

mais les muscles intercostaux eux-mêmes seront détruits sur une étendue ordinairement assez restreinte; et après les muscles intercostaux les pectoraux pourront être ulcérés, de sorte qu'il en résultera l'ouverture de la caverne sous la peau. Alors, l'air s'infiltrant rapidement dans le tissu cellulaire sous-cutané, il se produira un *emphysème sous-cutané général*, fait rare, et dont il m'a été donné de voir un seul exemple, en 1856, alors que j'étais interne de M. Cruveilhier.

C'était chez une jeune fille de vingt-quatre ans, devenue tuberculeuse depuis deux ans, à la suite de couches clandestines.

Le 23 janvier, à la visite du matin, nous trouvons cette jeune malade la figure et les régions cervicale et claviculaires monstrueusement gonflées.

M. Cruveilhier diagnostique aussitôt un emphysème par infiltration gazeuse, provenant de la rupture d'une caverne sous la peau. C'est dans la nuit du 21 au 22, pendant un violent effort de toux, que paraît avoir débuté cet emphysème, dont le point de départ est la région sous-claviculaire gauche. La malade a senti alors une assez vive douleur en ce point. C'est dans la nuit du 22 au 23, à la suite d'efforts de toux répétés, que l'infiltration gazeuse a rapidement pris les proportions que nous lui constatons, et qui sont telles que les membres inférieurs seuls ne sont point emphysémateux. On prescrit à la malade, qui est terrifiée, une potion fortement calmante, et je pratique des mouchetures qui donnent issue à des gaz. Du 24 au 25 janvier, l'emphysème se généralise, et le corps prend un aspect éléphantiasique, surtout au niveau des mamelles; la voix est rauque, la déglutition difficile. L'auscultation, pratiquée au niveau des tumeurs sous-claviculaires, y fait entendre le murmure vésiculaire le plus physiologique. Le 26, on perçoit un souffle tubaire dans la tumeur sous-claviculaire gauche; les troubles fonctionnels augmentent, et, sur l'invitation de M. Cruveilhier, je pratique, un peu au-dessus de la mamelle gauche, une large incision par laquelle des gaz s'échappent en abondance, et qui soulage notablement la malade. Le lendemain, nous trouvons les poches sus-mammaires en partie vidées. La malade respire et *crach*: par la plaie que je lui ai faite. L'état général est bon et l'espoir revenu. Cependant,

quatre jours plus tard, le 31, la mamelle gauche est le siège d'un vaste *phlegmon* déterminé évidemment par le passage et le séjour de nombreux crachats purulents sécrétés par la caverne et expectorés par la plaie. La fièvre est intense, les dents sont fuligineuses, la langue est sèche et la déglutition difficile. Toux muette, ne donnant lieu à aucune expectoration par la bouche, toute l'expectoration s'effectuant par la plaie. Le 2 février, la voix est éteinte et l'épuisement extrême. Le 3, la malade succombe, douze jours après l'apparition de l'emphysème.

A l'autopsie on constate que l'ouverture fistuleuse conduit dans un vaste foyer purulent situé entre le grand pectoral et les côtes; une autre couche de pus existe entre le muscle (lui-même infiltré) et la peau.

Les troisième, quatrième et cinquième côtes ont perdu leur périoste; dans les intervalles costaux correspondants existent deux larges ouvertures qui font communiquer la cavité thoracique avec sa surface extérieure.

Le poumon gauche, induré et ratatiné, adhère intimement aux parois de la poitrine. Ses trois quarts supérieurs étaient creusés de grandes cavernes qui communiquaient largement entre elles, et s'ouvraient toutes, directement ou indirectement, dans une grande cavité intermédiaire à la paroi thoracique et au poumon. C'était cette cavité qui communiquait au dehors par les deux ouvertures indiquées.

Les muscles intercostaux internes et externes étaient complètement détruits entre la troisième et la quatrième comme entre la quatrième et la cinquième côtes, au niveau des ouvertures fistuleuses. Une membrane fibreuse blanche, très résistante, constituait seule la paroi antérieure de la cavité adventice: c'était la plèvre, doublée de fausses membranes organisées.

En examinant le cinquième espace intercostal, on pouvait se rendre compte du mécanisme de la perforation. En effet, il existait là une petite poche en forme de cul-de-sac, dont le fond était formé par le muscle intercostal externe aminci, le muscle intercostal interne ayant été détruit par le travail perforateur (1).

(1) Cette observation a été publiée *in extenso* dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, t. III, p. 179. 1856.

Un tel accident est chose assez rare pour que l'homme de France qui a vu le plus de choses en anatomie pathologique, M. Cruveilhier, ne cite que le cas dont je viens de vous parler et que j'ai observé avec lui. Mais ce qui est un peu plus fréquent, c'est l'érosion du périoste ou du périchondre et une *nécrose* ultérieure d'une ou de plusieurs côtes, d'un ou de plusieurs cartilages ; ou bien encore, si la perforation des muscles intercostaux s'effectue assez lentement pour que des adhérences s'établissent et isolent la fistule pulmonaire de l'atmosphère cellulaire ambiante, la formation d'un kyste sous-cutané, espèce de caverne superficielle, diverticule de la caverne pulmonaire, contenant comme celle-ci des gaz et du pus, se distendant fortement par la toux et dont le volume varie dans l'inspiration comme dans l'expiration. Que l'inflammation gagne la peau, que celle-ci s'érode enfin, et la caverne pulmonaire communiquera avec l'extérieur ; il y aura *fistule broncho-cutanée*.

Si rares que puissent être ces accidents, il faut que vous en sachiez la possibilité, que vous en connaissiez la pathogénie, et qu'ainsi vous appreniez à ne pas considérer à la légère ces douleurs des sommets chez les phthisiques, alors qu'elles acquièrent un degré d'intensité insolite. Tenez-vous donc pour avertis en pareil cas et prévenez qui de droit de la gravité d'un accident possible et émouvant.

Je ne mentionne ici que pour mémoire le point de côté atrocement douloureux qui signale le début de l'*hydropneumothorax* ; point de côté tellement caractéristique par sa brusque apparition et sa subite intensité, que, dès qu'on l'observe chez un tuberculeux, on doit rechercher les signes physiques dénotant la présence de gaz et de liquides dans la cavité de la plèvre.

Enfin, vous aurez l'occasion de voir des tuberculeux chez lesquels une douleur aiguë se fera sentir à la région précordiale, vers l'épigastre et les insertions antérieures gauches du diaphragme, avec irradiations à l'épaule gauche ; douleur accompagnée d'une augmentation de la dyspnée due à la phthisie. Auscultez alors avec soin la région du cœur et vous y constaterez les bruits de frottement d'une *péricardite par propagation*, l'inflammation s'étant étendue de la plèvre gauche tuberculeuse au péricarde. Il

n'y a point là qu'une stérile satisfaction de clinicien : vous tirerez de cette investigation des indications pronostiques importantes, la situation du malade étant notablement aggravée par cette complication, qui ne produit pas seulement une fièvre nouvelle ou une exacerbation de celle qui existait déjà, mais qui trouble les fonctions du cœur et augmente la dyspnée par l'entrave douloureuse aux mouvements du diaphragme. En pareil cas, si la marche de la péricardite est aiguë et votre thérapeutique impuissante à l'enrayer, la mort peut être prochaine. Tel était le fait d'un malade que j'ai montré en consultation en 1866 à Trousseau : il s'agissait d'un cas de phthisie chronique, à marche fébrile continue ; la maladie, chronique par son évolution et aiguë par sa fièvre qui durait depuis plus de cinq mois, fut subitement aggravée par l'apparition des phénomènes dont je viens de vous parler, et le malade, quoi qu'on fit, succomba huit jours après le début de sa péricardite. Ordinairement, il est vrai, la péricardite prend le type chronique et est alors moins immédiatement redoutable.

Eh bien, si longue que soit déjà cette énumération des points de côté possibles chez les tuberculeux, elle est loin d'être complète : il est d'autres douleurs indépendantes de la tuberculisation ou qui lui sont plus ou moins directement liées, que vous pourrez rencontrer chez les « poitrinaires ».

Ainsi vous observez simultanément chez la jeune malade du n° 19 deux espèces de points de côté, de siège et d'origine bien différents : elle a des douleurs aux deux sommets, surtout manifestes à la pression, et des douleurs sous le sein gauche.

La pression des fosses sus-épineuses lui cause une assez vive souffrance, et dans une plus grande étendue à droite qu'à gauche. Le premier espace intercostal de chaque côté est douloureux spontanément et à la pression ; il en est de même des seconds espaces, où la douleur, limitée à gauche à la partie la plus voisine du sternum, s'étend à droite dans la partie antérieure de l'espace ; la sensibilité cutanée est manifestement exagérée dans les téguments qui correspondent aux points douloureux ; ce qui est le propre de la névralgie, et ce qui nous éclaire sur la nature de la douleur dont il s'agit ici. Enfin la pression de la dernière apophyse cervicale et des deux premières dorsales (lesquelles ap-

partiennent aux deux espaces endommagés) est également douloureuse.

Indépendamment de ces douleurs du haut de la poitrine, la malade se plaint de souffrir d'un point de côté à *gauche*, plus fort en certains jours, mais ne disparaissant jamais complètement, exaspéré par la toux et rendant parfois la respiration difficile. Ce point de côté occupe le cinquième et le sixième espace. Les apophyses épineuses correspondantes sont douloureuses.

Or, voici ce que révèle chez cette jeune malade l'investigation de la poitrine : à la percussion et en avant, le son, obscur des deux côtés, est un peu plus sourd sous la clavicule droite que sous la gauche ; dans les fosses sus-épineuses, matité légère, plus prononcée à droite. A l'auscultation, respiration rude sous les deux clavicles, surtout à droite, avec expiration prolongée. Quelques craquements en ces points. Dans les fosses sous-épineuses, mêmes résultats, plus prononcés à droite. Dans le reste des poumons, respiration normale.

Cette malade, chez laquelle les signes physiques de la tuberculisation pulmonaire sont si peu étendus encore et si peu prononcés, tousse beaucoup, surtout la nuit et le matin, a un peu de fièvre chaque soir et des sueurs nocturnes.

Il n'est donc que trop évident qu'elle est tuberculeuse et que même elle commence à devenir phthisique. Il est tout aussi évident que ses points de côté d'en haut de la poitrine sont symptomatiques de la présence de tubercules aux sommets des poumons. Mais de quoi la douleur de la partie latérale gauche du thorax est-elle donc le symptôme ? Il n'y a là aucune lésion pulmonaire ou pleurale qui l'explique ; c'est qu'en effet la douleur en question n'est pas une névralgie de cause locale, mais de cause générale. Ce qui l'a engendrée, c'est l'*anémie*. Et ce qui a engendré cette anémie, c'est tout à la fois la dyspepsie tuberculeuse et l'hygiène insuffisante. Depuis trois mois, la perte de l'appétit est devenue telle que la malade « mange par raison » ; il y a du gonflement épigastrique et de la céphalalgie à la suite des repas et pendant la durée de la digestion stomacale ; parfois il y a sensation de brûlure à l'épigastre et pyrosis. Tous les aliments sans distinction sont difficilement digérés. Ajoutez à cela qu'elle est

lingère, qu'elle garde pendant de longues heures la position assise et qu'ainsi elle ne trouve pas dans la mise en action de ses muscles un puissant auxiliaire pour son estomac paresseux. D'ailleurs la modicité de ses gains ne lui permet que l'achat d'aliments grossiers ou malsains, aussi incapables de solliciter son appétit que d'activer sa digestion. Que de causes physiques réunies, sans parler des causes morales, suffisantes pour engendrer l'anémie, voire même la tuberculose ! Et c'est ce qui est arrivé chez cette femme qui présente ainsi des douleurs thoraciques de deux ordres : aux deux sommets de la poitrine, des points de côté de névrite, d'origine tuberculeuse ; à la partie latérale gauche, un point de côté de névralgie, d'origine chloro-anémique.

Pour en revenir maintenant aux points de côté en général, vous avez pu voir qu'en égard à leur siège, il y a des points de côté :

1° *Latéraux*, ou des nerfs intercostaux, siégeant à l'espace correspondant au nerf intéressé, points de côté latéraux qui se subdivisent suivant la hauteur en *supérieurs*, *moyens* et *inférieurs* ;

2° *De la base*, ou des nerfs phréniques, avec irradiation à l'épaule gauche ou droite et au cou ;

3° *Rétro-sternaux*, ou du plexus cardiaque, avec irradiations possibles à l'épaule et au diaphragme, si le phrénique est intéressé.

A ces douleurs fondamentales et spontanées s'en ajoutent de *concomitantes*, ordinairement provoquées ; ce sont les douleurs des apophyses épineuses :

Comprenant, pour les névralgies intercostales, *autant d'apophyses dorsales plus 1* qu'il y a de nerfs intéressés (c'est-à-dire, pour un nerf malade, deux apophyses, pour deux nerfs, trois apophyses, etc.) ;

Comprenant, pour la névralgie du phrénique, les première, deuxième, troisième, quatrième et cinquième apophyses épineuses *cervicales*, avec prédominance de douleur pour la deuxième et la troisième ;

Comprenant, pour la névralgie du plexus cardiaque à peu près les mêmes apophyses cervicales que pour les phréniques.

De cette étude d'ensemble sur les points de côté, ce qui doit ressortir pour vous avec la plus haute évidence, c'est le rôle considérable qu'y joue la *névralgie*.

A l'exception, en effet, d'une lésion directe de la portion osseuse ou cartilagineuse de la poitrine, depuis la fracture jusqu'à l'exostose ; à l'exception d'une lésion de la portion charnue, pleurodynie ou déchirure musculaire, tout le reste n'est que névralgie, soit par névrite, soit par névrose.

Mais la nature névralgique de la douleur et le siège de cette névralgie une fois reconnus, vous n'avez encore accompli que la partie scientifique la plus facile et la plus brillante de votre tâche : c'est la physiologie de la pathologie que vous avez faite, et l'esprit seul de l'anatomiste est satisfait, tandis que la partie pratique, médicale, de la tâche, celle qui a moins en vue la satisfaction du médecin que le soulagement du malade, celle-là reste tout entière à accomplir. Vous avez encore, en effet, à déterminer la cause générale ou l'origine matérielle de cette névralgie.

Il ne faut pas vous payer de mots :

Quand vous avez dit *névralgie* alors que le malade disait *douleur nerveuse*, vous avez simplement traduit en grec ce qu'il disait en fort bon français ; vous n'avez encore rien fait de médical.

Là où vous commencez à faire acte de médecin, c'est quand vous reconnaissez que cette névralgie est *symptomatique*, qu'elle n'est qu'une fraction de la maladie, comme le nerf frappé n'est qu'une fraction de l'organisme.

Là où vous êtes plus médecin encore, c'est quand vous essayez de découvrir la nature et l'origine de cette névralgie, et que vous en recherchez les sources dans l'état général du malade ; c'est quand vous arrivez à reconnaître qu'il est un *névropathique* ou un *rhumatisant*, un *saturnin* ou un *syphilitique*. Car, alors seulement vous pourrez porter un pronostic et instituer un traitement.

Je ne sais pas d'exemple plus probant des erreurs comme des dangers de l'analyse médicale exagérée que la description isolée des névralgies considérées en soi, comme maladies indépendantes. Rien de mieux que d'en avoir décrit soigneusement les symptômes, mais rien de pis que d'avoir cousu à ce travail de

pure séméiotique un chapitre de pronostic, et d'avoir dit comme Valleix parlant de la névralgie intercostale : « Le pronostic de cette affection (la névralgie intercostale une affection!) n'est point grave... Toutefois, si cette affection *n'inspire pas de craintes pour la vie* des malades, on a à redouter la prolongation de sa durée, et même un accroissement de sa violence à mesure qu'elle deviendra plus ancienne (1). » Proposition étrange, et inexacte après tout, attendu que, à prendre les choses à la lettre, la névralgie intercostale des phthisiques est suivie de mort.

En résumé, les points de côté peuvent dériver d'une lésion ou d'un trouble fonctionnel du *contenant* ou du *contenu* de la poitrine.

Le contenant, la *cage* thoracique, se compose d'une charpente osseuse et cartilagineuse, tapissée par des muscles et parcourue par des nerfs. Eh bien, la lésion de chacune de ces parties constituantes peut être le point de départ d'une douleur ; ainsi les *côtes*, les *cartilages*, le *sternum* et les *vertèbres*.

Je n'ai pas à vous mentionner toutes les lésions possibles de ces portions du squelette, je vous rappellerai seulement le cas assez peu fréquent de fracture d'un cartilage costal que je vous ai signalé chez notre malade de la salle Saint-Charles et qui a été précisément l'occasion de cette longue étude sur les points de côté. Je vous indiquerai aussi un fait auquel on ne songe pas volontiers d'abord, c'est le point de côté dû à un abcès migrateur ayant pour origine une carie vertébrale et que vous reconnaîtrez à l'examen attentif des vertèbres qui confinent à l'espace intercostal douloureux ainsi que de cet espace même. Je vous signalerai encore le fait relativement rare des douleurs du rachitisme thoracique de l'adulte ; rachitisme dont l'idée ne se présente pas ordinairement à l'esprit et que cependant on peut observer même à un âge fort avancé, ainsi que j'en ai montré un fort bel exemple chez une femme de soixante-six ans à Trousseau, qui l'a mentionné dans sa *Clinique*. Ce que je veux dire dans ce rapide résumé, c'est que chacune de ces parties de la charpente thoracique peut être

(1) *Traité des névralgies*, p. 141.