

ce n'est que dans les cas de faible intensité qu'elle est visiblement utile. On prescrit des pommades avec l'extrait d'opium (1 : 10), l'extrait de belladone (2 : 10), l'extrait d'opium et la vératrine ana 1,0 sur 20,0 d'onguent simple, etc. Ajoutons-y l'usage externe du chloroforme (chloroforme et huile de jusquiame, parties égales) et de l'éther. Le *chloralhydrate* (le crotonchloralhydrate surtout) a été souvent prescrit dans les névralgies chroniques, à raison de son influence soporifique, de même que le *paraldehyde*. Enfin il nous reste à signaler que quelques médecins ont préconisé comme calmant les *injections sous-cutanées d'atropine* (0,0005 — 0,001 — 0,003 ! par dose), parfois même dans les cas où la morphine s'est montrée impuissante.

Dans les cas graves on a attaché une grande valeur au *traitement chirurgical* des névralgies, à la section des nerfs (*névrotomie*) ou à l'excision d'un fragment de nerf (*névrectomie*), à l'effet d'empêcher les bouts du nerf sectionné de se réunir. Cette opération a certainement été suivie dans beaucoup de cas d'un succès éclatant, mais dans un très grand nombre d'autres circonstances, elle n'a eu aucune influence sur la maladie et, après une amélioration passagère, la névralgie est revenue avec son acuité primitive. On comprend l'effet avantageux de la névrotomie quand la section nerveuse peut s'opérer de manière à rejeter vers la périphérie l'endroit du nerf anormalement irrité. Néanmoins la littérature médicale relate des observations dans lesquelles l'opération a été couronnée de succès, même en cas de névralgie occupant une situation centrale. En tout état de chose, on n'entreprendra la section que dans les cas les plus graves et quand tous les autres remèdes auront été employés en vain ; de plus on fera entrevoir au malade un succès possible, voire même probable, mais jamais assuré. — Outre la section nerveuse, on a dans ces derniers temps eu fréquemment recours à la *distension* du nerf névralgié, et parfois avec un résultat marquant.

Les *bains* sont surtout en usage dans le traitement des névralgies qui atteignent les extrémités (la sciatique de préférence), nous en parlerons donc, de même que du *massage*, à l'occasion de ces formes particulières de névralgies.

On voit donc que dans le traitement des névralgies, nous disposons d'une foule de remèdes, entre lesquels le choix à faire n'est pas toujours facile. Premièrement, on devra dans chaque cas particulier aller à la recherche de l'indication causale et tâcher de la remplir autant que possible. Dans les nombreux cas où cela ne réussit pas, il faudra avant tout tenter de calmer la douleur et à cet effet la morphine est le plus puissant de tous les remèdes, quand les moyens externes demeurent impuissants. Alors

il s'agit de dresser le plan proprement dit de la cure. On essayera le traitement électrique, ou bien, quand il n'est pas réalisable, on emploiera l'un ou l'autre des moyens susindiqués. La quinine mérite le plus de confiance, surtout dans les cas récents, puis l'arsenic chez les personnes anémiées, le bromure de potassium chez les individus forts. Si ces divers remèdes ne répondent pas à l'attente, on pourra encore, dans des cas donnés, fonder de l'espoir sur une intervention chirurgicale, et à défaut de celle-ci, le traitement palliatif à l'aide des narcotiques est le seul qui nous reste.

CHAPITRE QUATRIÈME.

FORMES PARTICULIÈRES DE NÉVRALGIES.

1. Névralgie du trijumeau.

(Prosopalgie. Tic douloureux. Douleur faciale de Fothergill.)

Étiologie. La névralgie du trijumeau est une des plus fréquentes et des plus importantes parmi ces névralgies dont nous avons appris à connaître, dans le chapitre qui précède, les circonstances étiologiques et les causes prédisposantes. Nombre de cas, les plus légers entre autres, surgissent à la suite d'un *refroidissement*, et parfois en dehors de tout motif plausible. Les névralgies d'origine paludéenne s'attaquent de préférence au domaine du trijumeau. Ensuite ce sont principalement des *affections des os crâniens et de leur périoste*, très souvent des *maladies dentaires* (carie, exostose, anomalie de l'évolution et de la disposition des dents), puis des *lésions des sinus frontaux et nasaux*, ainsi que de *l'oreille moyenne*, qui donnent naissance aux névralgies trifaciales. ROMBERG est le premier qui a trouvé comme cause d'une prosopalgie grave et incurable, un *anévrisme de la carotide interne* qui comprimait le ganglion de GASSER. Nous avons vu nous-même un cas parfaitement identique. Enfin, dans des circonstances assez fréquentes, *la fatigue excessive de l'organe de la vue* semble avoir contribué au développement de la névralgie du trijumeau.

Symptômes et marche. Les accès de douleur qui marquent la névralgie de la cinquième paire ont d'ordinaire une assez grande intensité et peuvent, dans des cas graves, atteindre un degré de violence formidable. Ils se montrent tantôt d'une manière tout à fait spontanée, tantôt sous l'empire des causes les plus minimes (action de se laver, de parler, mouvements corporels, émotions morales, etc.). Les douleurs se renferment dans le domaine des différentes branches du trijumeau, mais s'irradient parfois

dans l'occiput, le cou, les épaules, etc. Souvent on remarque des *contractions réflexes* dans la face, comme le blépharospasme et des mouvements convulsifs (tic) de l'angle de la bouche. Les *troubles vasomoteurs* se révèlent sous forme d'une pâleur initiale excessive, bientôt suivie d'une vive injection de la face et de la conjonctive. Quand la névralgie atteint les deux rameaux supérieurs, l'accès s'accompagne d'une *hypersecretion de larmes*. Il est plus rare d'observer un *flux anormal de salive* ou de *mucus nasal*. Parfois, quoique assez rarement, se manifestent sur le parcours des nerfs affectés, des *éruptions d'herpès*, le *zona frontal*, l'*herpès de la conjonctive*, etc. On a signalé aussi dans quelques circonstances, des affections oculaires graves appartenant à la catégorie de l'ophtalmie neuroparalytique (v. p. 15). Dans les névralgies qui persistent de longues années, il se déclare quelquefois des *désordres trophiques*: des altérations du tissu cutané et sous-cutané, la canitie et la chute des cheveux dans le domaine de la branche frontale, etc.

La majeure partie des névralgies trifaciales ne siège pas dans toute l'étendue du territoire d'expansion du nerf, mais n'en occupe qu'un ou plusieurs rameaux. (V. fig. 1). On distingue d'après cela : 1. La *névralgie de la première branche (névralgie ophthalmique)*, qui se montre surtout sous forme de *névralgie sus-orbitaire ou frontale*. En ce cas la pression à l'endroit de la sortie du nerf du trou sus-orbitaire produit, en général, une douleur plus ou moins vive. Il est plus rare qu'on rencontre des points douloureux supplémentaires au nez, à l'angle interne de l'œil, à la bosse pariétale. 2. La *névralgie de la deuxième branche (névralgie sus-maxillaire)* occupe le plus souvent le nerf sous-orbitaire (*névralgie sous-orbitaire*) avec un point douloureux principal au trou sous-orbitaire, puis à l'os zygomatique, à la lèvre supérieure, etc. 3. La *névralgie de la troisième branche (névralgie sous-maxillaire)* dont le siège préféré est le *nerf alvéolaire inférieur*. Cependant on rencontre aussi des névralgies dans la région temporale (N. auriculo-temporal) et dans la langue (N. lingual). Le point douloureux principal réside au trou mentonnier.

La marche générale de la névralgie de la cinquième paire est très différente d'après les cas. On observe toutes les nuances possibles, depuis les plus légères et les plus fugaces jusqu'à ces formes graves et incurables qui sont capables de pousser les malades au désespoir et même au suicide. En général, les névralgies de la première branche sont relativement les plus légères, celles de la deuxième branche et surtout celles de la troisième, constituent les formes les plus graves. Une variété particulièrement grave, dont la cause est inconnue, dont les accès se manifestent avec la dernière violence, tantôt à intervalles rapprochés, tantôt après des périodes de calme

de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, et qui brave opiniâtrément tous les remèdes, c'est celle qui a été désignée par TROUSSEAU sous le nom de « *névralgie épileptiforme* », quoiqu'on n'ait pu découvrir d'affinité certaine entre cette maladie et l'épilepsie véritable. Il est digne de remarque que c'est précisément cette forme qui se déclare chez les individus à tendance névropathique.

Diagnostic. Le *diagnostic* de la névralgie trifaciale est facile dans tous les cas prononcés, pourvu qu'on soit attentif à la distribution de la douleur, à son invasion paroxysmale et aux points douloureux. A un examen superficiel on pourrait aisément la confondre avec des affections inflammatoires des os et du périoste, avec de vrais maux de dents, avec la migraine et d'autres formes de céphalalgie et de douleurs de la face.

Pronostic. Le *pronostic* ne saurait être porté avec une certitude entière. Il est le plus favorable dans les cas récents et quand on est en présence d'une cause appréciable facile à écarter. Mais si la maladie tient à une lésion anatomique plus sévère, non susceptible d'être enlevée, ou qu'il s'agisse d'un cas invétéré et enraciné par une longue habitude, les chances sont malheureusement le plus souvent précaires.

Traitement. Le traitement se base tout entier sur les règles posées dans le chapitre précédent. Dans la poursuite de l'*indication causale* il faut, en cas de névralgie de la seconde et de la troisième branche, aller toujours à la recherche, d'abord de *maladies dentaires*, puis d'*affections du nez*, des *sinus frontaux* et de l'*oreille moyenne*. Les dents cariées qui font souffrir et qui semblent avoir quelque rapport avec la névralgie, doivent être extirpées, et les autres affections que nous venons de mentionner demandent à être traitées à fond et avec des connaissances spéciales.

Parmi les remèdes, il y a surtout l'*électricité* (anode sur les points douloureux, cathode dans le cou, brosse faradique, etc.), la *quinine*, la *liqueur de Fowler* et les *narcotiques* dans les cas graves. Quand les accès névralgiques présentent un type à peu près régulier, la *quinine* principalement rend parfois des services signalés (d'abord de 1,0 à 1,5 grm. 2 à 3 heures avant l'accès présumé). Si la quinine est inefficace, il faut essayer l'*arsenic*, mais pas à dose trop minime, et c'est seulement quand ces moyens sont demeurés sans résultat, qu'on peut faire une tentative avec les autres médicaments qu'on a préconisés et parmi lesquels nous citerons : le *butylchloralhydrate* (croton-chloral) en capsules de 0,1 à 0,3 ou d'après la formule de LIEBREICH : butylchloralhydrate 5,0 à 10,0, glycérine 20,0, eau distillée 120,0, une à plusieurs cuillerées à soupe toutes les 5 à 10 minutes. Puis la teinture de *gelsemium sempervirens*, 5 à 20 gouttes plusieurs fois par jour, l'*aconitine*

en pilules de 0,003 à 0,005 milligrm., 3 à 5 par jour, l'*amylnitrite*, le *sulfate de cuivre ammoniacal* (en poudre ou pilules de 0,02 à 0,04) l'*huile de térébenthine*, etc. Il n'y a pas d'indications spéciales pour chacun de ces différents remèdes, de façon qu'on en est réduit à des essais purement empiriques. Dans les cas désespérés, TROUSSEAU a eu recours à de très hautes doses d'opium qu'il a portées graduellement jusqu'à des rations de 8 à 12 grammes par jour (!). Parfois l'accès peut être soulagé ou coupé par la *compression de la carotide*.

Si, en dépit d'un traitement rationnel, électrique et médicamenteux, la névralgie persiste dans toute sa gravité, il ne faut pas tarder trop longtemps de proposer au malade, si la chose est possible, les *ressources opératoires*. C'est surtout dans la névralgie frontale et sous-orbitaire que la section nerveuse constitue une opération relativement légère, laquelle, à part de nombreux insuccès, peut se réclamer d'une série de brillants résultats. La description détaillée du procédé technique de la section et de la *distension nerveuse*, de même que l'exposé de la *ligature carotidienne*, entreprise dans quelques cas désespérés, sont réservés aux ouvrages de chirurgie.

2. Névralgie occipitale.

Parmi les névralgies qui se déclarent dans le domaine sensible relevant des quatre nerfs cervicaux supérieurs, la névralgie du *grand nerf occipital* est la plus fréquente et la plus importante en pratique. Entre toutes les causes ayant une certaine valeur étiologique, et indépendamment de celles qui agissent dans toutes les névralgies quelconques, il faut avant tout avoir égard aux *maladies des vertèbres cervicales supérieures* (carie, néoplasmes). — Les paroxysmes douloureux peuvent atteindre le plus haut degré d'intensité. D'ordinaire ils sont localisés dans les *deux* nerfs occipitaux, de manière que la névralgie est bilatérale, quoiqu'elle soit généralement plus prononcée d'un côté que de l'autre. Les *points douloureux* se trouvent le plus souvent au milieu de l'espace qui sépare l'apophyse mastoïde des vertèbres supérieures. On constate fréquemment des troubles vasomoteurs, la chute des cheveux, etc.

Le *pronostic* est relativement favorable, partout où il n'y a pas de grave lésion anatomique (inflammation des vertèbres) à la racine du mal. Les *irritants cutanés énergiques* dans le cou (vésicatoires, si le cas est récent), les *injections de morphine* et le *courant constant* constituent les remèdes les plus efficaces.

Les autres névralgies qui affectent le domaine du plexus cervical sont rares. Elles peuvent se présenter dans le territoire d'innervation du *petit*

nerf occipital (cette névralgie est due assez souvent à la *syphilis*, d'après SEELIGMÜLLER, et serait alors facile à guérir par l'iodure de potassium), du *grand nerf auriculaire* et des *nerfs susclaviculaires*. On a même décrit une *névralgie phrénique* dans laquelle la douleur se propage le long du nerf phrénique jusqu'aux insertions du diaphragme, mais elle est en tous cas très peu fréquente.

3. Névralgies dans le domaine du plexus brachial.

(Névralgie cervico-brachiale.)

Les névralgies du plexus brachial sont en général rares et presque jamais elles ne se limitent rigoureusement au territoire d'expansion d'un seul nerf. Le nerf radial et le nerf cubital sont communément un peu plus souvent atteints que le nerf médian. On a observé aussi des névralgies du nerf brachial cutané interne. — Sous le *rapport étiologique* il faut mentionner avant tout les plaies et blessures assez fréquentes des nerfs, puis les cicatrices et les corps étrangers. C'est surtout à la suite de plaies aux doigts (blessures, coupures) qu'on a observé des névralgies intenses qui peuvent s'étendre à une grande surface du bras. Dans quelques-uns de ces cas il s'agit d'une névrite ascendante qui a sa source dans un petit ramuscule nerveux qui a été lésé, dans d'autres ce sont probablement des rétractions cicatricielles, des épaissements du névrilemme ou de petits névromes nés de la plaie, qui provoquent les douleurs. Les productions névromateuses qui surgissent à l'endroit où le tronc nerveux a été coupé, donnent lieu aux *névralgies d'amputation* parfois si cuisantes dans les moignons. Des névralgies graves se produisent souvent par *compression* des nerfs du bras, par ex. à raison de tumeurs du creux de l'aisselle (carcinomes, etc.), d'anévrysmes de l'aorte. Il y a aussi des névralgies *rhumatismales*. La *névralgie brachiale bilatérale* doit toujours faire songer à une affection confinant aux racines postérieures de la moelle spinale, principalement à une pachyméningite cervicale, une spondylite des vertèbres cervicales inférieures.

Il y a peu de chose à ajouter concernant la *symptomatologie* spéciale de la névralgie brachiale. La douleur est ordinairement répartie sur tout le trajet du nerf, sans toutefois, comme nous l'avons dit, être très strictement localisée. Les *points douloureux* se trouvent souvent au niveau du plexus brachial, sur le parcours du nerf radial (côté externe du bras), du nerf cubital (gouttière du condyle interne), du nerf médian (bord interne du biceps) et sur les expansions cutanées des nerfs, là où ils émergent du fascia. On a observé quelquefois des troubles vasomoteurs et trophiques

(« *Glossy fingers* » c'est-à-dire un état particulièrement luisant et atrophique de la peau des doigts), et dans les névralgies graves une atrophie prononcée de tout le bras. — Le *diagnostic* n'est d'ordinaire pas difficile ; il faut seulement se garder de confondre avec des *affections articulaires*.

Le traitement des névralgies brachiales n'est pas toujours facile, étant donné qu'on a affaire fréquemment à une maladie prolongée et opiniâtre. Indépendamment de l'indication causale à remplir, dans la mesure du possible, il y a surtout à considérer le *traitement électrique* (courants galvaniques descendants le long des nerfs atteints), puis l'emploi des *narcotiques* (morphine, cocaïne), ensuite comme moyens lénitifs le *salicylate de soude*, l'*antipyrine*, la *phénacétine*, etc., enfin localement les *bains de boue chauds*. Dans les cas graves, il faut songer à l'éventualité d'une opération chirurgicale (*distension des nerfs*, excision de cicatrices).

Sous le *rapport thérapeutique*, à part l'indication causale à remplir et les remèdes ordinaires (narcotiques, dérivatifs, salicylate de soude dans les névralgies rhumatismales), il y a surtout l'*électricité* à considérer. Dans quelques cas graves, on a obtenu de bons résultats par la *distension des nerfs*.

4. Névralgie intercostale.

(Névralgie dorso-intercostale).

Comme les rameaux postérieurs (dorsaux) des nerfs thoraciques ne sont atteints que par exception, les névralgies qui se rapportent à ces nerfs se présentent presque toujours à l'état de *névralgie intercostale* pure. Cette névralgie affecte le plus souvent les nerfs intercostaux moyens (depuis le cinquième environ jusqu'au neuvième), soit un nerf isolément, soit plusieurs à la fois. L'affection siège beaucoup plus à *gauche* qu'à droite.

Sous le *rapport étiologique*, il importe de se rappeler que les névralgies intercostales opiniâtres sont souvent un symptôme (l'unique pendant un temps considérable) de lésions anatomiques graves, par ex. *d'affections des côtes, des vertèbres* (carie, carcinome), *de la moelle* (tabes, méningite spinale, tumeurs) et *d'anévrysmes de l'aorte*. Indépendamment de ces névralgies symptomatiques, on rencontre assez fréquemment des névralgies intercostales essentielles, idiopathiques, pendant la jeunesse et la période moyenne de la vie, surtout chez les femmes et les filles anémiques et nerveuses. Les lésions traumatiques des nerfs intercostaux et les refroidissements jouent également un rôle, et finalement on voit quelquefois des névralgies intercostales « réflexes » dans les maladies des organes génitaux de la femme.

Les *douleurs* dans la névralgie intercostale peuvent atteindre un degré

excessif et s'accroissent d'ordinaire par les mouvements étendus du thorax. C'est pourquoi les malades évitent, autant que possible, les inspirations profondes, la toux, l'action de parler à haute voix, etc. On trouve d'ordinaire *trois points douloureux*, un à côté de la colonne vertébrale, un second vers le milieu du nerf et le troisième à côté du sternum ou au niveau du muscle droit de l'abdomen. Parmi les *désordres trophiques* il faut signaler l'apparition assez fréquente de l'*herpès zoster*. En ce cas, il est probable que c'est toujours une *névrite* véritable d'un ou de plusieurs nerfs intercostaux qui est en jeu. Les douleurs précèdent l'éruption du zona ou se déclarent presque en même temps que lui. Très souvent elles persistent un temps considérable après la guérison de l'affection cutanée. On avait jusqu'ici l'habitude de considérer la formation du zona comme un « trouble trophique ». Mais de minutieuses recherches anatomiques plus récentes (A. DUBLER) inclinent à faire croire que la production des vésicules est due uniquement à la propagation directe à l'enveloppe cutanée du travail phlegmasique émanant des houppes nerveuses terminales. Il est digne de remarque que le zona se montre quelquefois avec un caractère d'*épidémicité* ou même d'*endémicité*, qui tend à faire admettre une influence infectieuse. L'*infiltration* presque constante des *ganglions lymphatiques avoisinants* (de l'aisselle, du bord inférieur du muscle pectoral, etc.) milite peut-être en faveur de cette supposition.

La *marche* de la maladie dépend principalement de sa cause. Les névralgies intercostales protopathiques sont, il est vrai, parfois très rebelles, tout en autorisant un pronostic généralement favorable. Le *diagnostic différentiel* entre la névralgie intercostale essentielle et les rhumatismes musculaires, la pleurésie à son début, etc., n'est pas toujours facile. En ce cas, un examen objectif attentif, la détermination du siège de la douleur et des points douloureux, et finalement la marche ultérieure de la maladie, doivent pré-munir contre les erreurs de diagnostic.

Le *traitement* se dirige d'après les règles générales exposées dans le chapitre précédent. Dans les cas *récents*, les vésicatoires sont souvent très efficaces. Le *traitement électrique* se fait à l'aide de la brosse faradique ou du courant constant (cathode sur la colonne vertébrale, anode sur le point latéral ou antérieur, courant stable assez puissant). Dans les cas graves, les piqûres de morphine sont indispensables. — L'*herpès zoster* guérit sous l'influence d'un traitement simple avec des onguents ou des substances pulvérulentes (oxyde de zinc 5,0, amidon 10,0).

Mastodynne (névralgie de la grande mammaire). On considère comme une forme névralgique particulière appartenant au domaine des nerfs