

la paupière supérieure et à la racine du nez. C'est une forme ordinairement peu grave. La névralgie des nerfs ciliaires (*névralgie ciliaire*), qui se traduit par de la photophobie, du larmolement et du blépharospasme, est un effet habituel de certaines lésions oculaires chez les enfants strumeux; elle constitue un élément symptomatique du glaucome.

Névralgie du nerf maxillaire supérieur. — Quand le territoire entier de cette branche est pris, la douleur occupe la paupière inférieure, les parties latérales du nez, la lèvre supérieure, les faces cutanée et muqueuse de la joue, la région malaire, la partie antérieure de la tempe, la rangée des dents supérieures. Les élancements se font rarement sentir profondément dans la région palatine et la fosse nasale, ce qui indiquerait que le ganglion de Meckel n'est habituellement pas atteint; c'est pourtant à son excitation qu'on a rapporté l'hypersécrétion nasale.

Les points douloureux principaux siègent au niveau du trou sous-orbitaire, lieu d'émergence du nerf de ce nom (*point sous-orbitaire*), à la pommette dans le point où le filet temporo-malaire du nerf orbitaire traverse l'os malaire pour aller s'épanouir dans les téguments (*point malaire*); il peut enfin y avoir autant de *points dentaires* qu'il y a de dents. Le point labial supérieur est peu important et le point palatin se trouve rarement.

La névralgie peut se limiter au domaine du nerf orbitaire (pommette et partie antérieure de la tempe) ou plus souvent encore à celui des rameaux sous-orbitaires (joue, lèvre supérieure, gencives, paupière inférieure); cette dernière variété est souvent grave et tenace. On a décrit chez les vieillards privés de dents une forme spéciale de névralgie occupant le rebord alvéolaire, principalement à la mâchoire supérieure. Cette *névralgie alvéolaire* serait due à l'irritation des filets nerveux par le tissu osseux condensé en ce point. Dans plusieurs cas la guérison définitive n'a pu être obtenue que par la résection du bord alvéolaire¹.

Névralgie du nerf maxillaire inférieur. — Elle a son siège dans les dents de la mâchoire inférieure, la lèvre correspondante, le menton, la moitié postérieure de la joue, la région temporale, la partie antérieure du pavillon de l'oreille, le conduit auditif externe, la langue, la muqueuse de la joue et du plancher de la bouche. Il existe deux points douloureux principaux: l'un à l'orifice du trou mentonnier, lieu d'émergence du nerf dentaire inférieur (*point mentonnier*), l'autre au-devant et un peu au-dessous du tragus, à l'endroit où le nerf auriculo-temporal, après avoir traversé la paro-

1. GROSS (*Americ. Journ. of med. sc.*, juillet 1870).

side, contourne le col du condyle pour aller se distribuer à la tempe et au pavillon (*point auriculo-temporal*). On trouve d'une façon inconstante des points névralgiques au niveau des dents (*points dentaires*), sur le bord de la langue ou dans le sillon gingivo-lingual, à l'endroit où le nerf lingual devient sous-muqueux (*point lingual*), enfin à la lèvre inférieure (*point labial*).

Le nerf maxillaire inférieur est rarement pris dans son ensemble; mais il est fréquent que plusieurs de ses branches soient atteintes à la fois. La localisation au nerf dentaire inférieur n'est pas exceptionnelle: la douleur occupe les dents inférieures, la lèvre correspondante et le menton. Outre le point mentonnier, il existe parfois un point douloureux à l'intérieur de la bouche, au niveau de l'épine de Spix. La carie des dents de la mâchoire inférieure provoque quelquefois dans l'oreille du côté correspondant des douleurs qu'on a considérées comme une névralgie réflexe du plexus tympanique.

On a observé la névralgie isolée du *nerf auriculo-temporal* avec localisation de l'hyperesthésie douloureuse à la tempe, à la partie antérieure du pavillon et au conduit auditif externe.

La névralgie isolée du *nerf lingual* est très rare: elle est caractérisée par une vive douleur se manifestant principalement pendant l'articulation des sons ou la mastication, et se faisant sentir suivant une ligne qui va de la dernière molaire à la pointe de la langue; elle s'accompagne ordinairement d'hypersécrétion salivaire; on l'a vue provoquer la formation d'un enduit unilatéral de la langue.

Dans la névralgie limitée au *nerf buccal*, la douleur s'étend suivant une ligne allant de l'oreille à la partie moyenne de la joue; il existe trois points douloureux, l'un en avant du lobule de l'oreille, le deuxième près du bord antérieur du masséter, le dernier à la partie moyenne de la joue.

2° VARIÉTÉS SYMPTOMATIQUES. — Sous le nom de *névralgies épileptiformes*, Trousseau¹ a décrit deux variétés spéciales de névralgie faciale, l'une convulsive, l'autre non convulsive, qui se rapprochent par leurs allures du vertige et de l'aura épileptiques: elles en ont la soudaineté, la durée et surtout la presque incurabilité: l'analogie s'arrête d'ailleurs là. Dans la névralgie épileptiforme simple, non convulsive, le sujet qui un instant auparavant témoignait de l'absence de toute souffrance est pris tout à coup d'une horrible douleur; il porte les mains à son visage qu'il comprime ou frictionne avec une sorte de rage; il pousse de sourds gémissements, balance sa tête entre ses mains ou s'agite en frappant du pied avec emportement. La scène dure quelques secondes, une minute au plus, puis la dou-

1. TROUSSEAU, Névralgie épileptiforme (*Clin. méd.*, 2^e édit., t. II, p. 100).

leur cesse aussi brusquement qu'elle avait apparu ; l'individu reprend son sourire interrompu et le fil de sa conversation, jusqu'à ce qu'il se produise un nouvel accès. Dans la forme convulsive, les symptômes subjectifs sont les mêmes ; mais il s'y ajoute, au moment des paroxysmes, des contractions rapides et involontaires et parfois des contractions toniques des muscles du visage : les traits sont entraînés du côté de la douleur et la face devient grimaçante. C'est le *tic douloureux*.

Le nombre des paroxysmes est de dix, vingt, cent par vingt-quatre heures ; ils peuvent se répéter nuit et jour. Parfois ils surviennent coup sur coup, sous forme de crises accompagnées généralement d'une sécrétion abondante d'urine. Une émotion morale, une lecture prolongée, une brusque transition de température éveillent les accès. Certains malades ne peuvent boire, manger, tousser, parler sans être pris d'un paroxysme extrêmement douloureux. Le retour des accès est d'ailleurs des plus irréguliers : un jour, une semaine, plusieurs mois peuvent se passer sans accès et dans la plus parfaite tranquillité ; puis, quand le malade se croit guéri, les douleurs reviennent avec une fureur nouvelle pendant deux, trois, six mois, voire même pendant un an. Le soulagement n'est donc jamais que momentané : l'affection reparaît avec une opiniâtreté désespérante, occupant toujours le même ordre de nerfs, pendant dix, vingt, trente ans et plus. Si certains traitements soulagent le malade, aucun ne parvient à le guérir.

Les troubles trophiques ne sont pas rares dans cette variété de névralgie. Trousseau rapporte le cas d'une dame qui n'éprouvait un peu de soulagement qu'en pressant avec ses deux mains sur le côté affecté et chez qui cette pression continuée pendant une longue série d'années avait amené un aplatissement de la moitié du visage : le maxillaire inférieur, l'os de la pommette avaient été pour ainsi dire écrasés.

On ignore les causes qui favorisent le développement de la névralgie épileptiforme. Il est seulement à remarquer qu'elle frappe les sujets ayant atteint ou dépassé l'âge moyen. On a supposé, sans preuve nécroscopique à l'appui, que cette forme de névralgie avait une origine centrale : sa plus grande fréquence dans les familles prédisposées aux névroses, sa coïncidence plusieurs fois observée avec l'épilepsie donneraient quelque vraisemblance à cette opinion si l'on n'avait remarqué que la névralgie épileptiforme ne s'établit pas d'emblée et que le tic douloureux lui-même n'est que la transformation d'une névralgie faciale non convulsive¹ : il existe d'ailleurs tous les

1. JACCOUD, *Clin. de la Pitié*, 1886, p. 229.

intermédiaires entre la névralgie faciale vulgaire et les formes convulsives les plus intenses.

Marche. Durée. Terminaisons. — On peut distinguer avec Erb des cas de paralysie faciale à évolution *typique* où les paroxysmes se reproduisent régulièrement à certains moments du jour ou de la nuit, puis diminuent peu à peu d'intensité jusqu'à guérison complète, et des cas à marche *atypique* où les accès surviennent à intervalles irréguliers et souvent par séries que séparent des rémissions de plusieurs semaines ou de plusieurs mois. A cette dernière variété appartiennent la majorité des névralgies de la cinquième paire, en particulier la névralgie épileptiforme et le tic douloureux. Les cas typiques, beaucoup plus rares, sont surtout représentés par les névralgies sus-orbitaires de l'impaludisme et par celles qui sont symptomatiques d'une inflammation des sinus frontaux.

Dans les premières, les accès affectent le type quotidien, tierce ou quarte ; dans les secondes, les paroxysmes surviennent une fois chaque jour, le plus souvent à heure fixe et avec une ponctualité véritablement surprenante. Une régularité analogue a été parfois offerte par des névralgies frontales consécutives à une otite moyenne. Qu'il s'agisse de névralgie typique ou atypique, les douleurs restent habituellement localisées à la branche primitivement atteinte ; toutefois il n'est pas exceptionnel qu'elles s'étendent progressivement ou passent d'une branche à une autre.

La durée de l'affection est des plus variables. Elle peut être très courte : Valleix a vu une névralgie faciale se borner à un seul accès de dix minutes de durée. Les cas qui relèvent de l'anémie, du rhumatisme, de la névropathie, de la malaria sont ceux qui durent le moins et se terminent le plus aisément par la guérison en quelques jours ou en quelques semaines. Lorsque la névralgie passe à l'état chronique, sa durée est indéterminée : on l'a vue persister pendant vingt, trente ans et plus. Un mode de terminaison relativement heureux, mais rare, est l'anesthésie, les progrès de la lésion pathogénique faisant succéder la paralysie à l'hyperesthésie.

Diagnostic. — Les diverses variétés de névralgie du trijumeau sont d'ordinaire aisées à reconnaître : la localisation de la douleur, son caractère paroxystique, l'existence de points douloureux, les phénomènes vaso-moteurs et sécrétoires sont des éléments suffisants de diagnostic. Ces caractères permettent d'éviter l'erreur avec l'*odontalgie* simple, non compliquée de névralgie, et constituée par une douleur fixe et limitée à la dent malade. Le *clou hystérique* est localisé à un point circonscrit du vertex ; la douleur en est continue, fixe et non irradiante ; il est accompagné ou précédé d'autres phénomènes hystériques. La *migraine*, qu'on avait voulu localiser aux

branches méningées du trijumeau et aux os du crâne, se distingue, par sa physionomie clinique et sa marche bien spéciales, de la névralgie de la branche ophtalmique, la seule avec laquelle on puisse à la rigueur la confondre : la douleur y est profonde, plus contuse que lancinante ; elle ne suit pas le trajet anatomique de certaines branches nerveuses ; elle s'accompagne d'un état nauséux et d'une hyperesthésie de presque tous les sens. Le *rhumatisme* de l'articulation temporo-maxillaire se caractérise par une douleur au-devant de l'oreille, déterminée soit par la pression, soit par les mouvements de la mâchoire : il diffère de la névralgie du nerf maxillaire supérieur par l'absence d'autres points douloureux et par l'existence concomitante d'autres localisations articulaires.

L'existence de la névralgie une fois reconnue, il importe au point de vue du pronostic de chercher si l'affection dépend d'une lésion matérielle du nerf ou si elle fait partie du groupe des névralgies dites essentielles. A la vérité la distinction est souvent impossible à établir. Toutefois la fixité de la douleur, sa localisation à une seule branche du nerf, le développement de troubles trophiques, l'apparition rapide de l'anesthésie dans le domaine des rameaux atteints établissent une forte présomption en faveur d'une névrite. De même, certains signes permettraient de reconnaître parfois l'origine centrale de la névralgie. Ce sont : la ténacité de la douleur, son caractère fulgurant, sa localisation dans les os, son extension possible à tout le domaine du trijumeau, l'impossibilité de couper les accès par une pression énergique sur le rameau le plus atteint, enfin l'existence d'un point fixe, bien connu du malade, dont l'attouchement provoque instantanément un paroxysme. Mais ces particularités sont loin d'avoir une valeur absolue et le diagnostic de lésion intra-crânienne ne saurait être affirmé en l'absence d'autres signes de lésions encéphaliques (paralysie des oculo-moteurs, de l'auditif, du facial, etc.) ou médullaires (troubles vésicaux, incoordination motrice, etc.).

Pronostic. — Il dépend avant tout de la cause. En général les névralgies faciales récentes, d'intensité moyenne et à marche typique, ont un pronostic favorable. Toutefois, même lorsque l'affection n'est pas entretenue par une cause matérielle saisissable, il faut se défier des névralgies en apparence les plus légères, car elles peuvent présenter une ténacité surprenante ou une tendance à la récurrence qui compromet singulièrement les chances de guérison. Inversement la longue durée d'une névralgie faciale ne doit pas faire porter un pronostic absolument mauvais : car, même dans ce cas, l'affection peut être curable.

Traitement. — Il est soumis aux règles précédemment exposées. Les indications causales spéciales à cette névralgie sont

fournies par l'exploration de la région malade : les altérations des fosses nasales, des sinus, des maxillaires et surtout des dents devront être traitées. Les dents cariées seront enlevées si elles sont manifestement le point de départ des douleurs, si leur contact avec un instrument de métal ou un liquide froid détermine l'explosion d'un paroxysme. Toutefois il peut être utile d'extraire des dents simplement cariées et non douloureuses par elles-mêmes ; mais jamais il ne faut permettre l'extraction de dents saines, dans lesquelles les élancements ne se font sentir que pendant les accès. De nombreux malades se font enlever successivement toutes les dents, saines ou non, sans obtenir aucune atténuation de leurs douleurs.

Parmi les médicaments antinévralgiques qui auraient une action en quelque sorte élective sur les névralgies du trijumeau, il faut citer le *sulfate de quinine* et l'*aconitine* dont le mode d'emploi a été précédemment indiqué. Le *nitrite d'amyle*, médicament difficile à manier et qui paraît agir directement sur les vaso-moteurs de la face, s'emploie en inhalations ; on commence par la dose de deux ou trois gouttes, mais on peut aller progressivement jusqu'à huit gouttes. A chaque séance la face se congestionne, le pouls s'accélère, il se produit des battements artériels, la douleur diminue ou disparaît ; malheureusement l'action est aussi fugace qu'elle est rapide. On a cependant obtenu des guérisons durables à la suite d'une série d'inhalations faites à quelques jours de distance ; l'effet serait surtout favorable dans les cas où la névralgie est liée à l'anémie du nerf. Des remarques analogues s'appliquent à la *trinitrine*. Le *croton chloral*, qui a été jadis vanté comme un spécifique des névralgies de la cinquième paire, en raison d'une action analgésiante localisée à la face, n'a pas en réalité d'effet curateur. La *gelsémine* et la *teinture de gelsémium* (dix à vingt gouttes) ont été fort prônées dans la névralgie de la branche ophtalmique. Selon Féréol, le *sulfate de cuivre ammoniacal* serait efficace dans certaines névralgies rebelles, à la dose de 10 à 20 centigrammes par jour. On a également obtenu de bons effets de l'emploi du *chlorhydrate de cocaïne* : en injectant deux fois par semaine sous la peau du visage une demi-séringue d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au vingtième, on peut voir les accès diminuer de nombre et d'intensité ; une fois qu'on a tâté la susceptibilité du malade, on peut augmenter, s'il est nécessaire, la dose de cocaïne. Il faut toujours avoir soin de ne pousser le piston qu'en retirant ou en avançant doucement l'aiguille et en changeant quelque peu sa direction de façon à éviter de faire une injection intra-veineuse¹.

1. MALHERBE, Traitement de la névralgie faciale par la cocaïne (*Bull. médic.*, 27 janv. 1892).

L'opium a été recommandé par Trousseau comme le médicament de choix contre le tic douloureux : c'est celui qui, selon lui, donne le moins de mécomptes. Il doit être employé à doses élevées et croissantes, celles-ci étant en général d'autant plus facilement supportées que les douleurs sont plus vives¹. Ce traitement procure un grand soulagement, mais non une complète guérison. De plus l'emploi prolongé du médicament finit toujours par donner lieu à des troubles qui obligent à en supprimer l'usage.

Parmi les révulsifs, on doit donner la préférence au *chlorure de méthyle*. Pour éviter de léser l'œil, il n'y a d'autre précaution à prendre que d'engager le malade à fermer les paupières, ce qu'il fait d'ailleurs de lui-même. Dans les névralgies rebelles, les pulvérisations doivent être faites chaque jour et continuées très longtemps, pendant trois, quatre, cinq mois et plus. Par une particularité singulière, elles ne laissent pas au visage cette pigmentation indélébile qu'on observe si communément à la suite de l'application du chlorure de méthyle sur d'autres parties du corps. M. Debove attribue ce fait à l'extrême vascularisation de la face, qui permet aux épithéliums de se régénérer très rapidement.

L'électricité a été appliquée au traitement des névralgies faciales avec des succès divers. En général, la galvanisation du trijumeau donne de meilleurs résultats que la faradisation, qui est très douloureuse et que les malades ne supportent pas. Selon Benedikt, toutes les névralgies faciales réellement idiopathiques guérissent par la galvanisation. Si la névralgie occupe des rameaux isolés et superficiels, tels que le frontal ou l'auriculo-temporal, les deux électrodes sont appliqués sur le nerf et l'on fait agir un courant descendant. Pour atteindre des branches plus profondes, telles que le sous-orbitaire ou le lingual, on place le pôle positif à la nuque ou derrière l'oreille, le pôle négatif à la sortie du tronc nerveux. On peut encore placer le pôle négatif sur un point indifférent du corps et promener le pôle positif sur les principaux points douloureux.

Diverses opérations chirurgicales ont été tentées, mais rarement avec un succès durable, dans les névralgies faciales invétérées². La section de l'artère temporale au-dessus de l'arcade zygomatique, la ligature de la carotide primitive, l'élongation, la section et la résection du nerf frontal externe, du sous-orbitaire, du lingual, du dentaire inférieur ont été tour à tour pronées et exécutées. On a poursuivi le trijumeau dans l'intérieur de la cavité crânienne, aussi loin que le

1. TROUSSEAU (*Clin. méd.*, 2^e édit., t. II, p. 108) cite le cas d'une malade qui arrivait à ingérer par jour la dose énorme de 20 grammes d'opium brut.

2. LAMOTTE, *Traitement chirurgical de la névralgie faciale* (Thèse de Paris, 1892).

permettent les moyens chirurgicaux : on a pratiqué l'ablation du ganglion de Meckel dans la fosse ptérygo-maxillaire, la résection du ganglion de Gasser et de la partie centrale de la cinquième paire. L'élongation du facial dans le tic douloureux n'a pas donné de résultats favorables : un succès a été obtenu en associant la section du sous-orbitaire à l'élongation du facial.

M. BOULAY.

NÉURALGIE CERVICO-OCCIPITALE

Cette névralgie peu commune occupe le domaine des branches antérieures et postérieures des quatre premiers nerfs cervicaux. Les branches postérieures sont moins rarement prises que les autres. La névralgie affecte une prédilection marquée pour la branche postérieure du second nerf cervical (grand nerf occipital) qui est parfois touchée à l'exclusion des autres : l'affection prend alors le nom de névralgie occipitale. Parmi les branches antérieures, ce sont surtout les rameaux superficiels du plexus cervical qui sont frappés.

Étiologie. — On invoque le plus [souvent, à tort ou à raison, comme cause des névralgies cervico-occipitales, l'action du froid, de l'humidité ou d'un courant d'air reçu sur la nuque non protégée. Les causes locales les plus fréquentes sont les affections de la colonne cervicale (arthrites rhumatismales, syphilitiques ou tuberculeuses, carie, périostite et tumeurs des vertèbres), la pachyméningite cervicale hypertrophique, les anévrysmes de l'artère vertébrale, les adénopathies cervicales. Les douleurs de l'otite moyenne aiguë irradiant parfois dans le domaine des nerfs cervico-occipitaux. Les traumatismes, les chutes sur la partie postérieure de la tête, les plaies du cuir chevelu sont des causes rares de névralgie cervico-occipitale. Enfin l'affection peut vraisemblablement être symptomatique d'une lésion de la moelle cervicale ou de l'encéphale.

D'après Trousseau, le rhumatisme atteindrait souvent le nerf occipital. La même localisation n'est pas très rare au début ou à la suite de la fièvre typhoïde.

Symptomatologie. — Les douleurs occupent une étendue plus ou moins grande selon le nombre de branches simultanément affectées. Lorsque la névralgie a son maximum d'extension, elles se font sentir de la nuque au sommet de la tête et même jusqu'au voisinage du front (grand nerf occipital), dans la région parotidienne et le pavillon de l'oreille (branche auriculaire), les téguments de l'apophyse mastoïde (branche mastoïdienne), les parties antéro-latérales