

- de la céphalalgie nerveuse. Congr. intern. de Copenhague. III. Psych. et Neurol., pag. 151. 1886.
- Rosenbach, O., Ueber die auf myopathischer Basis beruhende Form der Migräne und über myopathische Cardialgie. Deutsche med. Wochenschr. 12, 13. 1886.
- Legal, Ueber eine öftere Ursache der Schläfe-Hinterhauptskopfschmerzen. Deutsches Arch. f. klin. Med. XL, 2. 1887. Bresl. ärztl. Zeitschr. VIII, 20. 1887.
- Haig, Lancet. May 28, pag. 1088. 1887.
- Eulenburg, Zur Aetiologie und Therapie der Migräne. Wien. med. Presse. 1887.
- Faust, W., Antifebrin gegen Kopfschmerz. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. 1887.
- Thomas, La Migraine. Paris. Delahaye. 1887.
- Bickerton, On Headache due to errors of the refractive media of the eye. Lancet. August 13, 1887. pag. 303.
- Strümpell, Krankheiten des Nervensystems. 4. Aufl. Leipzig 1887.
- Trussewitsch, Ueber Anwendung und Dosirung des Nitroglycerins als Arzneimittel. Petersburger med. Wochenschr. Nr. 3. 1887.
- Müller-Lyer, Ueber ophthalmische Migräne. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 42. 1887.
- Gilles de la Tourette et P. Blocq, Sur le traitement de la migraine ophthalmique accompagnée. Progr. méd. Nr. 24. 1887.
- Glasgow, Boston med. and surg. Journ. CXVI, 24. June 1887.
- Grout, De la migraine dentaire. Gaz. des Hôp. 106. 1887.
- Suckling, Brain. XXXVIII, pag. 241. 1887.
- Edward Liveing, On Megrin, Seck-Headache and some allied Disorders, Londres, 1873.

B. Affections extracrâniennes.

Ces affections sont très fréquentes, mais là ne réside pas leur seul intérêt : elles permettent de résoudre certaines questions physiologiques d'une haute importance, ainsi, par ex., le trajet des fibres nerveuses trophiques et gustatives. Il est inutile d'ajouter que pour atteindre ce but, on ne pourra s'appuyer que sur des observations rigoureusement exactes.

Nous examinerons, en premier lieu, les affections qui se rapportent aux branches nerveuses de la face, en restant toujours fidèle à notre division en excitations et en paralysies.

1. Névralgie du trijumeau. Prosopalgie, Tic douloureux, Douleur faciale de Fothergill.

C'est une des affections du trijumeau que l'on rencontre le plus souvent. Son degré varie extrêmement : débutant par une sensation modérée de douleur sourde, pénétrante, toujours fort accablante, elle atteint parfois une acuité extrême, telle qu'on ne la rencontre dans aucune autre névralgie. Elle est le plus souvent unilatérale et affecte de préférence la première ou la seconde branche : la partie sensible de la troisième semble être assez à l'abri, au moins isolément, car il n'est pas rare de voir

les trois branches atteintes simultanément. La nature de la douleur varie à l'infini : tel patient ressent un mal comparable à celui que produirait un fer rouge enfoncé dans les os, tel autre accuse une brûlure ressemblant à celle des orties, un troisième croit sentir une vrille lui perforer les os, etc. Presque chaque cas présente ses particularités, quant à la fréquence et la durée des paroxysmes qui sont souvent séparés par des intervalles d'accalmie complète.

Les points douloureux de *Valleix* sont rarement définitifs. On les trouve assez régulièrement aux trous sus-et sous-orbitaires, au point d'émergence du malaire sous-cutané au trou mentonnier et, au devant du conduit auditif externe, au point où l'auriculo-temporal s'étend sur l'arcade zygomatique; le point palpébral, sur la paupière supérieure, le point pariétal, sur la tubérosité pariétale, le point labial, sur la lèvre supérieure, et d'autres encore, sont beaucoup moins constants. Par une pression un peu énergique, exercée au niveau de ces points, on détermine toujours une certaine douleur, même en dehors des attaques, dont on peut parfois ainsi provoquer le retour.

La névralgie de la première branche atteint généralement le n. sus-orbitaire, se traduisant alors par de la douleur dans le front, le nez et la paupière supérieure, et les n. ciliaires, donnant lieu à des douleurs du bulbe. Les autres branches sont rarement frappées. La névralgie de la deuxième branche occupe la joue, la paupière inférieure, le nez et la lèvre supérieure, souvent aussi la rangée de dents supérieures (n. alvéolaire supér.) et la voûte palatine (n. sphéno-palatin). Le n. sous-orbitaire est le plus souvent affecté isolément. Enfin la névralgie de la troisième branche atteint la mâchoire inférieure, le menton, la joue, le pavillon de l'oreille et le conduit auditif externe; la rangée de dents inférieures, la langue et la muqueuse buccale, sont fréquemment le siège de douleurs très vives. Ainsi qu'on l'a vu plus haut, la troisième branche est rarement frappée isolément : le n. alvéolaire fait seule exception, les douleurs dentaires qu'il occasionne, ont souvent déterminé les patients à se faire dégarnir, sans résultat naturellement, toute la mâchoire, dent par dent.

Les fibres vaso-motrices et trophiques du nerf peuvent prendre part à l'affection : la rougeur intense, l'hyperhidrose, les énergiques pulsations de l'artère temporale, sont des symptômes qu'il est souvent donné d'observer du côté malade. Il en est de même pour l'augmentation de sécrétion des larmes et de la salive, les affections des cheveux, telles que le grisonnement et la chute, surtout aux points où la douleur est la plus

forte. On a signalé, sur la partie malade, des éruptions d'herpès, surtout d'herpès zoster, ophtalmique et frontal.

L'**anatomie pathologique** de l'affection est fort peu avancée : on a signalé dans certains cas, une tuméfaction du névrilème, la dégénérescence du ganglion de Gasser et des troncs nerveux, mais ces altérations n'avaient rien de constant et on ne peut leur attribuer aucune importance particulière. On peut en dire autant des petites concrétions inorganiques trouvées çà et là sur le névrilème. L'origine de l'affection pourrait peut-être bien aussi remonter à des lésions intéressant l'écorce ou les noyaux et racines du nerf; rien n'est venu, jusqu'à présent, confirmer cette hypothèse, cependant admissible (v. le cas publié par moi, *Berlin. klin. Wochenschr*, 1887. 27).

La **durée** de l'affection est d'ordinaire extrêmement longue; les cas où le patient en est tourmenté jusqu'à ses derniers jours, sont tout aussi fréquents ici que dans la migraine, mais les souffrances sont bien plus intolérables, elles assombrissent toute son existence. On comprend facilement que le malade après avoir demandé en vain la guérison à tous les remèdes possibles, en arrive, comme dans la migraine, à ne plus recourir aux moyens médicaux.

Dire que l'affection peut durer toute la vie, c'est avouer l'impuissance, malheureusement trop fréquente, de la **thérapeutique**. A dire vrai, on n'a d'espoir de guérison que là où existe une maladie fondamentale, la malaria, par ex., dont la névralgie constitue alors une simple manifestation, ou bien encore, dans les cas où l'on découvre une cause locale qu'il est possible de faire disparaître, affections des os, corps étrangers, néoplasmes, etc. Un traitement interne approprié, l'intervention chirurgicale, pourront avoir raison de ces cas.

Il en est tout autrement de ceux où manquent une base pour le diagnostic et un objectif pour la thérapeutique : on en est alors réduit à essayer les soi-disant nervins et remèdes spécifiques. On s'exposerait à de cruels mécomptes si on s'attendait à les voir souvent réussir.

L'arsenic, le zinc, la quinine, le bromure et l'iode de potassium, ensuite l'assa foetida, le castoreum, la valériane et bien d'autres médicaments encore, aujourd'hui tombés dans l'oubli, ont été essayés et le sont encore actuellement. Chacun a ses partisans, tous sont capables de procurer, dans des circonstances favorables, un certain soulagement mais qui, le plus souvent, n'est pas durable et ne s'est jamais montré définitif. S'il existe de la chlorose, c'est au fer, dont les pilules de *Blaud* constituent une excellente préparation,

à l'arsenic, à la quinine et à l'iode de potassium, qu'il faudra s'adresser de préférence. Restent-ils impuissants, on recourra au salicylate de soude (4 à 6 gr. par jour, en capsules), puis au salol et à la teinture de gelsemium que l'on administre à la dose de 20 gouttes toutes les 2 heures, jusqu'à apparition des premiers phénomènes d'intoxication. Le sublimé (0,05 *pro die*, en pilules), m'a parfois rendu quelques services. Quant au butylchloral (butyl. chloral. hydr. 7,5, glycer. 20, aq. 130 : 1 c. à b. toutes les 10 min.) je ne puis absolument en faire aucun éloge; dans toutes mes observations, je l'ai toujours trouvé en défaut, aussi bien que le bichlorure de méthyle, que l'on applique extérieurement à l'aide d'un pulvérisateur. On retire tout autant de succès des autres anesthésiques, du chloroforme avant tout, et les narcotiques se montrent au moins supérieurs. *Trousseau* le savait déjà lorsqu'il déclarait, comme seules efficaces, de fortes, ou mieux, d'énormes doses de morphine ou d'opium. Quant à la morphine, il sera bien difficile de s'en abstenir dans le tic douloureux, surtout dans les attaques sérieuses; unie à l'atropine, ou administrée alternativement avec ce dernier médicament, elle rendrait certains services (*Althaus*). L'hydrate de chloral, 4 à 6 gr. *pro die*, donné isolément n'offre aucune utilité, tandis qu'associé à la morphine, il se montre très efficace. On pourra encore essayer l'antipyrine, si recommandée, dans ces derniers temps, dans toutes les affections imaginables.

Les dérivatifs sont capables d'adoucir passagèrement la douleur : tels sont le lavement d'eau froide répété chaque jour (*Gussenbauer*), les sinapismes, de légers moxas, des applications froides et chaudes, le pinceau électrique. On peut en dire autant de l'électricité, que l'on appliquera soit d'après la méthode polaire (anode stable, *loco morbi*, cathode indifférent, courant faible d'intensité croissante et décroissante), soit d'après la méthode basée sur la direction du courant (courant descendant, stable). La galvanisation du cou a été recommandée. On peut aussi essayer le courant constant administré en même temps que la chloroformisation, ainsi que l'a proposé *Adamkiewicz* dans une communication concernant le traitement au moyen de la cataphorese : j'ai expérimenté avec succès, à diverses reprises, l'électrode à diffusion (*Diffusions-electrode*) que cet auteur préconise (v. bibl.). On obtient également un grand soulagement à l'aide du pinceau faradique, dont on parvient à mitiger l'effet en interposant une feuille de papier brouillard. Je puis enfin recommander en conscience une énergique faradisation de la peau pratiquée aussi pendant les accès douloureux.

L'intervention opératoire (névrectomie) est tombée en discrédit dans ces derniers temps; ce n'est que justice, les résultats qu'elle donnait, étaient ou nuls ou passagers. On pourra encore prescrire les bains, surtout les thermes indifférents, le séjour à la mer ou sur les montagnes, les cures à l'eau froide, les bains de vapeur.

L'étiologie est obscure : l'hérédité et le refroidissement jouent peut être un certain rôle, mais ils n'expliquent rien des particularités des névralgies du trijumeau. Par contre, les anomalies anatomiques sont plus significatives (exostoses, rétrécissements des canaux osseux de cause syphilitique, etc.). L'âge, le sexe, le travail professionnel, ne semblent exercer aucune influence; cependant, la névralgie est très rare chez les enfants et quand elle existe, elle est toujours d'origine héréditaire.

Bibliographie.

- Peyrounet de Lafonvielle, De la névralgie du Trijumeau et en particulier de son traitement par les pulvérisations de Chlorure de Méthyle. Thèse de Paris. 1886.
- Gussenbauer, Ueber Behandlung der Trigemini-neuralgie. Prag. med. Wochenschr. XI, 31. 1886.
- Schech, Klonische Krämpfe des weichen Gaumens mit objectivem Ohrgeräusch in Folge von nasaler Trigemini-neuralgie. Münchener med. Wochenschr. 22. 1886.
- Adamkiewicz, Die Diffusionselektrode. Neurol. Centralbl. Nr. 18 1886.
- Hirt, Breslauer ärztl. Zeitschr. Nr. 22. 1886.
- Krieger, Centralbl. f. klin. Med. 44. 1886. (Antifebrin.)
- Seifert, Ueber Antifebrin als Nervinum. Wiener med. Wochenschr. 35. 1887.
- Vanlair, Les névralgies, leurs formes, leur traitement. 2^e édit., Bruxelles, 1882.

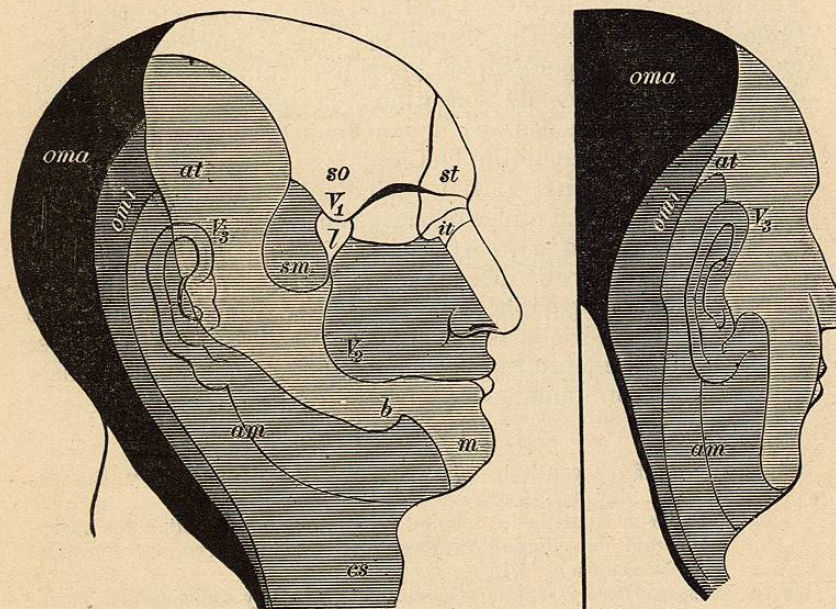
2. Anesthésie du trijumeau. Paralysie du trijumeau.

Moins fréquemment observée que le tic douloureux, la paralysie des branches sensitives du nerf de la cinquième paire n'intéresse qu'exceptionnellement les trois branches à la fois, y compris la portion motrice de la troisième. L'expérience prouve qu'elle n'affecte le plus souvent qu'une seule branche, et encore pas dans toute son étendue. Plus la région où s'établit l'anesthésie est restreinte, et plus on aura de motifs de croire que l'affection est périphérique (*Romberg*). On sera en droit de conclure à la lésion d'une des branches entières « si la perte de sensibilité occupe, outre une partie des téguments externes, une des cavités correspondantes de la face » (*Romberg*). Il est impossible de distinguer si l'affection siège sur le trajet intracrânien ou extracrânien du nerf.

Si c'est la première branche qui est affectée, on observe, entre autres, l'anesthésie de la partie supérieure du bulbe oculaire. Les agents extérieurs ne sont plus ressentis (corps étrangers, poussières, coups); il peut s'en suivre le développement d'une kératite, dont le point de départ est souvent le segment inférieur de la cornée, pouvant dégénérer en une inflammation de l'œil entier qui peut être complètement perdu (ophtalmie paralytique). Les expériences sur les animaux ont prouvé qu'il ne s'agissait pas d'une lésion spécifique des fibres trophiques (*Sensflehen*).

L'anesthésie de la seconde branche enlève aux nerfs nasaux leurs propriétés, le nez devient insensible aux attouchements, en même temps le malade ne peut plus, du côté affecté, distinguer les odeurs les plus fortes, comme celle du tabac à priser.

Fig. 13.



Distribution des n. cutanés sensibles à la tête.

V1, V2, V3, les 3 branches du trijumeau, at nerf auriculo-temporal, so n. sus-orbitaire, st n. grand oblique supér., it n. grand oblique infér., l nerf lacrymal, m n. mentonnier, b nerf buccinateur, am n. grand auriculaire, sm n. sous-cutané malaire, omi et oma n. petit et grand occipital, cs n. cervical et superficiel.

Lorsque la troisième branche est atteinte, il y a, du côté correspondant, perte de sensibilité dans les deux tiers antérieurs de la langue, et les facultés gustatives disparaissent

à ce niveau (n. lingual). Dans certains cas où l'on observe cette perte de sensibilité spéciale du goût à la partie antérieure de la langue, malgré la conservation des fonctions de la troisième branche, on doit admettre que les fibres de la corde du tympan, en totalité ou en majeure partie, sortent de la seconde branche pour se joindre au facial (*Heusner*). Ces fibres, après avoir fait partie du facial jusqu'au ganglion géniculé, retournent sans doute au trijumeau (deuxième et troisième branches). La fig. 13 est destinée à représenter les différentes zones de développement de l'anesthésie à la surface des téguments de la face. On a, en outre, signalé l'existence de phénomènes vaso-moteurs, de sensations subjectives de froid et de chaleur, d'impressions de gonflement, des troubles de mastication, de la difficulté d'ouvrir la bouche (parésie du ptérygoïdien externe et du ventre antérieur du digastrique) (*Müller*).

La **durée** de l'affection est essentiellement subordonnée à son siège : si celui-ci est périphérique, la maladie est généralement susceptible d'amélioration ; mais la guérison est rarement complète, il persiste le plus souvent une perte définitive de diverses qualités de sensations ; la sensibilité surtout est émoussée et il n'est pas rare de constater des paresthésies dans le domaine de la sensibilité tactile.

Le **traitement** consiste principalement dans l'application des stimulants. Le plus efficace d'entre eux est certainement le pinceau faradique et galvanique : une seule application du pinceau peut déjà amener une évidente amélioration dans les affections périphériques : c'est le meilleur stimulant de la peau, bien supérieur aux excitations produites par frictions.

Le traitement interne est superflu, à moins qu'il n'existe quelque affection fondamentale particulière.

Bibliographie.

- Müller, Zwei Fälle von Trigemiuslähmung. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XIV, 2, 3. 1883.
 Uthoff, Fall von Neuritis des rechten Trigemius mit Affection des Lacrymalis und einseitigem Aufhören der Thränensecretion. Deutsche med. Wochenschr. XII, 19. 1886.
 Dana, A case of paralysis of the trigemius followed by alternate hemiplegia — its relation to the nerve of taste. Journ. of ment. and nerv. diseases. XIII, 2, pag. 65. 1886.
 Heusner, Eine Beobachtung über den Verlauf der Geschmacksnerven. Berliner klin. Wochenschr. XIII, 44. 1886.
 Ferrier, Lancet. Vol. I. Nr. 1. 1888.

3. Toux du trijumeau.

Nous allons examiner en dernier lieu, une névrose réflexe du nerf de la cinquième paire, que *Schadewald*, et, après lui,

Wille, ont observée et décrite. Elle consiste en accès paroxystiques d'efforts de toux, se montrant malgré une intégrité parfaite des organes respiratoires, et provoqués uniquement par l'irritation des fibres terminales du trijumeau qui s'épanouissent dans les cavités nasales, le pharynx et le conduit auditif externe. Les auteurs précités distinguent une toux nasale, une toux pharyngienne et une toux auriculaire : ils regardent la toux nasale comme de loin la plus fréquente. Cette névrose est souvent en jeu dans ces toux opiniâtres, dont les accès sont appelés par les sensations vives de l'odorat, par les changements de température, et qui s'accompagnent d'hypersecretion de la muqueuse nasale.

Le **traitement** consiste dans l'emploi des douches nasales, l'application directe de faibles courants d'induction dans les cavités nasales, et l'administration de l'iodure de potassium.

On ne peut encore, à vrai dire, se prononcer sur la question de savoir si c'est une simple affection du trijumeau ou si le vague n'y joue pas aussi un certain rôle, ou si enfin, comme c'est l'opinion de *Hack*, on ne doit pas plutôt la mettre sur le compte des corps caverneux du nez.

On a récemment avancé que certaines irritations périphériques du trijumeau causées, par ex., par l'inspiration de fumées âcres ou la présence de néoplasmes, pouvaient par voie réflexe, déterminer l'apparition de vertiges (vertige nasal, *Joal*). Cette communication nécessite encore confirmation.

Bibliographie.

- Herzog, Der acute und chron. Nasencatarrh mit besonderer Berücksichtigung des nervösen Schnupfens («Rhinitis vasomotoria»). 2 Aufl. Graz 1886, Leuschner & Lubenski.
 Wille, Der Trigemius Husten. Deutsche med. Wochenschr. XI, 16, 17. 1885.
 Joal, Nasal vertigo. Lancet. 1. Febr. 1887, pag. 31.

CINQUIÈME CHAPITRE.

Affections du facial.

Le facial émerge de la substance cérébrale à la base du cerveau, à côté de l'abducteur et en arrière du trijumeau, au bord postérieur du pédoncule cérébelleux moyen. L'acoustique se trouve directement en arrière et, entre les deux, existe un petit filet nerveux particulier, une seconde racine du facial, le n. intermédiaire ou portion intermédiaire de Wrisberg. Le facial se dirige, avec l'acoustique, en avant et en dehors, pour gagner le méat auditif interne qu'il traverse pour s'engager dans le canal de Fallope (v. fig. 16). Parvenu à l'hiatus de ce canal, il change de direction et se courbe à angle droit (genou du facial) pour se porter obliquement en arrière et en dehors ; enfin il présente un trajet presque vertical pour aboutir au trou stylo-mastoïdien et quitter ainsi le crâne : en dedans de la parotide, il fournit ses