

je leur ai donné dans ce livre, comme dans mes leçons cliniques, des développements que je considère comme indispensables, aussi bien à l'éducation du médecin qu'à l'éducation du chirurgien.

Enfin, fidèle aux tendances qui m'ont toujours guidé, j'ai fait marcher côte à côte la pathologie et la clinique, si bien que ce livre pourrait se nommer : *Manuel de pathologie interne et de clinique médicale*.

Toutes ces considérations, je les ai développées dans les deux leçons d'ouverture que j'ai faites en prenant possession des chaires de pathologie et de clinique. Le lecteur trouvera plus loin ces deux leçons, elles résument ma profession de foi médicale, elles sont la synthèse de cet ouvrage.

G. DIEULAFOY.

Paris, Janvier 1904.

---

## LEÇON D'OUVERTURE

### DU COURS DE PATHOLOGIE INTERNE

(25 JANVIER 1887)

---

MESSIEURS,

Il est d'usage, il est de tradition à la Faculté de médecine, qu'en prenant possession de la chaire où il vient d'être appelé, le nouveau professeur inaugure son enseignement par une première leçon qui est, en quelque sorte, un programme et une profession de foi. Dans cette première leçon, il expose ses tendances scientifiques, il juge les progrès accomplis et il développe la méthode qui doit présider à son enseignement.

C'est pour me conformer à cet usage que je vais vous retracer, à grands traits, l'état actuel de la science et vous dire quel doit être, à mon sens, l'enseignement de la pathologie; mais je vous avoue très humblement que ce n'est pas sans appréhension que j'entreprends une pareille tâche, car, à vous parler franc, j'aime mieux faire des leçons que des discours. Aussi me permettez-vous de faire appel à toute votre indulgence, avec l'espoir que votre extrême bienveillance voudra bien suppléer à l'insuffisance de mes efforts.

Mais avant tout, messieurs, mon premier soin doit être de vous témoigner ma bien vive gratitude pour votre réception, dont je suis profondément touché; mon premier devoir doit être d'acquitter d'anciennes dettes de reconnaissance. Des dettes de reconnaissance! j'en ai contracté envers vous, messieurs, envers vous, élèves et étudiants, et envers vos aînés, car je n'ai pas oublié qu'aux jours de lutte, aux jours d'épreuve, vous avez été pour moi un appui solide, un auxiliaire puissant, et l'accueil si flatteur que je viens de recevoir en entrant dans cet amphithéâtre m'a rappelé, une fois de plus, et pour ne jamais l'oublier, quels sont les liens qui nous unissent.

Des dettes de reconnaissance! j'en ai contracté envers mes maîtres, et plus particulièrement envers ceux dont j'ai eu l'honneur d'être, dans les hôpitaux, l'élève et le disciple; j'ai nommé MM. les professeurs Peter, Jaccoud et Potain, qui, par une coïncidence que j'aime à rappeler, m'ont précédé dans cette chaire de pathologie, et tiennent actuellement, comme professeurs de clinique, la tête du mouvement scientifique. Que de fois, aux heures de recueillement et d'étude, j'ai mis à profit leurs conseils! que de fois j'ai pensé à nos matinées d'hôpital, aux longues causeries au lit du malade, à cet enseignement de tous les instants, qui est l'apanage des années bienheureuses de l'internat et qui a sur notre carrière une influence si décisive! C'est pénétré de leurs idées, c'est imbu de leurs principes, que j'ai parcouru la voie qui m'a conduit jusqu'à vous, c'est à eux qu'appartient le meilleur de moi-même, qu'ils me permettent de leur en témoigner ici publiquement mon inaltérable reconnaissance.

Enfin, qu'il me soit donné d'évoquer encore de plus lointains souvenirs. Dès le début de mes études médicales, j'avais lu et relu avec passion les *Cliniques* de Trousseau. Aussi, dès mon arrivée à Paris, comme étudiant de troisième année, je m'empressai de me rendre au vieil Hôtel-Dieu, pour voir et entendre cet homme, dont les ouvrages m'avaient

si fortement impressionné. A dater de ce jour, mon admiration pour Trousseau a toujours été grandissant, et plus tard, devenu son élève et honoré de son amitié, j'ai pu apprécier les ressources sans fin de cet esprit merveilleux et de ce grand cœur. C'était bien là le type du vrai et grand médecin. Observateur sagace, avide de progrès, instruit de toute chose, bienveillant autant que modeste, tel était l'homme qui a créé et vulgarisé les opérations de la thoracentèse et de la trachéotomie, le clinicien qui nous a légué les fameuses pages de la diphthérie, du croup et des fièvres éruptives; le penseur qui écrivant, il y a plus de vingt ans, son chapitre sur la contagion entrevoyait déjà, par une lumineuse intuition, l'avènement de la bactériologie, et prédisait la découverte des micro-organismes de l'infection purulente, de la dysenterie et du choléra!

Voilà, messieurs, à quelle école et par quels hommes a été faite mon éducation médicale; ils ont semé les graines, je n'ai fourni que le terrain.

Maintenant, entrons dans le vif de notre sujet. Nous ne sommes plus à l'époque, époque qui n'est pourtant pas éloignée de nous, où la pathologie était définie « la branche de la médecine qui traite l'étude des maladies ». A cette définition incorrecte et insuffisante M. le professeur Jaccoud, ici même, dans sa magistrale leçon d'ouverture, a substitué la définition suivante: « La pathologie est la science qui a pour objet l'étude des maladies », et cette définition, vous savez avec quel éclatant succès il s'est chargé de la justifier. Oui, la pathologie est une science et une science qui embrasse la médecine tout entière. Les faits sur lesquels elle est édiflée se classent tous les jours avec précision et avec rigueur, et aucun de ces faits, dans la mesure du possible, n'échappe au contrôle anatomique ou au contrôle expérimental. La pathologie prend les maladies à leur début, elle scrute leurs causes prochaines et leurs causes éloignées, elle fait connaître leur marche naturelle, elle analyse leurs signes et leurs symptômes, elle en dégage et le diagnostic

et le pronostic, elle discute et applique le traitement, elle étudie la lésion et la suit dans toutes les phases de son évolution. Chacune de ces propositions mérite d'être développée en détail, et comme j'estime qu'un enseignement doit être fait plus encore pour ceux qui ne savent pas que pour ceux qui savent, nous allons reprendre une à une chacune de ces propositions, nous allons rechercher quel est leur rôle, quelle est leur importance, et quelle part revient à chacune d'elles dans les progrès qu'accomplit actuellement la pathologie. Ainsi présentées, ces considérations seront comme une sorte d'introduction aux études que nous allons entreprendre.

Examinons en premier lieu l'anatomie pathologique, et sans remonter à l'œuvre de Laënnec et de Cruveilhier, prenons l'anatomie pathologique de ces dernières années, si souvent associée à la pathologie expérimentale, et voyons quelle place elle doit tenir dans notre enseignement.

Un grand observateur, un homme qui est une de nos gloires médicales, Duchenne (de Boulogne), venait de faire connaître l'ataxie locomotrice; un peu plus tard il décrivait la paralysie spinale de l'enfance, la paralysie spinale de l'adulte, l'atrophie musculaire progressive, la paralysie glosso-labio-laryngée; mais sans rien enlever au mérite de Duchenne, et pour si saisissantes que fussent ses descriptions, elles n'avaient pas encore été suffisamment soumises au contrôle anatomique, elles manquaient d'une base solide, la nature et l'origine de ces maladies étaient livrées à toutes les hypothèses, et les hésitations ne cessèrent que le jour où l'anatomie pathologique eut rigoureusement assigné à chacune d'elles la place qu'elles occupent actuellement en nosologie.

Dès lors, on ne fut plus exposé à ranger parmi les névroses une maladie des centres nerveux, et l'on ne fut plus tenté de localiser dans le système musculaire une maladie qui a ses origines dans la moelle épinière. De plus, suivant

la méthode habituelle de l'école organicienne de Paris, la topographie des lésions fut étudiée avec une scrupuleuse exactitude, le symptôme fut toujours mis en parallèle avec la lésion, et, sous l'impulsion de M. le professeur Charcot, la pathologie du système nerveux bénéficia largement des études anatomo-pathologiques.

En voulez-vous une preuve? Voyez comment ont été étudiées et classées les maladies de la moelle épinière. L'anatomie pathologique nous a appris que parmi les myélites il en est dont les lésions diffuses sont plus ou moins irrégulièrement disséminées à différents départements de la moelle, tandis qu'il en est d'autres dont les lésions se circonscrivent, se cantonnent à des éléments qui forment dans la moelle des systèmes distincts, d'où le nom de systématiques imposé à ces lésions par M. le professeur Vulpian. On a décrit alors, d'une part, des myélites diffuses, et, d'autre part, des myélites systématiques à lésions systématiques isolées, telles que le *tabes dorsalis* et l'atrophie musculaire progressive, à lésions systématiques combinées, telles que la sclérose latérale amyotrophique; à lésions systématiques secondaires, telles que les scléroses descendantes qui ont leur origine dans des lésions encéphaliques à localisation spéciale. Ainsi ont été constitués des types classiques autour desquels nous pouvons grouper aujourd'hui les formes irrégulières qui s'éloignent parfois tellement du type normal.

Ce que je viens de dire des maladies de la moelle pourrait également s'appliquer à d'autres maladies des centres nerveux. Je n'aurais qu'à vous citer la localisation bulbaire de la paralysie glosso-labio-laryngée, et les localisations concernant les circonvolutions fronto-pariétales et le faisceau pyramidal.

Du reste, l'anatomie pathologique n'a pas limité son influence salutaire aux maladies du système nerveux; cette influence, nous la retrouverons partout.

Voyez les maladies du foie; que savait-on des hépatites

il y a seulement quelques années? A part la cirrhose vulgaire, dont on ignorait du reste le processus intime, le chapitre des hépatites était un véritable chaos. L'anatomie pathologique intervient, aidée de la pathologie expérimentale; elle dégage d'abord les types extrêmes, c'est-à-dire la cirrhose atrophique, à laquelle elle assigne une origine veineuse, et la cirrhose hypertrophique, à laquelle elle assigne une origine biliaire; elle classe sous le nom de cirrhoses mixtes les types intermédiaires; elle étudie les hépatites parenchymateuses, les lésions connexes ou secondaires, les altérations graisseuses, l'adénome, et, bien que ces problèmes, pour la plupart si complexes, ne soient pas encore complètement résolus, l'anatomie pathologique nous a du moins mis en main les moyens de les résoudre.

Je crois inutile de multiplier les exemples; l'anatomie pathologique a une telle importance que dans nos études elle occupera souvent le premier rang; car, sans elle, bien des descriptions pathologiques iraient à la dérive.

Passons actuellement à une seconde proposition, celle qui concerne la description des maladies. La description d'une maladie repose sur l'étude de ses signes et de ses symptômes: c'est la sémiologie. Mais, pour décrire une maladie, il ne suffit pas d'énumérer un à un chacun de ses symptômes, il faut faire apparaître le symptôme au moment voulu; il faut, suivant son importance, lui donner une situation prépondérante ou le reléguer au second rang; il faut l'analyser dans ses moindres détails et savoir l'associer à tel autre symptôme qui double sa valeur. Ce qui importe donc dans la description d'une maladie, ce n'est pas seulement d'en connaître les éléments, c'est encore de coordonner ces éléments, dans le but de rendre saisissant le tableau de la maladie et de préparer ainsi les voies du diagnostic.

Sur ce terrain, la pathologie confine à la clinique. On a souvent établi entre la pathologie et la clinique un paral-

lèle que vous connaissez; on a dit que la pathologie étudie les maladies, tandis que la clinique étudie les malades; je veux bien accepter les termes de cette comparaison, mais, en vérité, c'est là une question de mots, et il ne me sera pas difficile de vous démontrer que la pathologie et la clinique sont unies par les liens les plus étroits.

Que le professeur de clinique qui retrace l'histoire d'un malade s'applique surtout à faire ressortir les conditions individuelles de son malade, qu'il recherche en quoi et pourquoi ce malade diffère de tant d'autres qui sont atteints de la même maladie, c'est en effet son rôle de clinicien; mais, pour apprendre à ses élèves en quoi le malade en question se rapproche ou s'éloigne du type classique, le professeur de clinique est bien obligé de faire une incursion sur le domaine de la pathologie, car nul ne connaît les exceptions s'il ignore les règles, et l'on n'a une idée bien nette de la valeur des choses qu'en procédant par comparaison.

Par contre, le professeur de pathologie qui décrit une maladie ou qui discute un diagnostic doit souvent faire appel à la clinique, afin de choisir pour ses exemples, non pas un type de convention, mais un type pris « sur nature », c'est-à-dire tel ou tel malade qu'il a observé, et dont le type s'adapte parfaitement aux besoins de son enseignement. Cela est si vrai, que je ne vois pas bien ce que serait un professeur de pathologie qui ne serait pas en même temps médecin d'hôpital; et, en ce qui me concerne, je vous déclare que j'aurais beau lire et compulser tous les documents qui ont trait aux maladies que je dois vous décrire, il me serait impossible d'être bien pénétré de mon sujet, si ce sujet n'était préparé de longue date au lit du malade, et si je ne me retrempais continuellement aux sources vivifiantes et toujours inépuisables de la clinique.

Vous-mêmes, messieurs, quand vous avez lu un chapitre

de pathologie, vous n'avez une idée bien exacte de la maladie que vous venez d'étudier que lorsque vous en faites l'application sur le malade, et réciproquement, après avoir examiné un malade, vous avez hâte d'ouvrir un traité de pathologie, pour compléter ce que votre examen clinique peut avoir méconnu, ou pour embrasser dans son ensemble une maladie dont vous n'avez vu qu'un des côtés.

La pathologie et la clinique sont donc tributaires l'une de l'autre, elles se complètent et se font de mutuels emprunts.

En associant, dans le sens que je viens de vous indiquer, l'étude de la clinique à l'étude de la pathologie, on rend cette dernière plus vivante, plus attrayante, et l'élève, tout en étudiant la maladie, prend l'habitude de penser au malade; il commence de bonne heure ce long apprentissage, hérissé de difficultés, qui finira par faire de lui un pathologiste et un clinicien.

En ouvrant un traité de pathologie, on dirait au premier abord que l'étude en est simple et que l'application en est facile, et beaucoup d'étudiants, escomptant les années qu'ils ont devant eux, renvoient à plus tard ce côté de leurs études. C'est une grosse erreur; je voudrais que l'étudiant, dès ses premières inscriptions, commençât à se familiariser avec les applications réciproques de la pathologie et de la clinique. L'attrait et l'importance des découvertes récentes et l'impulsion donnée, à juste titre, à certaines branches des sciences médicales ne doivent jamais vous faire perdre de vue l'étude symptomatique des maladies; sans quoi vous verrez à quelles difficultés vous vous heurterez dès que, livrés à vous-mêmes, vous aurez à supporter la responsabilité d'un diagnostic, vous verrez à quels déboires vous serez exposés, et, ce qui est pire, vous verrez quels reproches votre conscience vous infligera.

Et c'est parce que je parle devant un auditoire composé d'étudiants qui sont, beaucoup d'entre eux du moins, au

début de leurs études, que je voudrais les bien pénétrer de l'extrême importance de la sémiologie. Veuillez donc, je vous en prie, me prêter votre attention, veuillez écouter les quelques observations que je vais vous citer; ces observations, mieux encore que les plus belles paroles, pourront, je l'espère, vous démontrer la vérité de ce que j'avance.

Voici une première observation. Un jeune garçon de quatorze ans, peu développé pour son âge, avait depuis quelques mois des indigestions qui survenaient la nuit à intervalles plus ou moins éloignés. Ajoutez à cela que cet enfant se plaignait de maux de tête, surtout au moment de ses indigestions. Sachez seulement que sa mère était rhumatisante, et vous ne trouverez pas trop déplacé qu'on eût porté, tout d'abord, le diagnostic de dyspepsie migraineuse chez ce jeune garçon voisin de la puberté et issu de souche arthritique.

Un traitement fut institué, dans lequel les alcalins et les toniques jouaient le principal rôle; le régime alimentaire fut sévèrement surveillé, on supprima presque complètement les aliments gras et les aliments féculents, l'enfant dut modérer son travail et faire beaucoup d'exercice en plein air. Mais, en dépit de ce sage traitement, la situation s'aggravait, les maux de tête devenaient plus fréquents et plus tenaces, l'enfant avait mauvaise mine; il perdait l'appétit, il maigrissait à vue d'œil, son caractère se modifiait et son intelligence n'avait plus la même vivacité. Alors le diagnostic prit une autre direction; la céphalalgie, les vomissements et l'amaigrissement éveillèrent des soupçons de méningite tuberculeuse; le médecin fit part de ses craintes à la famille, et les parents, extrêmement alarmés, demandèrent une consultation.

Vous allez voir, messieurs, qu'on avait suivi une fausse piste, et cela parce qu'on avait une mauvaise sémiologie; on avait fait une mauvaise sémiologie parce qu'on s'était contenté d'enregistrer les différents symptômes sans recher-

cher, par une enquête minutieuse, ce que chacun de ces symptômes pouvait présenter de particulier. A ne considérer que la céphalalgie, les vomissements, la déchéance physique et intellectuelle du petit malade, il est certain que les soupçons de méningite tuberculeuse ne paraissaient pas dénués de logique, mais, en fouillant avec soin chacun de ces symptômes, vous allez voir qu'on devait en dégager une autre idée, et cette idée va nous aider, chemin faisant, à formuler notre diagnostic.

L'enfant, disait-on, vomissait parfois ses aliments, mais remarquez que ces vomissements n'avaient jamais lieu dans la journée : ils survenaient la nuit, et ils survenaient brusquement, en plein sommeil, sans nausées, sans malaise, sans avoir été annoncés par aucun prodrome. Muni de ce premier renseignement, dont l'importance est capitale, le médecin consultant, désirant avoir les détails les plus circonstanciés, fit appeler une gouvernante qui avait été plusieurs fois témoin des indispositions de l'enfant ; il l'interrogea, il la fit causer, et il finit par dégager ce fait important, dont on ne s'était pas préoccupé, que l'enfant avait si peu conscience de ses vomissements qu'il se réveillait à peine, et qu'on pouvait le laver et le changer de linge sans qu'il en conservât le lendemain matin le moindre souvenir.

Eh bien, messieurs, avant d'aller plus loin, est-ce que vous trouvez que le symptôme vomissement ainsi présenté ressemble au vomissement de l'indigestion, de la migraine et de la méningite tuberculeuse ? Nullement : l'apparition nocturne de ces indispositions, leur soudaineté, la perte de connaissance, la perte de souvenir, tout cela éveille bien mieux l'idée d'une autre affection, et je suis convaincu que beaucoup d'entre vous sont en train de se dire que cet état-là ressemble singulièrement à l'épilepsie.

C'est, en effet, dans ce sens que le médecin consultant continua son enquête, et il put dégager cet autre fait impor-

tant, que la céphalalgie et la torpeur intellectuelle n'étaient jamais plus accusées que le lendemain de ces indispositions. Alors on fit comparaitre le petit malade, qui avait eu justement son indisposition la nuit précédente, on rechercha les différents signes se rapportant à l'épilepsie, et l'on constata une très légère morsure à la langue, et quelques taches ecchymotiques sur la joue droite autour de l'œil. On apprit également que l'enfant avait eu deux ou trois fois, ces temps derniers, de l'incontinence nocturne d'urine. Ces derniers signes, la morsure de la langue, les taches purpuriques du visage, l'incontinence d'urine, étaient significatifs ; associés aux autres symptômes, ils confirmaient le diagnostic, et ils permettaient d'affirmer que cet enfant, qui dépérissait depuis un an, avait, à l'insu de tous, des attaques nocturnes d'épilepsie.

A ce mot d'épilepsie, la famille se récrie et ne veut pas admettre le diagnostic : « Comment ! dit la mère, mon fils épileptique ; jamais ! » Mais les médecins exigent qu'une garde soit placée en permanence, toutes les nuits, près de l'enfant, pour surveiller ses moindres mouvements, et quinze jours après il fallait bien se rendre à l'évidence : on était témoin d'une violente attaque d'épilepsie accompagnée de vomissements.

C'était le triomphe du diagnostic, mais attendez la fin. Comme il n'y avait chez les parents aucune névrose capable d'expliquer l'hérédité épileptique, et comme, d'autre part, il est rare que l'épilepsie vraie attende pour se produire l'âge de quatorze ans, le médecin pensa aussitôt à la possibilité d'une épilepsie secondaire, et l'épilepsie syphilitique, la plus fréquente des épilepsies secondaires, se présenta aussitôt à son esprit.

Le diagnostic pathogénique fut donc dirigé dans ce sens, et l'on rechercha chez cet enfant des traces de syphilis, héréditaire ou acquise. On ne trouva aucun reliquat de manifestations syphilitiques du premier âge ; on s'adressa

aux signes qui forment la triade d'Hutchinson et qui sont les témoins de la syphilis héréditaire; deux de ces signes faisaient défaut, car l'enfant n'avait jamais eu ni lésions oculaires, ni lésions auriculaires, mais les malformations dentaires étaient si typiques, si caractéristiques, qu'il n'y avait pas d'hésitation possible sur l'existence chez cet enfant d'une syphilis héréditaire dont le père était du reste le facteur. Dès lors, le diagnostic apparaissait dans toute sa netteté: cet enfant était atteint d'attaques nocturnes d'épilepsie syphilitique résultant d'une syphilis cérébrale tardive.

Le traitement fut institué aussitôt dans toute sa rigueur, et le résultat fut véritablement merveilleux: en quelques semaines, vous entendez bien, en quelques semaines, la situation fut absolument modifiée; en quelques mois, les attaques épileptiques et les vomissements disparurent; de la céphalalgie il ne fut plus question; l'enfant reprit son développement physique et intellectuel, et une véritable métamorphose s'accomplit. Voilà comment une erreur de diagnostic, basée sur une sémiologie mal interprétée, eût conduit cet enfant à une situation des plus graves, peut-être à l'idiotie ou à la mort, et comment le diagnostic basé sur une sémiologie bien raisonnée le rendit à la santé et à la vie.

Avais-je raison, messieurs, de vous parler de l'importance de la sémiologie? J'aurai souvent l'occasion d'insister sur des faits du même ordre, car il faut la bien connaître, cette syphilis héréditaire tardive, qui peut éclater après des périodes silencieuses de quinze, vingt et même de trente années, ainsi que nous l'ont appris les remarquables travaux de M. le professeur Fournier.

Veillez maintenant écouter cette deuxième observation, elle a trait à une question d'un autre genre. Un homme d'une quarantaine d'années, de très bonne santé habituelle, a été pris, il y a quelques jours, de frisson, de fièvre, et un

point de côté s'est déclaré sous le sein gauche. Ce point de côté, exaspéré par les saccades de toux et par les fortes inspirations, a été combattu par un vésicatoire et par des piqûres de morphine. Il n'y a pas eu d'expectorations et la fièvre est restée modérée, car la température vespérale n'a jamais dépassé 39 degrés.

A l'auscultation, on entendait les premiers jours, à la base gauche de la poitrine et sous l'aisselle, une sorte de bruit tenant le milieu entre le frottement et le râle, moins sec toutefois que le râle crépitant et s'entendant aux deux temps de la respiration. Ce signe stéthoscopique, joint à l'absence d'expectoration, avait fait porter le diagnostic de pleurésie, ce qui était en effet le véritable diagnostic.

Actuellement, c'est-à-dire au septième jour de la maladie, la percussion dénote de la matité à gauche, aux deux tiers inférieurs de la poitrine, et du son skodique à la région claviculaire du même côté. A l'auscultation, on perçoit un souffle assez fort, prédominant à l'expiration, de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone. A la palpation, les vibrations thoraciques sont abolies dans la région correspondant à la matité. Le cœur est dévié à droite et bat sous le sternum.

Le cas est classique, il est des plus simples, et vous avez reconnu tous les signes de la pleurésie aiguë avec épanchement. On peut même ajouter que la pleurésie est de bonne nature, car ses allures sont des plus franches, et rien dans les antécédents du malade ni chez ses ascendants ne permet de soupçonner la moindre tare tuberculeuse.

Après une douzaine de jours, le malade se sent notablement amélioré: la douleur a depuis longtemps disparu, la fièvre est très modérée, la température du soir ne dépasse pas 38 degrés, la respiration est excellente, c'est à peine si l'on compte vingt à vingt-quatre respirations par minute. Seulement, comme l'épanchement est toujours abondant, on applique un second vésicatoire. On gagne ainsi sans autre incident le seizième jour de la pleurésie; le malade se trouve

fort bien, l'appétit commence à revenir, on entrevoit la guérison prochaine; si bien que famille, malade et médecin se félicitent et sont tous dans une quiétude parfaite sur l'issue de la maladie. Le médecin déclare même qu'il n'est plus utile de voir le malade tous les jours et il ajourne sa visite au surlendemain. Mais voilà que tout à coup un drame se déroule : sans avertissement et sans prodromes, le malade est pris d'une sorte de défaillance et il meurt subitement; il meurt foudroyé, alors que la veille encore le médecin déclarait à la famille que le malade ne courait aucun danger et qu'on pouvait compter sur une prochaine guérison.

Eh bien, messieurs, que faut-il penser de ce dénouement? Le médecin, responsable de la vie qu'on lui a confiée, ne pourrait-il pas éviter une pareille catastrophe? Je n'hésite pas à répondre oui dans la très grande majorité des cas. Et remarquez, messieurs, que je ne cherche ici à incriminer personne, bien loin de moi cette pensée, car je devrais alors commencer par m'accuser moi-même, ayant eu, moi aussi, dans mon service, à l'hôpital, un cas de mort subite dans des conditions que je vous raconterai un jour. Mais je veux que vous sachiez bien que la mort subite est plus fréquente, beaucoup plus fréquente que vous ne pensez, au cours de la pleurésie aiguë, et, ce que vous devez savoir également, c'est que ce terrible événement, grâce à une bonne sémiologie, peut être évité dans la très grande majorité des cas.

Quelle que soit la théorie qu'on invoque pour expliquer le mécanisme de cette mort subite, la cause première vient de la quantité de liquide épanché. Tant que le liquide épanché reste au-dessous de 16 à 1800 grammes, les observations sont là pour le prouver, il est absolument exceptionnel qu'on ait à redouter un accident; mais tout pleurétique dont le liquide atteint ou dépasse 1800 grammes est exposé à mourir subitement.

C'est donc à vous, messieurs, vous, médecins responsables,

de surveiller attentivement, jour par jour, la quantité du liquide épanché. Or, pour évaluer la quantité du liquide épanché, ne vous en rapportez jamais à l'état d'oppression du malade, n'oubliez pas que la dyspnée est un mauvais guide, c'est un signe trompeur, car vous verrez bien des pleurétiques qui ont plus de 2 litres de liquide dans la plèvre, qui sortent et qui marchent, malgré leur épanchement, sans en éprouver une gêne notable. Ne vous en rapportez pas davantage à l'état de la température, car le thermomètre baisse souvent, et la fièvre tombe alors que l'épanchement fait des progrès. Pour évaluer la quantité du liquide épanché, ne vous en rapportez qu'aux signes fournis par la percussion et l'auscultation.

Avec l'habitude, vous arriverez à évaluer à 100 grammes ou à 200 grammes près le volume de l'épanchement, et, lorsque le niveau de la matité, la transformation du son skodique, la nature du souffle, le déplacement des organes, la déviation du cœur pour la pleurésie gauche, lorsque ces différents signes vous permettront de supposer que l'épanchement atteint des proportions qui peuvent compromettre la vie du malade, faites part de la situation à l'entourage du malade, faites-le avec toute l'autorité dont vous ne devez jamais vous départir, et proposez la thoracentèse comme l'unique moyen de conjurer le péril.

Alors vous retirez un litre de liquide, ce qui est aussi simple qu'inoffensif, avec l'aiguille aspiratrice, et si la thoracentèse n'est pas acceptée, eh bien, vous aurez du moins dégagé votre responsabilité, vous aurez plaidé la bonne cause, et vous n'aurez rien à vous reprocher en cas de malheur. Voilà, messieurs, à quoi vous servira une étude approfondie de la sémiologie.

Encore une observation, ce sera la dernière. On vient vous demander votre avis pour une jeune femme de trente ans, atteinte de chloro-anémie. Vous vous rendez auprès de la malade, et le médecin qui la soigne vous fait l'énumération



des principaux symptômes. Vous apprenez que cette jeune femme est sujette depuis quelque temps à des essoufflements et à des battements de cœur, elle se plaint de maux de tête, de dégoût pour les aliments, de faiblesse et de fatigue, symptômes qui sont, en effet, habituels aux états chloro-anémiques. On ajoute même qu'il existe à la base du cœur un bruit de souffle, le souffle de l'anémie. L'examen du sang et la numération des globules n'ont pas été pratiqués. On a combattu cet état anémique par les préparations ferrugineuses et arsenicales, on a envoyé la malade aux eaux de Spa, on lui a conseillé une forte alimentation, des viandes saignantes, des vins généreux, mais sa santé est loin de s'améliorer, elle se sent dépérir, elle est d'une faiblesse excessive, elle est haletante dès qu'elle veut faire le moindre effort, et son état inspirant de vives inquiétudes, car on a prononcé le mot d'anémie pernicieuse, on vous a prié de venir donner votre avis et vos conseils.

Pendant qu'on vous retrace l'histoire de la maladie, vous observez cette jeune femme au teint pâle et aux muqueuses décolorées; vous trouvez, en effet, qu'elle a l'aspect d'une anémique, mais non celui d'une chlorotique, et sachant combien sont fréquentes les anémies secondaires, car il en est des fausses anémies comme des fausses chloroses, vous vous apprêtez à faire un examen approfondi de tous les organes, et avant de revenir sur les symptômes qu'on vous a énumérés, vous examinez d'abord la malade, et vous commencez votre examen par l'auscultation du cœur, où un souffle anémique vous a été signalé.

Mais à peine avez-vous placé le stéthoscope sur la région précordiale, qu'un doute naît dans votre esprit. Ce bruit de souffle à la base du cœur, est-ce bien un bruit de souffle? Vous constatez, en effet, un bruit morbide, mais un examen prolongé vous permet d'affirmer que ce bruit est formé par un dédoublement du premier temps. Pour une oreille peu exercée ou peu attentive, ce bruit simule une espèce de souffle; mais vous, qui avez fait de la sémiologie une

étude approfondie, vous retrouverez là un bruit de galop, le bruit de galop spécial aux néphrites, dont nous devons la connaissance à M. le professeur Potain, et, avant de poursuivre votre examen, vous vous dites déjà que cette malade qu'on vous présente comme une chloro-anémique est très probablement une brightique.

Alors vous reprenez un à un chacun des symptômes qu'on vous a signalés, l'essoufflement, les maux de tête, les battements de cœur, les troubles digestifs; ces symptômes sont, en effet, communs à la chloro-anémie et au brightisme, mais ils ont dans l'un et l'autre cas des caractères spéciaux qu'il faut savoir distinguer. Et, en effet, après un interrogatoire minutieux, vous trouvez que les accès d'oppression dont se plaint la malade ressemblent à la dyspnée des urémiques et non à l'essoufflement des chloro-anémiques; son mal de tête a bien plus d'analogie avec la céphalée des brightiques qu'avec la céphalalgie de l'anémique.

Dès lors, vous poursuivez l'enquête dans le sens de la maladie de Bright, et vous en recherchez les signes classiques, les œdèmes et l'albuminurie. Mais ces signes font défaut, la malade n'a jamais eu ni œdème aux jambes, ni bouffissure du visage; vous faites, séance tenante, l'analyse des urines, et vous n'y trouvez point d'albumine.

Toutefois, de cette absence d'œdème et d'albumine, allez-vous conclure que la malade n'est pas brightique et allez-vous abandonner votre diagnostic? Non certes. Malgré l'absence actuelle d'œdème et d'albumine, vous n'abandonnez pas l'idée de la possibilité d'un mal de Bright, car il est bien démontré aujourd'hui que les œdèmes et l'albuminurie peuvent faire défaut, du moins pour un temps, dans le cours de certaines néphrites.

Vous recherchez ailleurs la confirmation de votre diagnostic, vous interrogez votre malade au point de vue des petits accidents du brightisme, et ces petits accidents, vous