

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.

NÉVRALGIE 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 irradient 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

du cou et inférieures de la face (branche cervicale transverse); elles s'étendent enfin jusque vers la clavicule (branche sus-claviculaire) et le moignon de l'épaule (branche sus-acromiale).

Dans les cas légers, la douleur se borne à quelques élancements. Dans les cas graves, les accès peuvent être particulièrement violents et tenaces; il n'est pas rare qu'ils durent plusieurs heures, voire une partie de la journée.

Pendant les accès, l'attitude de la tête est presque caractéristique: le malade la tient immobile et raide, le plus souvent inclinée à droite ou à gauche; il trouve parfois un soulagement dans la position couchée et le repos. Dans l'intervalle des accès, les mouvements de la tête sont ordinairement libres; mais le malade les évite, parce qu'ils ramènent les crises; il en est de même de la mastication, du rire, de l'éternuement. La douleur peut irradier dans le bras et même jusqu'aux doigts (anastomoses du plexus cervical avec le plexus brachial), ou encore dans le territoire de la cinquième paire (front, tempe, joue), plus rarement dans la région scapulaire ou dans le domaine des intercostaux.

Les points douloureux propres à cette névralgie sont assez constants. Le plus remarquable est le *point occipital*, à l'émergence du grand nerf occipital à travers le muscle complexus, à peu près à égale distance de l'apophyse mastoïde et des premières vertèbres cervicales; le tronc du nerf est d'ailleurs douloureux sur tout son trajet à la partie postérieure de la tête. Il existe aussi un *point mastoïdien*, sur l'apophyse mastoïde, et un point *pariétal*, sur la bosse de ce nom. Le *point apophysaire* est situé au niveau des deux premières vertèbres. Il est moins fréquent de trouver un *point auriculaire* sur la conque et un *point cervical superficiel* à la partie moyenne du cou entre le trapèze et le sterno-mastoïdien.

Les troubles de la sensibilité consistent le plus souvent en hyperesthésie; celle-ci est si prononcée que le simple frôlement des cheveux exaspère la douleur. Erb a constaté dans un cas un léger degré d'anesthésie dans le territoire des deux nerfs occipitaux et de la branche auriculaire.

Les troubles moteurs qu'on peut observer pendant les paroxysmes consistent tantôt en secousses convulsives dans les muscles de la nuque, tantôt et plus souvent en contractions toniques qui sont en grande partie volontaires et qui s'exagèrent par action réflexe dès qu'on cherche à mouvoir le cou. Des contractions dans les muscles de la face sont beaucoup plus rares. Seeligmüller a observé des convulsions des paupières.

Le sympathique cervical prend souvent part aux troubles fonctionnels. On a noté le rétrécissement de la pupille du côté atteint ou

de celui qui l'est le plus, la rougeur et l'augmentation de la température du pavillon de l'oreille, un écoulement abondant par les narines ou, au contraire, une sécheresse inusitée des fosses nasales. Des palpitations, mais surtout des troubles gastriques accompagnent parfois les accès, ils peuvent même les précéder; aussi certains auteurs admettent-ils que les relations qui unissent la névralgie aux troubles digestifs peuvent être renversées et que ces derniers peuvent devenir une cause de névralgie occipitale.

On a signalé des bourdonnements et des sifflements d'oreille, de la diminution de l'ouïe, la chute ou la décoloration des cheveux. Chez une malade de Romberg, il se formait à l'occiput et au vertex, pendant chaque accès, de petites intumescences sous-cutanées qui disparaissaient d'elles-mêmes après le paroxysme. La tuméfaction des ganglions lymphatiques de la nuque et de la région sous-maxillaire a été observée par Anstie et par Seeligmüller¹.

Les névralgies cervico-occipitales sont d'ordinaire moins rebelles que les névralgies faciales; la guérison est la règle lorsque l'affection n'est pas due à une lésion matérielle incurable. Toutefois il existe des cas graves qui rappellent par leur violence et leur ténacité la névralgie épileptiforme.

Diagnostic. — Il est ordinairement facile. On pourrait tout au plus confondre l'affection avec des douleurs musculaires; mais le torticolis rhumatismal est caractérisé par une douleur fixe, presque nulle dans l'immobilité complète, exempte de paroxysmes spontanés et qui s'exaspère seulement sous l'influence de certains mouvements, toujours les mêmes.

Il importe au pronostic et au traitement de déterminer la cause de la névralgie. Il faut surtout rechercher avec soin l'état de la colonne cervicale: en général les douleurs symptomatiques d'une altération de la colonne cervicale sont bilatérales, tout en étant d'ailleurs plus prononcées d'un côté que de l'autre; de plus, dans ces conditions, les mouvements de la tête, surtout ceux de rotation, sont pénibles même dans l'intervalle des accès; enfin dans la position couchée les malades ne peuvent soulever la tête qu'en la soutenant avec la main placée derrière la nuque.

Traitement. — Contre les névralgies occipitales récentes et d'origine rhumatismale, des enveloppements de la nuque avec de l'ouate, la sudation, les onctions calmantes, voire même le massage pourront suffire. Dans les cas intenses, on emploiera les injections de morphine et les divers révulsifs, en particulier le chlorure de mé-

1. SEELIGMÜLLER, *Lehrb. d. Krankheiten d. peripher. Nerven und d. Sympathicus*, 1882.

thyle. Les courants continus ont donné de nombreux succès : on applique les électrodes de chaque côté de la nuque et l'on fait passer pendant dix minutes un courant dont on augmente peu à peu l'intensité. Pour parer au retour des accès pendant la nuit, il est bon de glisser sous la tête un petit coussin enroulé, destiné à soutenir et à immobiliser la nuque.

M. BOULAY.

NÉVRALGIE CERVICO-BRACHIALE

Tout en étant relativement rare, cette névralgie l'est peut-être moins que la précédente. Elle occupe le territoire de distribution des quatre derniers nerfs cervicaux et une partie du domaine du premier nerf dorsal. Elle affecte à la fois les rameaux postérieurs de ces nerfs, ceux qui se distribuent à la peau du dos, et les branches antérieures dont les anastomoses forment le plexus brachial (névralgie brachiale).

Étiologie. — Les traumatismes et les diverses *affections chirurgicales* de la région cervico-brachiale jouent un rôle important dans l'étiologie de cette névralgie ; tels sont les tumeurs de toute nature, les affections des vertèbres, les anévrysmes de l'aorte ou de la sous-clavière, les cals vicieux de l'humérus ou de la première côte, les luxations de l'épaule ou du coude, les contusions, les plaies avec ou sans corps étrangers.

Le radial et le cubital sont surtout atteints par les traumatismes, en raison de leurs rapports anatomiques : c'est ainsi que le cubital est souvent comprimé dans les chutes sur le coude, dans les fractures ou les luxations de ce dernier ; le radial est souvent atteint par les altérations périostiques au niveau de la gouttière de torsion de l'humérus. La piqûre de la saignée peut, quand elle atteint le musculo-cutané ou le brachial cutané interne, déterminer une névralgie rebelle ; le cas d'Ambroise Paré est resté célèbre.

Souvent encore la névralgie brachiale succède à une blessure des doigts : écrasement ou brûlure du pouce, perforation de l'index avec un poinçon, morsure d'un doigt ; dans ces cas les douleurs sont centripètes et ne restent pas limitées au nerf blessé, mais s'étendent bientôt à toutes les branches du plexus brachial. Toutes les opérations qui se pratiquent sur le membre supérieur peuvent devenir l'origine de douleurs névralgiques : celles-ci peuvent n'apparaître qu'un temps plus ou moins long après l'opération ; les névralgies des

moignons ne surviennent souvent que plusieurs années après l'amputation.

Parmi les *causes médicales*, le refroidissement et le rhumatisme sont des causes communes de névralgie brachiale. Ce sont ces influences qui agissent chez les individus qui travaillent les mains et les avant-bras dans l'eau froide, chez les pêcheurs à l'épervier dont le bras gauche est sans cesse mouillé par le filet, chez les ouvriers des forges qui, l'hiver, sortent bras nus des ateliers. Ces névralgies se font remarquer par leur étendue : elles portent sur tout le membre supérieur et atteignent les parties voisines du cou et du thorax.

Dans des cas assez rares l'exercice immodéré des muscles du membre supérieur paraît être la seule cause appréciable du mal. Le plus souvent il s'agit de mouvements peu violents, mais fatigants par leur répétition (travail du piano, couture, écriture) : la douleur est alors communément compliquée de contractions involontaires. Parfois on a incriminé des exercices plus violents, tels que la gymnastique ou le massage.

Il existe des exemples de névralgie cervico-brachiale consécutive au saturnisme, à la malaria, à la syphilis.

On interprète par le mécanisme de l'irradiation les douleurs plus ou moins étendues dans la sphère du plexus brachial et principalement dans les branches acromiales et scapulaires, qui accompagnent parfois les maladies du cœur (angine de poitrine, rupture progressive du cœur, etc.) ou plus rarement celles du foie ou de la rate.

Enfin les névralgies brachiales peuvent être symptomatiques d'une altération centrale (tabes, hémiplegie, sclérose en plaques).

Symptomatologie. — La douleur est paroxystique. Elle se fait sentir sur tout le trajet du nerf ou des nerfs intéressés ; tantôt elle parcourt le membre des centres vers les extrémités ; tantôt, et surtout en cas de névrite, elle est centripète. Outre la douleur vive et lancinante qui est l'élément fondamental de la névralgie, le malade éprouve souvent, pendant l'accès et quelque temps encore après sa terminaison, une sensation de fourmillement et d'engourdissement dans les doigts, comparable à celle qui suit la compression du cubital au-dessus du condyle interne de l'humérus. C'est surtout dans les névralgies du membre supérieur consécutives aux plaies par armes à feu que l'on a l'occasion d'observer le phénomène de la causalgie. Les accès sont rappelés par le moindre attouchement du membre, le moindre mouvement imprimé au bras, par la chaleur du lit et surtout par les contractions musculaires ; aussi beaucoup de malades immobilisent-ils leur bras dans la demi-flexion en le maintenant appliqué contre la poitrine avec la main saine. Les paroxysmes peuvent

d'ailleurs survenir sans cause appréciable, principalement la nuit.

Le plus souvent la douleur est si diffuse que les malades ne peuvent en préciser le siège. Celui-ci varie d'ailleurs suivant le tronc nerveux atteint.

Lorsque la cause provocatrice de la névralgie siège dans l'aisselle ou dans la région inférieure du cou, les différents cordons du plexus sont touchés à des degrés divers. On trouve des points douloureux à la région antéro-interne du carpe, derrière l'épitrachée, dans la gouttière radiale, à la partie supérieure du creux de l'aisselle, dans l'angle formé par la clavicule et l'acromion. Souvent aussi il en existe aux points d'émergence des troncs nerveux sur les parties latérales du cou et à la nuque; de même il est habituel que les apophyses épineuses des dernières vertèbres cervicales, en particulier de la septième, soient sensibles à la pression (points apophysaires).

Ce n'est guère que dans les cas où la lésion siège à la périphérie qu'on observe des névralgies plus ou moins exactement limitées au trajet et à la sphère de distribution d'une branche isolée du plexus brachial. Encore le fait est-il rare et la description qu'on pourrait donner de ces névralgies isolées serait-elle sans intérêt pratique. Il suffira d'indiquer les points douloureux spéciaux à chaque branche.

Dans la névralgie du nerf *circonflexe* il existe un point douloureux au passage du nerf entre les muscles grand et petit rond.

Lorsque le nerf *radial* est atteint, on trouve un point névralgique au niveau de la gouttière de torsion, sur le milieu d'une ligne qui réunirait le condyle externe de l'humérus au point d'insertion inférieure du deltoïde; il est moins fréquent de trouver un point à la partie postérieure du creux de l'aisselle, un autre à la face postérieure de l'avant-bras à 5 ou 6 centimètres au-dessous de l'articulation du coude, dans le point où la branche terminale postérieure du radial se divise en rameaux destinés aux extenseurs; par exception enfin il en existe un dans la tabatière anatomique.

La névralgie du *cubital* est caractérisée par deux points principaux: l'un au passage du nerf dans la gouttière épitrachéenne (*point épitrachéen*), l'autre en dehors du pisiforme dans le lieu où le cubital passe au-devant du carpe pour atteindre la paume de la main (*point cubito-carpien*).

Dans la névralgie du nerf *médian* il y a un point douloureux sur le bord interne du biceps, un autre au-devant de l'articulation du coude, un troisième au-devant du poignet. Le musculo-cutané n'est jamais atteint isolément.

Parfois la névralgie se limite exclusivement aux *nerfs cutanés*, sans que les gros troncs nerveux paraissent y participer. Il existe

alors des points douloureux dans les endroits où les nerfs perforent les aponévroses pour venir se distribuer à la peau. Ces névralgies cutanées peuvent se localiser sur des rameaux d'ordre secondaire: Seeligmüller a vu une névralgie limitée à l'accessoire du brachial cutané interne. La localisation de l'hyperesthésie douloureuse indique la branche atteinte. Au bras la douleur peut occuper soit le domaine

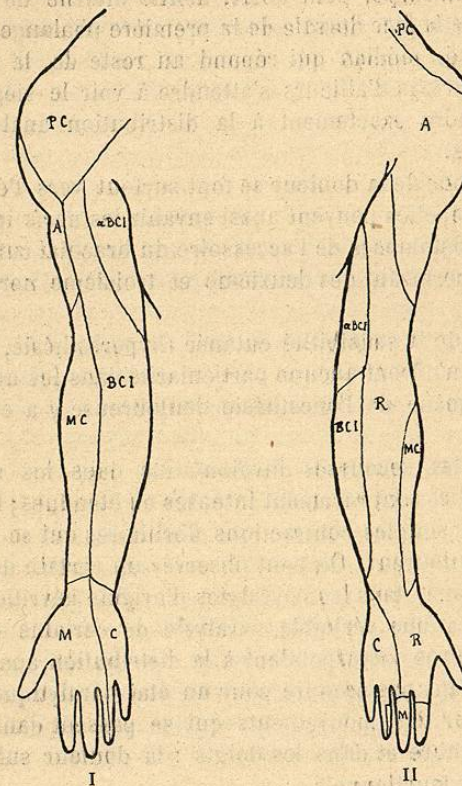


FIG. 1. — Innervation cutanée du membre supérieur. — I. Face antérieure. II. Face postérieure.

PC, plexus cervical. — A, nerf axillaire. — aBCI, accessoire du brachial cutané interne. — BCI, brachial cutané interne. — MC, musculo-cutané. — M, médian. — C, cubital. — R, radial.

du brachial cutané interne qui innerve principalement la face interne du membre, soit le rameau cutané interne du nerf radial qui se distribue à la partie postéro-interne, soit enfin le rameau cutané du nerf axillaire (téguments de la région deltoïdienne). A l'avant-bras les douleurs se font sentir, soit dans les téguments de la moitié interne innervés par le brachial cutané interne, soit dans ceux de la moitié externe innervés principalement par le musculo-cutané, soit

enfin dans la peau de la face postérieure innervée en partie par le radial. Lorsque la douleur s'étend jusqu'à la main, elle occupe simultanément ou isolément le domaine du radial (moitié externe de la face dorsale du métacarpe, face dorsale du pouce, de la première phalange de l'index et de la moitié externe de celle du médius), celui du cubital (moitié interne de la face dorsale et tiers interne de la face palmaire du métacarpe, petit doigt, moitié interne de l'annulaire, moitié interne de la face dorsale de la première phalange du médius), ou le territoire du médian qui répond au reste de la main et des doigts. Il ne faut pas d'ailleurs s'attendre à voir le siège des douleurs correspondre exactement à la distribution anatomique des rameaux cutanés.

Les irradiations de la douleur se font surtout vers l'épaule et la région scapulaire; elles peuvent aussi envahir les nerfs intercostaux, en raison des anastomoses de l'accessoire du brachial cutané interne avec le rameau perforant des deuxième et troisième nerfs intercostaux.

Les troubles de la sensibilité cutanée (hyperesthésie, anesthésie, fourmillements) n'offrent aucune particularité dans les névralgies du bras. Le phénomène de l'anesthésie douloureuse y a été plusieurs fois observé.

On a noté des secousses involontaires dans les muscles du membre; mais elles sont rarement intenses ou étendues; le plus souvent ce sont de simples contractions fibrillaires qui se répètent à chaque accès douloureux. On peut observer un certain degré de parésie. Parfois même, dans les névralgies d'origine névritique ou rhumatismale, il y a une véritable paralysie de certains muscles ou groupes musculaires correspondant à la distribution anatomique du nerf lésé. Il ne faut pas prendre pour un état paralytique la simple gêne et la raideur des mouvements qui se passent dans les divers segments du membre et dans les doigts : la douleur suffit à expliquer ces troubles fonctionnels.

Les troubles vaso-moteurs consistent en un certain degré de pâleur et de refroidissement du bras et de la main, ou bien inversement en une sensation anormale de chaleur avec congestion des téguments. Dans un cas, Erb constata aux doigts une rougeur d'un ton sombre et foncé accompagnée d'une sensation de froid et d'une production abondante de sueur.

Les doigts sont le siège de prédilection des troubles trophiques. Ceux-ci consistent en vésicules pemphigoides, en ulcérations sans tendance à la cicatrisation, en troubles de la croissance des ongles, en un état lisse des téguments (*glossy skin*), etc. Ces divers troubles appartiennent surtout aux névralgies symptomatiques de lésions ner-

veuses et sont souvent accompagnées de parésie ou de paralysie, d'anesthésie, ou bien encore d'atrophie musculaire. La névralgie du nerf circonflexe en particulier se complique volontiers de parésie du deltoïde et d'atrophie de ce muscle. Une mention particulière doit être faite du zona. On peut rapprocher des troubles trophiques le gonflement de la fosse sus-claviculaire qui a été constaté dans quelques cas de névralgie cervico-brachiale¹.

Ces névralgies retentissent plus ou moins sur l'état général suivant leur intensité et leur durée. Selon M. Potain, elles seraient susceptibles de provoquer à la longue le développement d'une hypertrophie du cœur.

Diagnostic. — Les principales affections avec lesquelles on est exposé à confondre les névralgies du membre supérieur sont le rhumatisme articulaire, le rhumatisme musculaire et les affections douloureuses des os. Bien que la douleur et l'inconstance des points douloureux dans ces névralgies permettent parfois cette confusion, celle-ci ne saurait être de longue durée : le caractère paroxystique des élancements, leur siège sur le trajet de troncs nerveux sont le propre des douleurs névralgiques.

Les névralgies cervico-brachiales étant fréquemment le premier symptôme de lésions profondes du rachis, du cou ou de l'aisselle, il faut explorer avec soin ces diverses régions sans oublier l'examen du cœur et des gros vaisseaux. Les caractères de la douleur ne sont pas d'un grand secours pour faire reconnaître le siège de la lésion causale : à la périphérie, dans le plexus même, sur les racines ou dans les centres. Par contre, sa localisation a parfois une certaine valeur : lorsqu'elle est nettement limitée à un rameau nerveux connu, il y a peu de chances pour que la cause réside dans le plexus ou sur ses racines; l'affection est probablement soit d'origine périphérique, soit d'origine centrale. Lorsque la névralgie est bilatérale, la cause doit en être cherchée sur la ligne médiane (vertèbres, méninges, moelle).

Le **pronostic** et le **traitement** ne comportent aucune considération spéciale.

M. BOULAY.

1. VON STOFFELLA, Schwellung d. Gegend d. link. Fossa supraclav. b. Neuralg. cervico-brach. (*Wien, med. Wochenschr.*, 1878).