

sanglot, les étouffements exaspèrent la souffrance; aussi la douleur aux insertions costales du muscle est-elle la plus pénible de toutes, en raison de l'étendue plus grande de la locomotion des côtes inférieures. Quelques observations permettent de croire que la plénitude de l'estomac peut jouer un rôle dans le rappel des accès.

Outre les troubles respiratoires déjà signalés, la névralgie phrénique peut s'accompagner de troubles fonctionnels de moindre importance. Ce sont surtout des troubles de la déglutition, consistant en une dysphagie spasmodique, une sensation de corps étranger ou même de strangulation, qui s'exagère quand on exerce une pression sur le tronc du phrénique au cou, ou sur les apophyses épineuses des vertèbres cervicales. La gêne de la mastication, rarement observée, est imputable plutôt à la douleur qu'à la participation de l'hypoglosse. Des quintes de toux, du hoquet ont paru plusieurs fois être provoqués par la compression du phrénique au-devant du scalène. Accessoirement, enfin, on a signalé de l'engourdissement, des fourmillements et de la parésie dans le membre supérieur du côté du nerf affecté.

Les paroxysmes sont d'ordinaire trop fugaces pour faire craindre le développement de phénomènes asphyxiques et une issue mortelle. La durée totale de l'affection est de quelques heures, de quelques jours ou de quelques semaines; elle varie essentiellement avec la cause provocatrice.

Diagnostic. — Il repose sur la constatation d'une vive douleur à la base du thorax, jointe à un degré prononcé d'oppression, et sur l'existence concomitante des points douloureux ci-dessus indiqués, en particulier du point cervical. La coexistence d'une douleur dans l'épaule correspondante a une certaine valeur diagnostique, mais n'est nullement pathognomonique.

Le *rhumatisme du diaphragme*, affection encore peu connue, se traduit par les mêmes signes extérieurs que la névralgie: les seuls signes différentiels seraient la bilatéralité des douleurs et l'absence de points supérieurs dans le rhumatisme.

La *névralgie intercostale*, la *pleurodynie*, la *gastralgie* ne sont guère susceptibles de donner le change; il suffit de signaler ces causes d'erreur possibles.

La pleurésie et la péritonite diaphragmatiques, la péricardite aiguë s'accompagnent de tous les signes de la névralgie phrénique; elles se différencient par l'existence de phénomènes fébriles et l'intensité de la dyspnée. L'envahissement de la grande cavité pleurale ou des autres portions du péritoine, le développement des signes d'auscultation lèveront les doutes.

Les douleurs localisées au-devant des scalènes et aux apophyses

épineuses des cinq premières vertèbres cervicales, qu'on observe parfois dans l'angine de poitrine, la dyspnée et la suffocation qui font partie du cortège de cette affection, sont rapportées par Peter à la participation du nerf phrénique; mais les troubles cardiaques, le caractère angoissant et constrictif des douleurs, la sensation de vie qui s'éteint sont spéciaux à l'*angor pectoris*.

Traitement. — Les injections de morphine constituent le meilleur traitement de la névralgie diaphragmatique; mais leur effet n'est que palliatif. Il est de toute nécessité de s'adresser à la cause de la névralgie.

M. BOULAY.

NÉVRALGIE INTERCOSTALE

Elle siège dans le domaine de l'une ou de plusieurs des branches antérieures des douze paires dorsales. Lorsque les branches postérieures des nerfs dorsaux sont prises en même temps, la névralgie est dite *dorso-intercostale*.

Étiologie. — C'est une des névralgies les plus communes. Elle est surtout fréquente de seize à quarante ans; lorsqu'elle se développe chez l'enfant ou le vieillard, elle est assez souvent liée à l'apparition d'un zona. Le tempérament nerveux et la délicatesse de la constitution prédisposent particulièrement à cette névralgie. Aussi ne saurait-on s'étonner que les trois quarts des cas appartiennent au sexe féminin: les statistiques de Valleix et de Bassereau fournissent une proportion de 51 femmes pour 11 hommes.

L'anémie, quelle qu'en soit la cause (métrorrhagies répétées, lactation prolongée, convalescence de maladies graves, affection chronique de l'estomac, etc.), est surtout apte à provoquer le développement de douleurs intercostales. Parmi les autres causes générales, il suffit de signaler la malaria, la syphilis, l'intoxication par le plomb ou par l'oxyde de carbone.

Les causes locales le plus souvent observées sont les affections des organes thoraciques. Les lésions du poumon et de la plèvre, en particulier la tuberculose, tiennent ici la première place. Les névralgies symptomatiques de ces affections seraient le résultat d'une névrite ou tout au moins d'une congestion du névrilème qu'expliqueraient les rapports intimes des nerfs intercostaux avec la plèvre dans la partie la plus postérieure de leur trajet, là où les muscles intercostaux

internes font défaut. Les tumeurs du médiastin, mais surtout les anévrysmes de l'aorte qui compriment les nerfs intercostaux et amènent l'usure des vertèbres et des côtes, s'accompagnent communément de névralgies intercostales. Il faut encore signaler les tumeurs du sein, en particulier le cancer, les contusions de la paroi thoracique, les affections des côtes et des vertèbres. Les fractures de côtes laissent parfois après elles des douleurs qui persistent plusieurs mois ou plusieurs années : elles sont dues à la compression du nerf voisin par les extrémités des fragments écartés ou par un cal volumineux. Le mal de Pott dorsal produit la névralgie intercostale par la compression des racines, soit dans le canal rachidien (pachyméningite), soit plus rarement au niveau des trous de conjugaison (écrasement des corps vertébraux). Les diverses déformations, rachitiques ou autres, de la colonne vertébrale et de la cage thoracique peuvent s'accompagner de douleurs intercostales; selon Seeligmüller, ces névralgies ne sont pas rares dans les cypho-scolioses prononcées, quand les dernières côtes viennent presser contre la crête iliaque. Il n'est même pas nécessaire que la déformation vertébrale soit permanente : dans les scolioses légères qui ne se produisent qu'à l'occasion de certains exercices, tels que ceux de l'écriture ou du piano, la même influence pathogénique a été constatée. Enfin, comme toute névralgie, l'affection peut être d'origine centrale (myélites, méningomyélites, tumeurs intra-rachidiennes).

Les relations qui semblent unir certaines névralgies intercostales à une affection cardiaque, un embarras gastrique, une maladie chronique de l'estomac (cancer, ulcère, dyspepsie¹), à une affection hépatique et surtout aux maladies utéro-ovariennes, sont mal définies. Selon Bassereau², qui a particulièrement insisté sur la fréquence des névralgies intercostales au cours des maladies de l'utérus et de ses annexes, il s'agirait de névralgies réflexes : le grand splanchnique servirait d'intermédiaire entre l'utérus et les nerfs intercostaux, rôle que d'autres attribuent aux plexus hypogastriques. On a soutenu, et sans doute avec plus de raison, que l'état nerveux et l'anémie qui sont le résultat des affections douloureuses de longue durée, des dyspepsies et surtout des maladies utérines, suffisent à provoquer le développement de névralgies sans l'intervention réflexe, entièrement hypothétique, de la lésion organique observée.

On a attribué un rôle dans le développement des névralgies intercostales, chez les hémorrhoidaires et les femmes mal réglées, à la

1. CHANTEMESSE et LE NOIR, Névralgies bilatérales et dilatation de l'estomac (*Arch. gén. de méd.*, juillet 1885).

2. *Essai sur la névralgie des nerfs intercostaux* (Thèse de Paris, 1840).

stase dans les plexus veineux intra-rachidiens et dans les lacis qui entourent les nerfs dorsaux à leur émergence.

Symptomatologie. — La névralgie est presque toujours unilatérale et affecte une prédilection marquée pour le côté gauche. Les différents nerfs intercostaux sont atteints avec une inégale fréquence; ce sont principalement les cinquième, sixième, septième et huitième qui sont touchés. Henle a expliqué cette prédilection par la difficulté qu'ont à se vider les plexus veineux du côté gauche, particulièrement de la quatrième à la huitième côte; ils doivent en effet emprunter la voie détournée de la demi-azygos, puis de l'azygos, pour aller se déverser dans la veine cave. La névralgie peut se limiter à un seul tronc ou porter sur deux ou trois nerfs voisins.

Contrairement à ce qui se passe dans les autres névralgies, la *douleur continue* forme ici l'élément essentiel de l'affection. Elle se traduit par une sensation de constriction, de tension dans un des côtés de la poitrine; plus ou moins pénible selon les cas, elle est parfois très peu marquée et peut même cesser complètement par le repos; les grandes inspirations l'exagèrent. De temps en temps cette douleur sourde et continue est interrompue par des élancements de courte durée qui constituent les paroxysmes. Ceux-ci surviennent spontanément ou sont réveillés par les mouvements de la respiration, du tronc ou du bras, par toutes les secousses imprimées au thorax, par la toux, l'éternuement, le bâillement, les efforts; le seul fait de parler à haute voix, un simple attouchement de la peau, une pression sur la paroi thoracique, même exercée à travers les vêtements, peuvent avoir le même effet. Les élancements douloureux, en forme de piqûres, de coups de canif, se font sentir sur tout le trajet du nerf, d'arrière en avant; plus rarement ils semblent prendre naissance à la partie moyenne de l'espace intercostal et rayonnent de là en avant et en arrière. Lorsque les accès sont très intenses, ce qui est rare, le malade, incliné du côté douloureux, qu'il immobilise instinctivement, respire le plus superficiellement possible, n'ose parler à haute voix; l'anxiété peinte sur son visage, la dyspnée qu'il éprouve peuvent être prises pour l'indice d'une lésion grave des organes respiratoires.

Il existe trois points douloureux principaux : 1° l'un postérieur (*point vertébral*), à côté des apophyses épineuses; il correspond selon les uns au lieu d'émergence des nerfs par les trous intervertébraux, selon les autres au lieu d'émergence des branches postérieures des nerfs dorsaux; 2° un autre latéral ou moyen, au milieu de l'espace intercostal, c'est-à-dire sur la ligne axillaire pour les cinq ou six premiers espaces et un peu plus en arrière pour les derniers; ce *point médian* correspond à l'origine du rameau perforant moyen; 3° un antérieur ou *point sternal*, à la naissance du rameau perforant

antérieur, entre le sternum et l'union des côtes avec leurs cartilages. Il est commun de rencontrer, ainsi que dans toute névralgie, un ou plusieurs points apophysaires. On a signalé un point cardiaque, à la pointe du cœur, et un point xiphoidien à l'extrémité de l'appendice xiphoidé : tous deux sont exceptionnels.

Parfois les nerfs intercostaux sont sensibles à la pression sur tout leur trajet depuis le rachis jusqu'à la ligne médiane en avant; c'est surtout en ce cas que le moindre frôlement de la peau, la moindre pression exercée par les vêtements provoquent une exaspération de la douleur. Par exception, une forte pression avec la paume de la main calme les souffrances. L'anesthésie est beaucoup plus rare que l'hyperesthésie : quand elle existe, elle se limite à des points circonscrits, comme cela s'observe surtout dans le zona.

Les irradiations sensibles se font dans le dos, l'épine de l'omoplate, la mamelle (rameaux perforants latéraux des nerfs intercostaux, du deuxième au sixième), la région lombaire, la face interne du bras (anastomoses des deuxième et troisième nerfs intercostaux avec l'accessoire du brachial cutané interne). Il semble que les irradiations puissent aussi se faire dans le domaine du nerf vague : elles se traduisent par des crises d'accélération respiratoire (200 respirations par minute dans un cas de Seeligmüller), des accès de palpitations, de tachycardie ou d'angine de poitrine.

Les phénomènes vaso-moteurs et sécrétoires ont été peu étudiés : on ignore si la névralgie intercostale vulgaire exerce une influence sur la sécrétion lactée.

Piorry a prétendu que les névralgies des espaces inférieurs du côté gauche donnent souvent lieu à des accès fébriles et à l'augmentation de volume de la rate, opinion qui n'a pas été confirmée depuis.

Le zona est à peu près le seul trouble trophique signalé au cours de la névralgie intercostale; par contre il est ici plus commun que dans toute autre névralgie, d'où le nom de zona (ceinture) réservé primitivement aux éruptions vésiculeuses des espaces intercostaux et appliqué ensuite aux éruptions analogues des autres névralgies. L'éruption ne suit pas toujours exactement le trajet anatomique des nerfs intercostaux : très souvent elle forme une demi-ceinture perpendiculaire à l'axe du corps, tandis que le nerf suit, comme l'espace intercostal, une direction oblique en bas et en avant. Lorsque le zona se développe sur le trajet des quatre ou cinq premiers nerfs dorsaux, il se produit souvent quelques vésicules à la face interne du bras (zona bifurqué). L'éruption accompagne ou suit la douleur; exceptionnellement elle la précède; par contre il n'est pas rare que la névralgie lui survive, en particulier chez le vieillard. On a noté l'ap-

parition de vergetures à la suite du zona intercostal (voir l'article *Zona*).

Variétés. — 1° *Épigastralgie.* — La névralgie des derniers nerfs intercostaux peut revêtir l'aspect d'une simple épigastralgie, soit que la douleur ne se fasse sentir qu'au point d'expansion terminale des rameaux antérieurs du nerf atteint, soit qu'elle y prédomine. La pression exercée par les vêtements, en particulier par le corset qui refoule fortement l'épigastre, contribue à la rendre plus manifeste. L'affection se présente sous l'aspect suivant : une femme, car il s'agit presque toujours du sexe féminin, se plaint de ne pouvoir supporter un cordon autour de sa taille ni la moindre pression au creux de l'estomac : on l'examine et l'on constate une sensibilité extraordinaire de la peau de l'épigastre au moindre attouchement; l'extrémité moussée d'un crayon promené sur les téguments y provoque une sensation pénible, un picotement, une cuisson comparables à la sensation causée par le frottement de la peau qui a subi une brûlure au premier degré (Trousseau). La douleur cesse dès que le crayon dépasse la ligne médiane. L'exploration des espaces intercostaux voisins est peu ou pas douloureuse; la pression ne fait souvent découvrir ni point latéral ni point postérieur; par contre il est habituel de trouver un ou plusieurs points apophysaires et épigastriques. Ces derniers siègent le long du rebord du cartilage costal sur la prolongation des espaces correspondants aux nerfs atteints.

Des nausées et des vomissements accompagnent parfois l'épigastralgie : ils contribuent à donner à cette variété de névralgie intercostale des allures insolites.

2° *Mastodynie.* — La névralgie intercostale peut se traduire par des douleurs dans la mamelle : la glande et la peau qui la recouvre reçoivent en effet presque tous leurs nerfs des rameaux perforants antérieurs et latéraux des deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième nerfs intercostaux. Tantôt la douleur du sein n'est qu'un élément accessoire de la maladie : elle n'apparaît que comme un foyer d'irradiation de la névralgie. Tantôt la névralgie mammaire occupe le premier plan, les autres manifestations de la névralgie intercostale étant effacées ou même faisant défaut : on a alors affaire à la mastodynie, à la mamelle irritable, à la tumeur irritable du sein (A. Cooper). Cette affection a d'abord été observée par les chirurgiens chez des malades qui se croyaient atteints de cancer du sein.

La névralgie mammaire atteint l'un des seins ou les deux à la fois. Les douleurs, très vives, lancinantes, reviennent par accès de quelques minutes à plusieurs heures de durée. Elles irradiant à la paroi abdo-

minale, au cou, à l'aisselle, au bras et parfois jusqu'aux doigts. Les téguments de la mamelle sont le siège d'une hyperesthésie exquise, même dans l'intervalle des paroxysmes : la malade ne peut se coucher du côté atteint ni supporter le contact de ses vêtements; elle éprouve une sensation de pesanteur sur la poitrine. Les mouvements du bras, le moindre attouchement, la traction que le sein, abandonné à son poids, exerce sur les téguments suffisent à réveiller ou à exaspérer la douleur. Celle-ci devient parfois plus vive à l'époque des règles. Les accès violents peuvent être accompagnés de vomissements.

Dans les cas de mastodynîe pure, il n'existe ordinairement pas de points douloureux nettement localisés; on en a cependant signalé sur le bord supérieur et le bord inféro-latéral de la glande ou bien encore au niveau du mamelon. Par contre il n'est pas rare que les apophyses épineuses des deuxième, troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales soient sensibles à la pression.

La sécrétion d'un liquide analogue à du lait ou plutôt à du colostrum a été parfois observée, même chez des jeunes filles¹. Chez une malade d'After, la mastodynîe fut accompagnée de zona².

Les manifestations douloureuses peuvent constituer à elles seules toute la maladie. D'autres fois, à la suite de violents accès, on voit se développer dans la glande de petites indurations du volume d'un pois à celui d'une noisette, qu'on a considérées tantôt comme des fibromes, tantôt comme des névromes. Ces tumeurs, ordinairement uniques, parfois au nombre de deux ou trois, sont souvent transitoires et fugaces au début : elles n'apparaissent d'abord qu'au moment des violents accès, puis se résolvent peu à peu une fois la douleur passée pour reparaitre plus tard et pour devenir enfin permanentes. Elles sont mobiles et siègent principalement à la périphérie de la glande.

Plus rarement l'induration est diffuse et occupe une plus ou moins grande étendue du sein.

L'étiologie de la mastodynîe est assez obscure. Elle s'observe presque exclusivement chez les femmes jeunes ou d'âge moyen; selon Romberg, elle est surtout commune de seize à trente ans. Elle est inconnue avant la puberté. Les exemples de névralgie mammaire chez l'homme sont très rares; mais il en existe quelques-uns. L'affection frappe surtout des hystériques et des femmes atteintes de maladies utéro-ovariennes. On l'a observée chez des nourrices à la suite de gerçures du mamelon, chez des femmes enceintes, chez

1. SCHULTZE, Doppelseit. Mastodynîe mit Colostrumsecr. (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1874, n° 42).

2. AFTER, Neuralgia mammae (*Allgem. med. Centralz.*, 1856, n° 25).

des jeunes filles adonnées à l'onanisme. Les traumatismes locaux ont paru plusieurs fois jouer le rôle d'agents provocateurs.

Diagnostic. — Les affections douloureuses des muscles de la paroi, des côtes et des organes sous-jacents peuvent en imposer pour une névralgie intercostale; inversement une névralgie intercostale peut faire croire à l'existence d'une affection organique qui fait défaut.

La *pleurodynie* ou rhumatisme des muscles de la paroi thoracique (grand dentelé, rhomboïde, trapèze, etc.) se distingue de la névralgie par le caractère diffus et mal limité de la douleur; celle-ci n'est pas provoquée par la pression exercée avec le doigt le long d'un espace intercostal, mais se réveille dès qu'on saisit à pleines mains les masses charnues; elle est exagérée par les mouvements du bras.

Comme la névralgie peut succéder à une simple contusion, elle peut être confondue avec une *fracture de côte*: dans cette dernière la douleur provoquée ou spontanée occupe un point fixe; elle siège sur la côte même et non dans un espace; la perception de la crépitation lève tous les doutes.

Les autres affections des côtes, *tuberculose, périostite, périostose syphilitique, etc.*, se distinguent par la localisation de la douleur en un point fixe, par la tuméfaction osseuse, le développement de bosselures et d'inégalités à la surface de la côte atteinte: elles peuvent d'ailleurs s'accompagner d'une névralgie intercostale typique.

La *névralgie diaphragmatique* et les affections qui lui empruntent leurs principaux phénomènes douloureux diffèrent de la névralgie des nerfs intercostaux moyens et inférieurs par l'existence d'un point douloureux à la pression entre les deux chefs du sterno-mastoïdien; on peut de plus s'assurer que, dans ces affections, il n'y a pas de douleur à la pression dans les espaces intercostaux, tandis que le refoulement de l'hypochondre de bas en haut provoque une exaspération de la souffrance.

Comme l'*angine de poitrine*, la névralgie intercostale s'accompagne parfois d'irradiations douloureuses vers l'épaule et la face interne du bras; mais la névralgie cardiaque est caractérisée par la brusquerie et le peu de durée des accès, par un sentiment d'angoisse et des troubles de la circulation qui ne se retrouvent pas dans la névralgie intercostale.

Le *point de côté* de la pleurésie et de la pneumonie est ordinairement regardé comme le résultat d'une lésion congestive ou inflammatoire des nerfs intercostaux, opinion purement théorique. En tout cas ses caractères sont un peu différents de ceux qu'on a l'habitude d'attribuer à la névralgie intercostale. La douleur est fixe et continue; elle siège presque toujours au voisinage de la ligne axillaire et ne

vient pas s'épanouir comme celle de la névralgie vulgaire jusque vers le sternum et la région épigastrique. Elle est profonde et n'est pas exagérée par les irritations superficielles des téguments; elle n'est pas accompagnée de point apophysaire. Indépendamment de ces caractères, l'existence concomitante de phénomènes fébriles et de signes d'auscultation présente une valeur de premier ordre pour établir la distinction. Il faut cependant savoir que, dans la névralgie intercostale simple, le son de percussion et la force du murmure vésiculaire peuvent être affaiblis du côté où la douleur restreint l'ampliation des mouvements respiratoires et entrave l'apport de l'air dans les lobules pulmonaires.

Parfois l'hyperesthésie cutanée qui accompagne la névralgie intercostale et que la pression des vêtements rend plus sensible en impose pour une affection des organes sous-jacents à la région correspondante : des douleurs éprouvées dans l'hypochondre droit sont considérées comme l'indice d'une affection hépatique; de l'épigastrie est prise pour de la gastralgie; ou bien encore des douleurs précordiales sont rapportées à une affection du cœur : c'est ce qui arrive lorsque, les quatrième et cinquième nerfs intercostaux étant atteints, la douleur précordiale qui en résulte est accrue par les battements du cœur, ou bien, comme cela est fréquent chez les chlorotiques, par des palpitations. Pour éviter la méprise, il suffit de penser à la possibilité d'une simple névralgie intercostale; l'examen de la sensibilité cutanée montrera que les téguments sont seuls intéressés et que les organes profonds sont indemnes de toute sensation douloureuse. La mastodynie est souvent difficile à distinguer des tumeurs malignes au début.

La névralgie étant reconnue, il faut en chercher la cause. Dans ce but il importe de faire un examen soigneux des organes thoraciques. L'état du squelette mérite également une attention particulière. Il n'est pas rare que la cause de névralgies intercostales dues à des lésions vertébrales reste méconnue ou que ces névralgies soient prises, en raison de la loi des manifestations excentriques de la douleur, pour de l'épigastrie simple ou de la pleurodynie; si l'on explore d'avant en arrière les espaces intercostaux correspondants, on y constate d'un bout à l'autre une douleur à la pression et l'on remonte ainsi à la source du mal.

Ce n'est qu'en l'absence de cause locale qu'on admettra l'influence d'un état général : anémie, rhumatisme, neurasthénie, etc.

La névralgie intercostale peut être bilatérale : les douleurs occupent alors de chaque côté les espaces correspondants ou bien elles sont ressenties à droite et à gauche dans des espaces différents. Si le caractère de bilatéralité est persistant, on doit soupçonner

l'existence d'une cause médiane, prévertébrale, vertébrale ou médullaire, sans toutefois être en droit de l'affirmer; on sait en effet que les neurasthéniques, en particulier ceux qui souffrent de l'estomac, ont fréquemment des névralgies bilatérales. Le siège de la névralgie a parfois une certaine valeur diagnostique : la névralgie des deux ou trois premiers espaces intercostaux est souvent symptomatique d'une tuberculose pulmonaire; l'anémie, la chlorose, la névropathie provoquent plus volontiers la névralgie des espaces moyens, surtout du côté gauche.

Pronostic. — Le pronostic des névralgies intercostales indépendantes de toute lésion matérielle est relativement favorable; elles sont en général moins tenaces que les névralgies faciales de même ordre. Toutefois elles sont sujettes aux récidives et il arrive qu'à force de se répéter elles passent pour ainsi dire à la chronicité; dans ces conditions on a vu des malades tomber dans le marasme et l'hypochondrie, les hommes craignant d'être phthisiques, les femmes redoutant le développement d'un cancer du sein.

Lorsque la névralgie est due à une cause matérielle, elle persiste ordinairement aussi longtemps que cette dernière : les fractures de côtes, les pleurésies laissent parfois, après leur guérison, des névralgies tenaces. Dans la phthisie pulmonaire, dans les affections rachidiennes, les douleurs intercostales tourmentent souvent les malades jusqu'à la mort.

Traitement. — Il ne diffère pas de celui des névralgies en général. Contre la douleur il faut s'adresser de préférence aux pulvérisations de chlorure de méthyle, aux injections sous-cutanées de morphine, à l'opium pris à l'intérieur. Dans les cas rebelles les courants constants peuvent rendre des services : le pôle positif est placé sur la colonne vertébrale, le pôle négatif sur le point douloureux antérieur; le courant doit être assez intense. Jusqu'ici le traitement chirurgical, élongation, résection, a été rarement appliqué aux névralgies intercostales.

Le traitement de la mastodynie est des plus ingrats : on atténue parfois la douleur en soutenant les seins avec un bandage ouaté aussi peu serré que possible. Les onctions calmantes, les courants continus ont eu quelquefois de bons effets. Dans des cas rebelles, on a pratiqué l'extirpation des nodosités mammaires ou même l'amputation du sein.

M. BOULAY.