

foie, rate et reins. J'engageai surtout à continuer l'emploi de la quinine et des préparations de quinquina, sans déguiser à mes honorables amis MM. Bouillé et Simon, ce qu'ils savaient aussi bien que moi, le péril où se trouvait le malheureux jeune homme.

Or, cinq jours plus tard, le 23 juillet, il succombait au milieu des symptômes d'une congestion pulmonaire brusquement survenue dans la nuit du 22, avec hémoptysies répétées, dyspnée rapidement croissante et pluie de râles envahissant bientôt la totalité des voies aériennes.

Ainsi, ce jeune malade mourut trente-quatre jours après une rechute de son rhumatisme et une aggravation concomitante de son endocardite. Mais est-il possible de préciser l'époque où celle-ci est devenue ulcéreuse? Ce qu'il y a eu de remarquable dans cette observation, c'est que les accidents ont marché d'une façon qui n'avait rien de foudroyant; il n'y avait pas de fièvre continue, mais des accès irréguliers. Ce qu'il y a eu de plus remarquable encore, c'est que la première atteinte de rhumatisme était survenue, ainsi que je l'appri à Semur, à la suite d'une blennorrhagie mal soignée.

VI

LES POINTS DE CÔTÉ

VINGTIÈME LEÇON

Point de côté par FRACTURE DE CÔTE OU DE CARTILAGE COSTAL; — par COLIQUE HÉPATIQUE; — par NÉURALGIE INTERCOSTALE. — LES FAUSSES MALADIES DU CŒUR. — LES FAUSSES MALADIES DU SEIN. — Points de côté du ZONA.

MESSIEURS,

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'un fait de pratique commun, sans être vulgaire, et qui tire son intérêt de sa fréquence même. Je veux vous parler des *points de côté*. En d'autres termes, « un malade ayant un point de côté, quelle est son affection? »

Vous n'ignorez pas, en effet, que c'est presque toujours ainsi que se pose à vous le problème clinique. Le symptôme le plus tapageur étant celui qui parle le plus haut, c'est de lui que se plaint surtout et d'abord le malade, lequel ne fait point de théorie, se préoccupe peu de la genèse de son mal, et, dans l'exposition de son cas, s'astreint médiocrement à la logique des causes et des effets. Il souffre, se plaint de ses souffrances et veut qu'on l'en délivre, la douleur étant pour lui tout son mal. De sorte que, si c'est d'un point de la poitrine qu'il souffre, « il a un point de côté, » et n'a que cela. Pour vous, c'est autre chose. Cette douleur n'étant qu'un effet, de cet effet quelle est la cause? Eh bien, nous allons essayer de résoudre ce problème, et les éléments de solution ne nous font pas défaut.

Je commence par la malade couchée au n° 9 de la salle Saint-

Charles. Il y a quelques jours qu'elle entra pour un violent point de côté. Je la trouvai le lendemain matin en proie à une douleur tellement poignante du côté droit de la poitrine, qu'elle suspendait à mi-chemin ses mouvements respiratoires et s'efforçait d'immobiliser avec son bras la base de son thorax.

Quant aux renseignements qu'elle nous donnait, ils étaient des plus contradictoires : tantôt elle disait être tombée, la veille au matin, sur le dos, dans son escalier, et puis, dans la soirée, elle avait été prise de douleurs ; tantôt elle disait que son malaise avait débuté plusieurs jours auparavant et qu'elle avait eu un frisson initial ; puis elle disait n'en avoir pas eu. Peut-être cette incohérence tenait-elle à un état légèrement ébrié, lequel était, comme pour le valet de Beaumarchais, « un reste de la veille ».

Dépit par ces contradictions et pressé par le temps (c'était un jour de leçon clinique), j'allai au plus pressé. Il était évident que cette femme souffrait : sa respiration était pénible, sa voix entrecoupée. Avait-elle de la fièvre ? Le doigt mis sur l'artère radiale m'apprenait que le pouls n'était pas accéléré ; la main appliquée sur sa peau, que la température n'était pas augmentée ; donc il n'y avait pas de fièvre et par suite pas de phlegmasie. Maintenant, cette douleur dérivait-elle d'une affection des voies respiratoires ? S'il y avait de la dyspnée, au moins la malade ne toussait pas. De sorte que les voies respiratoires devaient être rapidement mises hors de cause. Mais cette femme soutenait de sa main la base droite de son thorax, mais elle avait des habitudes d'ivrognerie, ce qui me conduisit à penser à une *hépatalgie* d'origine alcoolique.

Vous n'ignorez pas, en effet, que des substances irritantes, comme le sont les liquides alcooliques, et le plus ordinairement mêlées à d'autres plus irritantes encore, peuvent, chez certains sujets, en traversant la veine porte et en imbibant cette éponge vasculaire qu'on appelle le *foie*, y déterminer de la douleur : cela résulte des intéressantes recherches de Beau. A l'état aigu, l'ictère crapuleux (*a nimio potu*) n'a pas d'autre origine et — à l'état chronique par suite de la chronicité même des habitudes alcooliques — la cirrhose a la même pathogénie.

Or, qu'il y eût de l'ivrognerie dans l'espèce, le fait ne pouvait

être mis en question : d'abord la malade avait du tremblement des mains qu'elle attribuait à l'émotion et que je rapportais, moi, à l'alcoolisme, autorisé que j'étais par le tremblement simultané et accusateur des lèvres et de la langue. De plus, les vaisseaux de la conjonctive étaient fort injectés et l'œil avait cet aspect brillant et presque larmoyant que donnent les habitudes bachiques. D'un autre côté, son squelette portait les traces de très nombreuses fractures ; chacun de ses radius, entre autres os, avait été brisé à son extrémité inférieure, ainsi que le démontrait la déformation consécutive et caractéristique des poignets. Une femme n'a pas le droit d'avoir autant de fractures que cela ; de telles lésions prouvaient des chutes violentes, et ces chutes, une infraction aux lois de l'équilibre non moins qu'à celles de la sobriété.

Ce qu'il y avait de plus évident, dans l'état actuel, c'était la douleur. Je résolus de la combattre, en attendant que je pusse poser un diagnostic définitif. En conséquence, je prescrivis l'application immédiate, à la base droite de la poitrine, de six ventouses scarifiées qui soulagèrent considérablement la malade.

A la visite du lendemain, je résolus d'être complètement édifié sur ce cas, et recommençai mon interrogatoire à nouveau. Il était certain que cette femme était tombée sur le dos, dans son escalier, et n'avait pas ressenti d'abord grande douleur de sa chute ; ce qui peut s'expliquer par l'anesthésie de l'ivresse. Mais le soir le point de côté devint tel, que la malade, en proie à l'angoisse respiratoire, fut admise d'urgence à l'hôpital ; et son cas semblait tellement médical, qu'elle fut placée dans un service de médecine et non de chirurgie.

Examinant plus à loisir, je fis mettre à nu la poitrine — qui était démesurément grasse — et précisant de plus en plus le siège de la douleur qui n'avait plus la même diffusion que la veille, je promenai successivement le pouce sur les côtes de haut en bas ; mais, arrivé sur la quatrième côte, ma pression arracha un cri de souffrance. Alors, appliquant mes deux mains, l'une en arrière, l'autre en avant de la poitrine, je fis tousser la malade, et je perçus une légère crépitation dans le voisinage de la suture chondro-costale. Enfin, en arrière, je découvris une

ecchymose, toujours au niveau de la quatrième côte; de sorte qu'il y avait probablement sinon une fracture de cette côte à sa partie antérieure, au moins un *décollement* ou une *rupture du cartilage costal*, car la crépitation n'était pas sèche, elle ne se percevait pas dans tous les mouvements, même exagérés de la poitrine, et la douleur était le plus aiguë au niveau du cartilage.

Ainsi ce n'était pas le foie qui souffrait, la douleur siégeait trop haut dans la poitrine. Il ne s'agissait pas non plus d'une névralgie intercostale: les points d'élection des foyers de douleur antérieur et postérieur faisaient défaut, et d'ailleurs la douleur n'existait pas au niveau des parties molles dans l'espace intercostal, mais elle se faisait sentir sur un arc osseux correspondant. En résumé, voilà donc un point de côté symptomatique d'une *fracture de côte*, ou mieux d'un *cartilage costal*.

Un bandage de corps solidement fixé a suffi au traitement; la douleur étant déjà notablement amoindrie par les ventouses de la veille.

Mais ce n'est pas que cette femme n'eût pu avoir une *névralgie intercostale* consécutive à une *colique hépatique*, la chose est si peu impossible — et pour mieux dire si fréquente — que vous en voyez actuellement un exemple chez la malade couchée au n° 38 de la même salle. Ici la colique hépatique n'est pas plus douteuse que sa cause: il y a quinze jours que la malade est entrée en proie à une vive douleur d'un certain point de l'hypochondre droit situé un peu au-dessous de la dernière fausse côte, sur une ligne verticale intermédiaire à l'aisselle et au mamelon, c'est-à-dire sur un point correspondant exactement à la vésicule du fiel et au canal cholédoque; douleur exaspérée par les mouvements respiratoires et surtout par la toux. A ce véritable *point de côté inférieur*, survenu tout à coup, s'étaient ajoutés successivement des vomissements, puis de l'ictère, et enfin, pour qu'il n'y eût pas de doute quant à la réalité non plus qu'à la cause matérielle de cette colique hépatique, les matières fécales furent tamisées, et des calculs biliaires y ont été recueillis, au nombre de plus de quarante. Eh bien, chez cette malade, indépendamment de la douleur d'élection au niveau de la vésicule du fiel, il existe une

névralgie intercostale, d'origine réflexe, siégeant dans les huitième, septième et sixième espaces intercostaux droits. Névralgie caractérisée, pour la malade, par un endolorissement diffus de la base droite du thorax, avec foyers d'exacerbation en certains points, qui sont ceux d'émergence des nerfs intercostaux; névralgie caractérisée, pour vous, par ces signes mêmes, ainsi que par la douleur à la pression des quatre apophyses épineuses correspondantes à ces trois espaces douloureux.

D'ailleurs, il est bien évident que ces douleurs ne sont point le symptôme d'une *névralgie diaphragmatique*, assez souvent la conséquence d'une violente colique hépatique, et par simple propagation de l'irritation, devenue phlegmasique, du foie au péritoine d'enveloppe, et de celui-ci au nerf phrénique. Cela est évident, vous dis-je, parce que la pression des insertions diaphragmatiques n'éveille point de douleur, parce que la compression du nerf phrénique n'en provoque pas davantage, parce qu'enfin il n'y a pas de douleur à l'épaule droite.

Mais ce n'est pas tout: cette névralgie intercostale existe aussi *du côté gauche* chez notre malade, et la chose devient ici plus complexe, comme la pathogénie différente. Il y a neuf ans qu'à la suite d'une affection utérine cette malade eut d'abord une névralgie iléo-lombaire, si commune en pareil cas, et qui est alors à l'affection de l'utérus ce que la névralgie des espaces intercostaux, comme dans le cas actuel, est à l'affection du foie, un phénomène réflexe de voisinage — la réaction sympathique du contenu sur le contenant. Puis survint de la dyspepsie, puis de l'anémie, puis enfin une névralgie intercostale symptomatique de cette anémie et se manifestant à gauche, ainsi qu'il est habituel aux névropathes. Il n'y a pas à douter d'ailleurs qu'elle n'eût été dyspeptique et anémique. Le diagnostic fut fait alors par un médecin très distingué, Becquerel, qui la soumit, avec un plein succès, à la médication si rationnelle en ce cas de l'hydrothérapie; de sorte qu'en résumé il se pourrait bien faire que cette malade eût ses points douloureux: au niveau de la vésicule biliaire, certainement à la colique hépatique; au niveau des derniers espaces intercostaux *droits*, probablement à une névralgie réflexe symptomatique de cette colique; et enfin au niveau des espaces in-

tercostaux *gauches*, probablement encore à la dyspepsie et à l'anémie, dans lesquelles cette colique l'a de nouveau jetée.

Tout cela n'est que curieux ; mais voici qui est plus utile : je veux vous parler des *fausses maladies du cœur*.

Nous venons de voir que la névralgie intercostale d'autrefois, et qui était symptomatique de l'anémie, cette malade l'avait ressentie à gauche, et je vous ai dit que le fait était habituel ; eh bien, vous serez fréquemment consultés par des malades qui vous aborderont pleins de tristesse, en vous disant qu'ils souffrent cruellement d'une *maladie du cœur* et en vous désignant du geste non pas leur région sus-mamelonnaire ou sternale, mais leur région sous-mamelonnaire gauche, c'est-à-dire leur cinquième espace intercostal, qui correspond, comme vous savez, à la pointe du cœur, mais du cœur non hypertrophié. A quoi vous pouvez leur répondre hardiment et sans auscultation préalable, que puisqu'ils souffrent en ce point, c'est qu'ils n'ont vraisemblablement pas de maladie du cœur, attendu que les affections de la valvule mitrale sont indolentes. Mais voici ce qui existe alors ; ces gens-là sont des névropathes ; ils ont une névralgie intercostale gauche occupant les cinquième, sixième et quelquefois septième espaces : que si, dans ce cas, vous appuyez fortement votre doigt au-dessous du mamelon, dans le cinquième espace, vous provoquez une vive douleur ; or, ce qu'a fait votre doigt, de dehors en dedans, la pointe du cœur le fait à chacune de ses systoles de dedans en dehors. Mais comme à chaque battement l'organe comprime le nerf malade, et comme ces chocs sont exagérés encore par les *palpitations* de l'anémie, le patient — associant dans son esprit ces palpitations, indice incontestable d'une perturbation fonctionnelle de l'organe, aux retentissements douloureux qu'elles provoquent — en conclut, avec assez de vraisemblance, à l'existence, chez lui, d'une maladie du cœur. Tout au moins de tels malades sont-ils autorisés à dire, ainsi qu'ils le font souvent, « qu'ils ont une douleur au cœur ».

Comme vérification de ce que je vous dis de l'indolence habituelle des affections organiques du cœur, considérez, je vous prie, tous ces malheureux qu'ont amenés dans nos salles d'énormes

lésions valvulaires, et vous verrez qu'il en est peu d'entre eux qui se plaignent de « souffrir du cœur » ; de telle sorte qu'on pourrait croire, à première vue, que tous leurs organes sont malades, celui-ci seul excepté.

Je dois cependant faire ici une réserve des plus importantes, c'est que, dans la myocardite chronique avec dégénérescence granuleuse du cœur, que j'appelle *myocardite dégénérante*, il y a des points douloureux, qui n'ont pas encore été décrits avant moi, et qu'il faut savoir chercher. Alors le malade se plaint d'une sensation pénible profonde, de « griffe », d'« étreinte », d'« entrave » à la contraction de son cœur, qui semble « vouloir s'arrêter » ; et cette sensation, le malade la désigne en portant sa main « en plein cœur ». Dans ces cas, la pression du doigt au troisième, quatrième et cinquième espace intercostal gauche, au voisinage du sternum, c'est-à-dire en plein ventricule gauche, provoque ou exaspère la douleur. Cette exploration fournit au diagnostic de la lésion dont je parle de puissants indices, auxquels s'ajoutent, en plus, l'âge avancé du sujet (de quarante-cinq à soixante ans), ses habitudes plus ou moins bachiques, ou encore une diathèse telle que la goutte.

Quand, au contraire, la recherche des points douloureux vous a appris que vous avez affaire à une simple névralgie intercostale, la partie pathogénique de la question reste encore à déterminer. Eh bien, votre client est un nerveux doublé d'un anémique ou d'un dyspeptique. Cherchez bien, et vous trouverez la preuve de son état névropathique dans l'existence d'autres névralgies, lombaires ou iliaques, par exemple, si c'est une femme ; ou bien dans l'existence antérieure de névralgie faciale, de migraines, etc. ; vous découvrirez la preuve de son anémie dans la décoloration de ses tissus et l'existence d'un souffle doux à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou ; la preuve enfin de son état dyspeptique dans les caprices de son appétit et les difficultés de ses digestions.

Mais comment tout cela s'enchaîne-t-il ? Le voici : vous observez ces phénomènes nerveux chez des femmes qui ont des troubles de la menstruation et de la dyspepsie antérieure ou consécutive, ou chez des hommes qui sont femmes en ce point qu'ils vivent comme elles d'une existence sédentaire, chez les gens de

lettres, par exemple, et en général chez tous ceux qui, développant exagérément leurs facultés sensibles ou intellectuelles au détriment de leurs facultés locomotrices, ont perdu l'équilibre nerveux entre le cerveau et la moelle. De tels individus sont des monstruosités physiologiques ; ils sont, au point de vue fonctionnel, ce que sont, au point de vue matériel et organique, ces animaux ou ces plantes que l'industrie humaine a développés dans un certain sens exclusif, et, pour avoir mésusé de leur innervation cérébrale, ils en sont arrivés à la folie de la sensibilité.

Tous ces gens à névralgies ou à névroses sont dyspeptiques ; aussi Beau se demandait-il si la dyspepsie ne serait pas la cause en quelque sorte anatomique de la névralgie intercostale : une aura douloureuse, partie de l'estomac, traverserait les filets du plexus solaire, atteindrait les ganglions semi-lunaires, remonterait par les nerfs splanchniques aux ganglions thoraciques, d'où elle se réfléchirait immédiatement sur les nerfs intercostaux gauches ; mais cette explication un peu bien compliquée, n'est pas rigoureusement physiologique, en ce sens que toute action réflexe doit nécessairement passer par la moelle ; d'ailleurs, elle ne saurait s'appliquer aux névralgies dont la source est ailleurs que dans l'estomac (dans l'utérus par exemple), ou le siège ailleurs que dans les nerfs intercostaux (ainsi, à la face). Notez ; je vous prie, que, quelle que soit la source primitive du mal, la névralgie intercostale de l'anémie est toujours à gauche ; de telle sorte que, si elle existe à droite, on est autorisé à en rechercher l'origine dans la maladie d'un organe situé de ce côté (plèvre, poumon ou foie).

Tous les troubles que je vous signalais à l'instant, et bien d'autres encore, vous avez pu les observer chez la jeune fille couchée au n° 3, et qui est névropathique de la façon que vous allez voir. Elle est entrée à la salle Saint-Charles pour des *palpitations de cœur très douloureuses* et se disant atteinte d'une maladie de cet organe. Vous entendez : dans la région sus-mamelonnaire gauche et au premier temps du cœur un bruit de souffle très intense, bien que doux ; dans les vaisseaux du cou, un bruit de souffle continu ; et enfin vous observez une décoloration très prononcée de la face et des lèvres. Il n'est guère permis de prendre

ce souffle cardiaque pour un signe de lésion organique (lequel, dans l'espèce, serait un rétrécissement de l'orifice aortique), alors qu'il n'y a pas d'antécédent de rhumatisme ni d'aucune des affections qui engendrent les lésions du cœur ; que la malade est fort jeune et que sa menstruation se fait mal.

D'ailleurs, l'état névropathique de cette femme se manifeste d'une façon bizarre ; elle est hystérique sans avoir jamais eu d'attaque, mais elle présente une anesthésie complète de toute la moitié droite du corps. Je dis anesthésie *complète*, attendu que cette jeune malade n'a pas seulement perdu la sensibilité de sa peau, mais celle de ses muscles ; et non seulement la sensibilité de ses muscles, mais celle de toutes les parties constituantes de la moitié de son corps. Elle est comme si elle n'était que la moitié d'elle-même. De sorte qu'ayant perdu cette merveilleuse synergie, véritable *consensus unus, conspiratio una* musculaires, en vertu desquels nous contractons, à un moment donné, et pour un acte volontaire, tout un système de muscles au degré où nous le voulons, de la façon que nous le voulons, et avec la conscience de l'action de ces muscles et de leur situation dans l'espace, elle est, comme les ataxiques, incapable de mouvoir les membres de la moitié droite de son corps dans l'obscurité, ou de leur faire exécuter rigoureusement les mouvements qu'elle désire. Elle est de plus hors d'état de les retrouver lorsqu'on lui ferme les paupières, et sa main gauche hésite longtemps alors à la recherche de sa main droite, qu'elle ne parvient même à découvrir qu'en allant de la poitrine à l'épaule et en suivant de celle-ci toute la longueur du bras. Quant à l'analgésie, elle n'est pas moins évidente que l'anesthésie. Vous m'avez vu maintes fois traverser, à l'aide d'une grosse épingle, un espace interdigital, sans que la malade, qui me regardait faire, sourcillât seulement.

Pour la névralgie intercostale gauche, je vous en ai démontré l'existence en portant le doigt au-dessous du mamelon, au niveau du point où vient battre le cœur, et en appuyant vivement ; la malade poussait aussitôt un cri de souffrance ; j'avais pressé sur le point douloureux antérieur du cinquième espace ; la même exploration donna le même résultat pour le sixième. Il en fut ainsi pour les points postérieurs d'émergence des cinquième et

sixième nerfs intercostaux gauches ; et enfin, vous avez pu voir, comme complément d'instruction, que les quatrième, cinquième et sixième apophyses épineuses souffrent à la pression.

Ainsi, cette jeune fille, entrée pour une « maladie douloureuse du cœur », n'a qu'une fausse maladie du cœur. Elle a, en réalité, les palpitations de l'anémie, une névralgie intercostale de même origine chez une personne nerveuse, et elle souffre de ses palpitations, parce que son cœur vient battre contre une paroi douloureuse.

Mais comme il y a de fausses maladies du cœur, de même il y a de *fausses maladies du sein*. Vous savez que le cancer de la mamelle est pour certaines femmes l'objet d'une terreur constante. Elles ont vu succomber à cette horrible affection quelqu'une de leurs compagnes, et elles redoutent pour elles le même sort. Que, dans cet état de préoccupation sans relâche, une douleur vienne tout à coup se faire sentir sous le sein gauche ; que cette douleur exacerbante simule la douleur lancinante du cancer, et voilà le feu mis aux poudres. On porte avec anxiété la main sur sa mamelle, et la pression semble augmenter la douleur ; on palpe la mamelle en tous sens, et l'on finit par trouver en un point un lobule plus volumineux et plus dur : « C'est là qu'est le mal ! » Et l'on s'en vient tout éplorée vous annoncer cette affreuse nouvelle qu'on est atteinte d'un cancer au sein ! Vous examinez alors de sang-froid la prétendue tumeur, et vous découvrez ce qui est : ou un lobule plus gros ou plus consistant que les autres, sans avoir la dureté du squirrhe ; ou ce que Velpeau a appelé la tumeur *adénoïde* du sein ; en tout cas, rien de lamentable. Puis vous appuyez un peu plus bas, au-dessous du sein, cette fois, et vous trouvez aussi de la douleur ; vous découvrez également des points douloureux latéraux et postérieurs dans les espaces intercostaux correspondants. Enfin, sans aucune précaution oratoire vous exercez une pression suffisamment énergique sur une des apophyses épineuses de ces espaces, et la malade bondit en se récriant ; votre diagnostic est fait : il n'y a pas de maladie du sein ; c'est encore d'une névralgie intercostale qu'il s'agit. Vous pouvez parachever votre diagnostic et vous

expliquer en même temps l'erreur de votre malade, en pinçant légèrement la peau au niveau des points intercostaux douloureux, car vous constatez alors l'hyperesthésie cutanée des régions en proie à la névralgie. Vous comprenez que, ces points douloureux une fois découverts, vous finirez par convaincre la malade que ce n'est pas la mamelle qui souffre, mais la peau de celle-ci ; et par lui faire entendre qu'elle a une névralgie, qu'elle est une femme nerveuse ; ce qui, pour certaines dames, n'est pas autrement désobligeant et leur donne, à leurs propres yeux, je ne sais quel cachet de bonne compagnie.

Voilà donc comment, de proche en proche, la constatation d'un *point de côté* à la région du cœur ou à celle de la mamelle vous a permis de chasser l'erreur de l'esprit de vos malades et de les rassurer ; de découvrir ensuite derrière ce symptôme douloureux l'affection générale dont il est l'expression, anémie ou nervosisme, et de trouver enfin la cause de ceux-ci, soit dans une infraction à l'hygiène, soit dans la perturbation fonctionnelle ou la lésion d'un viscère important. Vous aurez donc à instituer une médication mixte, celle du symptôme et celle de l'affection topographique.

Mais si les névralgies intercostales peuvent conduire les malades à l'erreur, elles peuvent parfois, au contraire, mener le médecin à la découverte d'une affection toute locale de la paroi thoracique.

Ainsi vous aurez l'occasion de voir des individus, et je regrette de n'en avoir pas à vous présenter, qui, après un léger malaise général, ou même sans malaise appréciable, éprouvent une vive douleur de côté, entraînant parfois une certaine gêne des mouvements respiratoires. Cette douleur existe souvent du côté droit. Faisant alors un diagnostic anticipé : « N'avez-vous pas des groupes de boutons de ce côté ? leur dites-vous. — Oui, vous répondent-ils ; et comment le savez-vous ? » Ces gens-là ont un *zona*.

Idiopathique, le *zona* est douloureux, mais sans l'être autant que s'il survient chez un rhumatisant et surtout chez un dardreux. Dans ces derniers cas, les recherches contemporaines tendent à démontrer qu'il y a lésion des ganglions intervertébraux et des

nerfs qui en émanent ; de telle sorte que la souffrance est alors l'expression de cette névrite, et l'éruption un trouble local de la nutrition consécutif à celle-ci. Ce qui est certain, c'est que l'éruption suit le trajet d'un nerf en souffrance, et que les vésicules se groupent en îlots au niveau des foyers de douleur. Or, voulez-vous vous convaincre que ce n'est pas la peau qui souffre parce qu'elle est le siège d'une éruption, mais le nerf qui est au-dessous ? Déplacez-la en la faisant glisser, et comprimez l'espace intercostal en appuyant sur de la peau *saine* ; votre pression est douloureuse comme devant, et puisque ce n'est que le nerf qui a été pressé, il est bien évident que la douleur siège dans le nerf.

Mais ce qui le démontre encore davantage, c'est qu'un certain nombre de ces malades voient, au bout d'un temps parfois assez long (deux à trois semaines, par exemple), leurs vésicules d'herpès à éruptions successives se dessécher enfin, des croûtes les remplacer, puis tomber à leur tour, et néanmoins les douleurs persister, en prenant même, chez quelques-uns, de cruelles proportions. Et cela dure ainsi pendant des mois, surtout chez les vieillards.

A ce sujet, laissez-moi terminer cette leçon par le récit d'une conversation qui avait lieu entre deux hommes également illustres ; l'un, c'était mon maître Trousseau ; l'autre, un de nos plus grands orateurs politiques, en même temps qu'il est notre grand historien national. « Docteur, disait celui-ci à son médecin et ami, depuis de longs jours je souffre atrocement de la poitrine ; c'est un zona, je le sais ; je sais aussi que vous allez me dire, pour me consoler, que « c'est nerveux » et que cela ne compromet aucune des grandes fonctions de l'organisme ; mais enfin je souffre et voudrais être soulagé, car je ne puis travailler, il me faut absolument préparer mon discours du budget. — Votre discours du budget ! répartit Trousseau ; mais la session législative est à peine commencée, et quatre grands mois vous séparent encore de la discussion de ce budget. Est-ce donc ainsi que vous *improvisez* vos discours ? — Ah ! mon ami, dit l'orateur, on n'improvise que le bavardage ! »

Je ne vous ai parlé jusqu'ici que de points de côté sans fièvre ; je vous entretiendrai dans ma prochaine leçon de ceux que la fièvre accompagne.

VINGT ET UNIÈME LEÇON

Point de côté de la PLEURODYNIE. — La pleurodynie est une pleurésie sèche. — Point de côté de la PLEURÉSIE DIAPHRAGMATIQUE. — Point de côté de la PÉRICARDITE. — Émissions sanguines et intoxications.

MESSIEURS,

Je dois maintenant vous parler des points de côté avec fièvre, et la *pleurodynie* va me servir de transition.

La pleurodynie, c'est littéralement le « point de côté » (τοῦ πλευροῦ δόρυ, *douleur du côté*), c'est la « fausse fluxion de poitrine » de plus d'un praticien ; et il n'y a de faux, dans tout ceci, ai-je besoin de le dire ? que le diagnostic du médecin.

Un type de pleurodynie vous est offert par le malade du n° 48 de la salle Saint-Paul. Deux jours avant son entrée, il a éprouvé, en même temps qu'un léger malaise, une vive douleur dans le côté gauche de la poitrine. Cette douleur, qui gênait ses mouvements respiratoires, le décida à se faire admettre à l'hôpital. A la visite du matin, nous trouvons que la douleur siège précisément à la partie latérale gauche du thorax, un peu au-dessous de l'aisselle et au voisinage du mamelon, sur une étendue que peut recouvrir la main ; qu'elle est diffuse, en nappe, et non pas par foyers comme dans la névralgie intercostale, de sorte que le doigt promené le long d'un espace, n'exagère en aucun point la douleur ; tandis que celle-ci est provoquée lorsqu'on saisit à pleine main les masses charnues de la paroi. C'est là le caractère spécial de la pleurodynie. D'ailleurs, il n'y a pas de matité à la percussion, ce qui n'est pas toujours le cas, ainsi que vous l'allez voir. Le murmure vésiculaire, rendu plus faible parce que, instinctivement, le malade dilate moins ce côté douloureux, n'est cependant mélangé d'aucun bruit anormal — ce qui est loin encore d'être toujours le cas, et pour des raisons que nous saurons tout