehors du sternum à gauche, battait à 4 centimètres et demi en dehors à droite, ayant exécuté ainsi, sous la pression du liquide, un mouvement analogue à celui du battant d'une cloche.

Ainsi, le diagnostic était fait par la percussion ; il fut parfait par l'auscultation ; nous trouvâmes un souffle intense et de l'égo-phonie en avant comme en arrière. Enfin, il n'y avait plus même cette ligne de niveau, indiquée par Piorry et par Damoiseau, comme signe d'un épanchement abondant : tout était plein d'eau.

La situation était périlleuse : ce malade avait déjà eu une syncope, il pouvait en avoir une seconde et en mourir.

On sait, en effet, que la mort subite est une terminaison possible de la pleurésie avec épanchement, et l'on a considéré la syncope comme la cause prochaine de cette mort. Mais y a-t-il toujours syncope dans ce cas, et, si oui, comment se produit-elle ?

Chomel a signalé une première fois le déplacement du cœur et la torsion des gros vaisseaux comme condition matérielle de la mort. Notez qu'il n'y a pas l'ombre de torsion en pareil cas et que le cœur n'est pas plus gêné pour se contracter parce que sa

pointe se dirige à droite, que le sang n'est entravé dans sa marche parce que l'axe des vaisseaux qu'il traverse a changé de direction. L'expérience sur le cadavre démontre, en effet, que le déplacement du cœur de gauche à droite s'effectue sans torsion de l'aorte ni de l'artère pulmonaire, et qu'il n'y a de changé, en pareil cas, que la direction de l'ondée sanguine ; ce qui, au point de vue de l'hydraulique, est absolument sans conséquence. Néanmoins, Chomel l'ayant dit une fois, chacun l'a répété après lui, sans vérifier, ainsi que vous le pouvez faire à mon exemple, qu'il n'y a pas là de torsion vasculaire.

D'ailleurs, il suffirait d'une seule observation de mort subite par épanchement pleurétique à droite pour ruiner cette théorie, et il en existe plusieurs dans la science, entre autres un cas rapporté par le docteur Thibierge, de Paris ; deux cas signalés par le docteur Daga, de Lille, et un troisième par Wetter, de Strasbourg (1).

Mais quel est alors le mécanisme de la mort ? Est-ce par suffocation, syncope ou autrement ?

Un fait certain et qui a été vivement mis en lumière par mon ami le docteur Blachez, c'est la coagulation possible du sang dans la branche de l'artère pulmonaire correspondante au poumon comprimé par l'épanchement, et l'extension possible de la coagulation au tronc de cette artère, ainsi qu'à la branche pulmonaire du côté opposé.

Un malade observé par lui avait une pleurésie à gauche ; l'épanchement était de médiocre abondance, occupant le quart inférieur de la poitrine seulement : le cœur n'était pas déplacé. On avait prescrit des diurétiques et un large vésicatoire. L'état paraissait satisfaisant, lorsque tout à coup, le sixième jour de son entrée à l'hôpital, « trois heures après avoir dîné, on le vit se précipiter au pied de son lit, en proie à une anxiété profonde. Cinq minutes après l'accident, M. Blachez arriva auprès du malade et le trouva dans l'état suivant : il était assis sur son lit, la face anxieuse, profondément altérée, le corps couvert de sueur. La région épigastrique était le siège d'une douleur pongitive, la dyspnée

(1) Mon collègue et ami M. E. Besnier vient d'en observer un autre cas. (*Union médicale*, août 1871.)