

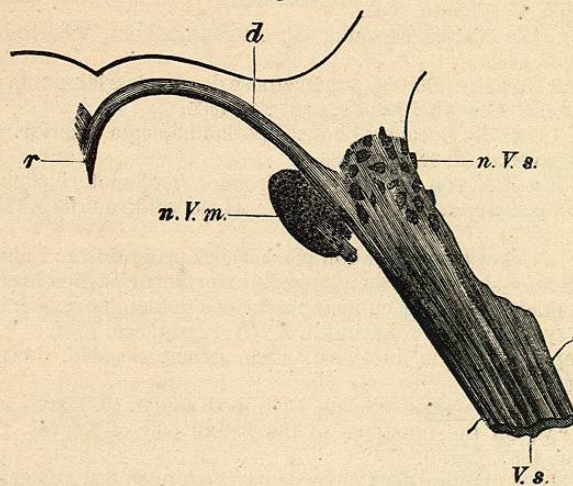
Bernhardt, Beitrag zu der Lehre von den basalen und nucleären Augenmuskellähmungen. Arch. f. Psych. XIX, 2, pag. 505. 1888.
 Moebius, Ueber angeborene doppelseitige Abducens-Facialislähmung. Münchener med. Wochenschr. 6. 1888.

QUATRIÈME CHAPITRE.

Maladies du trijumeau.

Le trijumeau, à sa sortie, est le plus volumineux des nerfs crâniens. Il abandonne le cerveau par deux racines distinctes, l'une, antérieure, petite, exclusivement motrice, l'autre, postérieure, plus importante, qui est la portion sensible. Son point d'émergence se trouve à la base de la protubérance, ses limites latérales répondent aux pédoncules cérébelleux moyens.

Fig. 11.



Noyau du trijumeau (D'après Schwalbe).

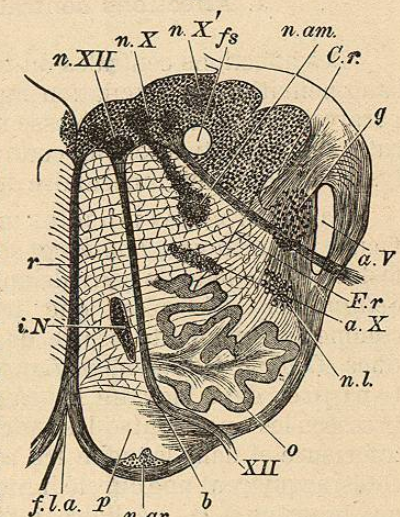
n. V. s. Noyau de la racine sensible, *n. V. m.* Noyau de la racine motrice, *d* Faisceau se dirigeant vers le raphé, *r. V. s.* Racine sensible.

Les deux racines s'unissent et atteignent une cavité, la dépression de Meckel, formée par la dure-mère sur l'extrémité interne de la face supérieure de la pyramide du rocher, là même où la racine postérieure forme un ganglion semi-lunaire, le ganglion de Gasser. De ce ganglion sortent les trois branches, l'ophtalmique, le maxillaire supér. et le maxillaire infér., qui quittent la cavité du crâne par la fissure orbitaire supérieure, le trou rond et le trou ovale.

Le trijumeau possède deux noyaux, un moteur et un sensible. Le premier, le moins considérable, situé dans la région latérale de la calotte, possède des cellules ganglionnaires dont la dimension est relativement considérable (60 à 70 μ suivant leur plus grand diamètre); le noyau sensible, plus volumineux, est situé en dehors du précédent : les cellules ganglionnaires qu'on y trouve plongées dans la masse de substance grise, sont de très petite taille (20 à 30 μ).

Les opinions, concernant l'origine des deux racines, sont extrêmement variées, et il n'y a que bien peu de choses que l'on puisse considérer comme certainement acquises. Il est certain que la racine motrice sort du noyau moteur; qu'il existe, de plus, un certain nombre de minces fibres nerveuses qui, venues de tout au dessus dans la région des tuberc. quadrij. ant., descendent, sur le côté de l'aqueduc de Sylvius, pour se diriger vers le point d'émergence du trijumeau, dont elles viennent renforcer la racine sensible. Ces faisceaux constituent la racine descendante du trijumeau (antérieure ou supérieure de Henle). Sur une coupe transversale passant par la protubérance (v. fig. 9 V d), cette racine présente une section semi-lunaire à convexité dirigée en dehors. Il est probable, mais non prouvé, que la racine sensible sort du noyau sensible dont il a été question plus haut. Rappelons en outre que déjà dans la région du second nerf cervical, vers le sommet de la corne postérieure, on peut suivre une traînée longitudinale de filaments nerveux, dont la coupe transversale, en forme de demi-lune, est bien caractéristique : ce faisceau gagne en dimensions au fur et à mesure qu'il s'élève, et on le poursuit vers le haut jusqu'au point d'émergence du nerf de la cinquième paire. Des coupes longitudinales convenables démontrent clairement comment ce faisceau longitudinal devient une partie principale de la racine sensible du trijumeau : il a reçu le nom de grande racine ascendante. La fig. 12 le représente coupé transversalement.

Fig. 12.



Coupe transversale de la moelle allongée (d'après Schwalbe).

a. V Racine ascendante du trijumeau, *n. XII* Noyau de l'hypoglosse, *n. X* et *n. X'* Noyau du vague, *XII N.* hypoglosse, *fs* Faisceau solitaire (faisceau respiratoire), *p* Faisceau pyramidal, *o* Olive, *i. N* Noyau justa-olivaire interne, *f. l. a.* Fissure longitudinale antérieure, *n. am.* Noyau ambigu.

On ne connaît pas encore d'une façon certaine le centre cortical du trijumeau. Cependant, eu égard aussi bien aux expérimentations sur les animaux qu'aux observations cliniques (d'ailleurs en trop petit nombre), on a toute raison de supposer qu'il se trouve, du moins pour ce qui regarde la partie motrice du nerf, dans la région antérieure de la fosse sylvienne. Nous ne savons rien concernant la portion sensible.

Les affections du trijumeau se divisent avant tout, en centrales et en périphériques : parmi les premières, nous rangeons la lésion corticale et la lésion bulbaire du trijumeau; parmi les secondes, les lésions intra-crâniennes et les lésions extra-crâniennes. Le trijumeau, on le sait, est un nerf mixte, c'est-à-dire qu'il se compose de fibres sensibles et de fibres motrices, les premières, il est vrai, en majorité, les secondes cependant très importantes et contenues dans sa troisième branche.

Puisque c'est toujours l'excitation, ou la dépression qui est en jeu, il en résulte qu'au point de vue clinique il nous faudra distinguer, pour la portion sensible du nerf, l'hyperesthésie (névralgie, névrite) de l'anesthésie, et pour la portion motrice, l'hyperkinésie (convulsion) de l'akinésie (paralyse, parésie).

I. Affections centrales du trijumeau.

Des affections centrales du trijumeau, les unes sont dues à l'augmentation de l'excitation du centre cortical, les autres à la paralysie de ce centre (faiblesse relative, parésie). A la première catégorie appartiennent les contractures, à la seconde, les paralysies de l'appareil musculaire de la mastication.

La crampe des muscles masticateurs (trismus, crampe faciale masticatoire, *Romberg*) se montre souvent comme manifestation partielle de convulsions générales (*Senator, Petrina, Seligmüller*). Ce n'est que très rarement qu'on l'observe comme indépendante, isolée de toutes convulsions plus étendues (*Lépine, Pfunzen, v. Langer*). On distingue une forme tonique, dans laquelle les rangées dentaires sont fortement pressées les unes contre les autres par l'action de la mâchoire inférieure et dans laquelle les masséters (d'ordinaire des deux côtés) acquièrent une dureté ligneuse, et une forme clonique qui imprime à la mâchoire inférieure des mouvements dans tous les sens, verticalement et horizontalement, donnant lieu ainsi à des mouvements convulsifs de mastication. Un de mes clients, souvent atteint de légères attaques apoplectiques, présente chaque jour, des heures durant, des mouvements de mastication, qui parfois deviennent si prononcés que, malgré lui, il lui arrive souvent, en fumant, de trancher le bout de son cigare.

L'affection est souvent de nature réflexe : une irritation dentaire, la périostite du maxill. infér., des douleurs de la face, peuvent en être le point de départ. Dans certains cas, il peut réellement s'agir d'une affection corticale, cependant nous ne possédons à ce sujet aucune confirmation *post-mortem*.

La paralysie des muscles de la mastication se présente plus rarement que la contracture; *Barlow, Oulmont* et *Kirchhoff*, qui en ont rapporté des exemples, ont trouvé des lésions de l'écorce cérébrale ou bien isolées, ou bien associées à des lésions d'autres parties du cerveau. Tous les cas avaient ceci de commun, au point de vue anatomo-pathologique, que les lésions corticales étaient toujours bilatérales, atteignant ainsi les deux centres d'innervation. La première observation qui ait relaté une lésion unilatérale, a été publiée par moi (v. bibl.).

Elle confirme l'opinion que le centre cortical du trijumeau comprend le tiers inférieur de la circonvolution centrale antérieure et le pied voisin des 2^e et 3^e circ. frontales; elle démontre encore qu'une lésion cérébrale siégeant d'un seul côté (le gauche dans le cas qui nous occupe), est suffisante pour amener une paralysie bilatérale des muscles de la mastication. La lésion avait été déterminée par un psammome qui, gros comme une noisette, siégeait sur la dure-mère et la partie du cerveau dont nous venons de parler : à son niveau, la substance cérébrale semblait ramollie et déprimée. La faiblesse des muscles masticateurs avait acquis un degré très élevé, et le cas était d'autant plus intéressant qu'il y avait en même temps coexistence de douleurs faciales se montrant par accès, et de convulsions dans la région gauche de la face.

La parésie et la paralysie des muscles de la mastication se rencontrent parfois comme manifestation partielle de la paralysie bulbaire progressive et de la paralysie pseudobulbaire. Sans vouloir contester *à priori* qu'elles puissent également subsister comme maladie purement périphérique, atteignant isolément la portion motrice de la troisième branche, il faut cependant bien reconnaître que rien de semblable ne s'est encore offert à l'observation. L'examen électrique permettrait seul de poser le diagnostic entre l'affection centrale et l'affection périphérique : s'il se montre, sous l'influence de l'excitation faradique et galvanique de ces muscles, une réaction qui ne diffère de la normale ni en intensité, ni en qualité, on peut conclure à une lésion centrale; dans le cas contraire, si, par exemple, on constate la réaction de dégénérescence, le siège est périphérique. Dans ce dernier cas seulement, l'affection est accessible au traitement électrique, sans que pour cela, on puisse en attendre beaucoup de succès; nous sommes au contraire complètement désarmés contre la maladie centrale.

Nous ne connaissons pour ainsi dire rien des affections pouvant atteindre les noyaux et les racines du trijumeau dans le pont de Varole : les connaissances anatomiques concernant ces noyaux et ces racines sont d'ailleurs elles-mêmes très-incomplètes. On n'a pas encore pu établir si ces affections peuvent se rencontrer isolées, ou bien plutôt, si elles ne font pas toujours partie de quelque processus atteignant en même temps les centres nerveux du bulbe; il semble cependant que les centres du trijumeau soient affectés relativement tôt dans le cours de certaines maladies générales du système nerveux, telles que la sclérose multiple et particulièrement le tabes. *Erben* (*Wiener med. Blätter*, N^o 43, 44. 1886) prétend avoir

remarqué qu'il se produisait, chez les tabétiques, des accès très pénibles d'une paresthésie du goût, siégeant dans l'arrière bouche et très marquée surtout au bord antérieur de la langue, accompagnée d'anesthésie dans le domaine de la troisième branche du trijumeau. On pourrait, par analogie avec les crises gastriques que l'on rapporte à une affection du noyau du vague, faire remonter ceci à une atteinte des nerfs gustatifs. Il existe également une anesthésie centrale du trijumeau : abstraction faite de ce qu'elle peut affecter les deux côtés à la fois, ses symptômes peuvent la faire confondre complètement avec la périphérique : son origine centrale pourra être décelée par la participation, du même côté, d'autres nerfs, aussi bien sensibles que moteurs, au processus morbide (*Romberg*). L'obstacle à la conduction peut se trouver à la base du crâne.

Bibliographie.

- Romberg, Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen. 3. veränderte Auflage. Berlin 1853, pag. 367 ff.
 Senator, Berl. klin. Wochenschr. 4. 1879.
 Petrina, Prager Vierteljahrschrift. Bd. 133.
 Seligmüller, Archiv für Psychiatrie. Bd. VI, pag. 825.
 Gerhardt, Festschrift der Würzburger Universität. Leipzig 1882.
 Barlow, Brit. med. Journ. 28. July 1877.
 Oulmont, Revue mensuelle 1877.
 Kirchoff, Arch. f. Psychiatrie. Bd. XI, pag. 133.
 Hirt, Zur Localisation des corticalen Kaumuskelcentrums beim Menschen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. 1887.

II. Affections périphériques du trijumeau.

Le nerf peut être atteint dans sa partie périphérique intra ou extra-crânienne. Si l'affection s'attaque au tronc et s'étend à toutes les trois branches, la distinction du siège peut n'être pas toujours facile ni même possible. Dans l'état actuel de nos connaissances, il nous est impossible de distinguer si le mal siège ou sur le tronc nerveux en deçà du ganglion de Gasser, ou sur ce ganglion lui-même, ou enfin, sur les branches après leur sortie de la cavité crânienne.

On ne pourra admettre, avec quelque vraisemblance, que le tronc nerveux est atteint en deçà du ganglion de Gasser, que si le territoire sensible complet du nerf se trouve en souffrance et s'il se montre, en même temps, des troubles trophiques d'une certaine étendue ; pour le moment, on ne peut pas attacher grande importance pratique aux maladies du ganglion de Gasser lui-même (inflammations, néoplasmes, ramollissement).

Le diagnostic du siège de l'affection deviendra facile au

contraire, si le mal, au lieu de frapper le tronc, atteint les ramifications extrêmes des branches nerveuses : nous aurons ainsi à étudier, parmi les affections intracrâniennes, les maladies des plus fines ramifications du trijumeau dans la dure-mère, et parmi les extracrâniennes, celles de ses branches qui s'épanouissent sur la face et dans les fosses nasales.

A. Maladies intracrâniennes.

Le mal de tête, céphalée. La migraine, hémicrânie.

Il est à peu près certain que les cas de céphalalgie idiopathique, sans intervention du trijumeau et spécialement de ses terminaisons dans la dure-mère (v. p. 5), ne se présentent qu'exceptionnellement. Il nous a donc paru convenable de traiter ici ce symptôme morbide, tout en prévenant cependant que nous allons nous trouver en présence d'états très disparates, tant au point de vue étiologique que pathologique.

Il s'agit en premier lieu de bien déterminer si la céphalalgie est simplement un symptôme lié à une autre affection, ou si elle constitue une maladie indépendante. Lorsqu'elle se montre au début d'une grave maladie générale, d'une maladie infectieuse aiguë, par exemple, ou lorsqu'elle apparaît au cours d'une affection organique du cerveau, telle qu'une tumeur, ou enfin, lorsqu'elle se manifeste liée à de notables troubles de nutrition, comme dans la chlorose et l'anémie, personne assurément ne s'avisera de la prendre pour une maladie indépendante, idiopathique, contre laquelle il faille diriger une thérapeutique spéciale : elle ne représente qu'une manifestation partielle de l'affection fondamentale et sera traitée en conséquence.

Il en est autrement de cette céphalalgie qui, procédant par accès ou existant d'une manière continue, atteint, pendant de longues années, certaines personnes d'une santé générale irréprochable, chez lesquelles un examen minutieux, plusieurs fois répété, n'a fait découvrir aucune affection. Dans ces conditions, il faut bien admettre une céphalalgie essentielle, idiopathique, et l'on doit s'efforcer de déterminer : *a)* son siège, *b)* ses particularités et sa marche, *c)* son étiologie, et *d)* sa thérapeutique.

a) Le **siège** de la céphalalgie ne peut presque jamais être fixé d'une façon certaine.

Cependant, étant donné que la substance cérébrale elle-même est insensible, on est autorisé à admettre que ce sont les terminaisons sensibles du trijumeau dans la dure-mère, qui interviennent pour produire cette céphalalgie.

Pour ce qui est des conditions capables d'amener l'état d'irritation de ces fibres nerveuses qui se traduit par le mal de tête, elles ne sont encore que bien imparfaitement connues, ce que nous en savons fait plus ou moins partie du domaine de l'hypothèse. Ce qui paraît le plus vraisemblable, c'est que la quantité de sang que contient le cerveau joue un rôle important, qu'il s'agisse d'un excès ou d'une insuffisance, ou de variations d'un degré modéré, mais se répétant fréquemment. L'excès constitue l'hypérémie; l'insuffisance, l'anémie du cerveau. On admet l'existence du premier chez des personnes très sanguines, sujettes aux congestions cérébrales et souffrant d'accès de céphalalgie; la seconde, au contraire, sera supposée lorsque ces maux de tête fréquents se montreront chez les sujets anémiques, exposés aux lipothymies. Nous ne connaissons d'ailleurs rien de positif à cet égard et nous nous réservons de développer plus tard cette question.

Les oscillations de pression sanguine constituent probablement la cause de l'irritation des ramifications terminales du trijumeau dans la dure-mère et la pie-mère; elles offrent beaucoup plus d'intérêt et sont d'ailleurs vraisemblablement plus fréquentes. Que l'on suppose que de telles oscillations se répètent souvent, de façon qu'il se fasse dans les deux moitiés du cerveau, un apport inégal de sang, alors l'excitabilité des terminaisons sensibles peut s'accroître d'une façon anormale et, petit à petit, l'état pathologique se constitue. Les observations cliniques semblent prouver qu'il peut se produire, sans causes déterminées, une augmentation de l'excitabilité des terminaisons du trijumeau, coïncidant avec l'apparition d'oscillations de la pression sanguine. Si l'accès de céphalalgie, qui en résulte, s'accompagne de phénomènes vaso-moteurs, soit d'excitation, soit de paralysie, on lui donne alors le nom de migraine ou d'hémicrânie. Cette dernière désignation est réservée pour les cas (d'ailleurs assez restreints) où la douleur se circonscrit bien nettement à une moitié de la tête. Eu égard aux phénomènes vaso-moteurs précités, on est disposé à placer le siège de l'affection dans le sympathique: on ne parvient cependant pas à prouver que ces phénomènes attribués au sympathique ne soient pas uniquement secondaires, consécutifs à la douleur, par conséquent de nature purement réflexe (*Mœbius*). Aussi longtemps que cette démonstration n'est pas faite, on peut parfaitement considérer la migraine comme dépendant du trijumeau et la traiter en même temps que les affections de celui-ci.

Dans certains cas particuliers, qui semblent ne se présenter qu'exceptionnellement, on devrait reporter le siège du mal de

tête dans certains muscles qui présenteraient des points douloureux à leurs insertions ou sur leur trajet (*O. Rosenbach*, v. bibliogr.). Parmi ces muscles, on a signalé, à côté du frontal, de l'occipital et du temporal, le sterno-cleido-mastoïdien et la partie supérieure du trapèze. Un examen attentif permettra de constater l'existence de cette myalgie, occasionnée souvent par une position défectueuse de la tête pendant le sommeil.

b) Pour ce qui concerne les **particularités** et la **marche** de la céphalalgie coexistant avec une affection du trijumeau, hâtons-nous de dire que, la qualité et le siège de la douleur, peuvent déjà varier extrêmement. Alors que l'un la qualifie de sourde et térébrante, chez l'autre elle sera cuisante et pongitive; certains sujets en placent le siège principal au front, d'autres au contraire souffrent à l'occiput, au vertex, aux tempes, etc. Il arrive plus rarement que le patient accuse avec persistance, comme siège de la douleur, un endroit bien circonscrit des téguments du crâne. Le degré diffère également beaucoup: il varie depuis la simple lourdeur jusqu'aux pressions intolérables, aux douleurs qui privent du repos de la nuit: chez les uns, le moindre choc, le moindre attouchement les exaspèrent, chez d'autres, une constriction énergique de la tête semble les calmer. Dans des cas heureusement rares, la céphalalgie dure des jours, des semaines, des mois même, sans être interrompue; le plus souvent, elle présente des rémissions ou cesse complètement pendant un certain temps. Il est impossible d'établir de règle pour ces alternatives; chaque cas a sa physionomie spéciale: c'est ainsi que dans l'un, il peut se produire un léger mouvement fébrile qui manquera complètement dans tel autre; certain patient se félicite d'avoir un excellent appétit malgré les plus vives douleurs, c'est le contraire chez un autre, et ainsi de suite.

L'accès de migraine offre parfois certaines particularités que nous devons signaler. L'accès est ordinairement précédé de quelques heures par des phénomènes prodromiques: ils consistent en abattement général, frissons, tendance aux baillements, bourdonnements d'oreilles, etc. Si l'accès proprement dit se produit le matin, le patient s'éveille d'ordinaire pendant la nuit et en reconnaît l'approche avec certitude. Ainsi que nous en avons déjà fait la remarque plus haut, la douleur se circonscrit parfois à une moitié de la tête, surtout à la moitié gauche. Il arrive aussi très souvent que le siège du mal se déplace pendant l'attaque, et que le patient se plaigne tantôt de la moitié droite, tantôt de la gauche. On peut fréquemment remarquer que le patient pâlit