

Ces tumeurs sont très graves, quand elles siègent sur les paupières. Mais on n'a guère d'autre ressource que de cautériser encore, même au risque de provoquer un ectropion. Plus tard, au bout de plusieurs mois, quand la cicatrice sera devenue bien solide, on pourra s'occuper de l'ectropion, tandis que si on avait laissé aller les choses, l'angiome aurait pu envahir le bulbe oculaire.

Un procédé simple, commode et sûr consiste à traverser la tumeur avec un fil qu'on abandonne en séton. On se sert pour cette opération d'une aiguille très fine dans laquelle on passe un gros fil trempé dans du perchlorure de fer, puis desséché. Le nombre de ces fils, dont les bouts sont noués au-devant de l'angiome, varie avec les dimensions de la tumeur. Les fils ne sont retirés que lorsqu'ils deviennent très mobiles.

S'il s'agit de petits angiomes turgescents, framboisés, on peut encore procéder d'une autre façon : on passe sous la base de la tumeur deux fils qui se croisent à angle droit et dont les chefs noués au-devant de la tumeur la divisent en 4 secteurs égaux.

Je n'emploie pas les injections de perchlorure de fer (quelques gouttes d'une solution à 20 degrés Beaumé), méthode du reste peu en usage. S'il s'agit d'angiomes caverneux en communication avec un tronc veineux considérable, la coagulation du sang peut dépasser les limites de l'angiome, envahir les autres veines et même gagner le cœur, comme cela a été démontré à l'autopsie d'individus ayant succombé à ce traitement. Même quand la région sur laquelle la tumeur s'est développée se prête à la compression périphérique par application d'un anneau métallique sur les limites de la tumeur, et quand on peut de la sorte éviter le danger de la thrombose envahissante, il en reste un autre, celui de la gangrène. Si dans certains cas les injections de perchlorure de fer provoquent l'atrophie scléreuse de la tumeur, dans d'autres elles donnent lieu à une gangrène de la tumeur qui se détache en totalité en laissant à sa place une cicatrice étendue, difforme. Les mêmes considérations s'appliquent aux caustiques, pâtes caustiques ou acides minéraux.

Les toutes petites tumeurs peuvent guérir par l'inoculation de vaccin à leur niveau, et l'angiome se transforme en cicatrice de vaccin.

L'extirpation au bistouri est indiquée pour les angiomes dont les dimensions et le siège permettent d'obtenir une plaie opératoire se prêtant à la réunion par suture, car le seul avantage de ce procédé est la rapidité de la guérison. Comme les angiomes sont souvent encapsulés, la tumeur peut être assez facilement énucléée, à la condition que des aides expérimentés assurent une hémostase parfaite.

Quelquefois les angiomes atteignent des dimensions considérables. Dans un cas que nous avons observé, la tumeur occupait toute la face interne de la joue droite, la moitié droite de la lèvre inférieure et de la langue. La ligature de la carotide externe droite, de la maxillaire et de la temporale gauche (de cette dernière pour obtenir l'occlusion des branches collatérales) n'a donné aucun résultat. La guérison ne fut obtenue que par le passage répété de sétons à travers la tumeur.

**Épithéliome.** — L'épithéliome est aussi fréquent chez les vieillards que l'angiome chez les enfants. Si chez ces derniers la richesse des anastomoses vasculaires de la région explique la production des tumeurs vasculaires, chez les premiers on peut incriminer les irritations répétées auxquelles est exposée pendant des années et des années la peau de la face et les points de jonction entre la peau et les muqueuses (bouche, nez, yeux). On a attribué un rôle étiologique important aux irritations dues à la pipe et au jus de tabac, aux rasoirs mal aiguisés, surtout quand ils agissent sur les poils rudes des paysans, aux fissures des lèvres et des narines, aux excroissances de toute nature souvent mal traitées, aux irritations thermiques auxquelles la face est directement exposée. En tout cas, il est certain que les irritations répétées finissent souvent par provoquer le développement d'un épithéliome quand, avec l'âge, les tissus acquièrent une prédisposition particulière à cette affection. Ce qui plaide en faveur de cette théorie, c'est le développement du carcinome sur d'anciennes ulcérations chroniques de siège quelconque, sur une fistule menant à un séquestre central ou à des esquilles d'une fracture compliquée, sur une ancienne cicatrice entourant une ulcération qu'on ne parvient pas à guérir. Dans un cas publié par v. Dumreicher, le néoplasme s'est développé sur une fontanelle restée longtemps ouverte ; les ulcérations lupiques peuvent également subir la transformation cancéreuse.

L'épithéliome de la face affecte plusieurs formes. Les deux formes principales sont : l'épithéliome *sec, plat*, ordinairement bénin, et l'épithéliome *médullaire, infiltré*, la forme peut-être la plus maligne. L'épithéliome plat peut persister pendant des années et se développer si lentement que dans l'espace d'un an son diamètre augmente à peine d'une ligne. Par contre, l'épithéliome médullaire produit en quelques mois des ravages aussi étendus en profondeur qu'en surface. Les épithéliomes siègent le plus souvent sur la lèvre inférieure, et atteignent presque exclusivement les hommes, principalement les paysans âgés. Toutefois, au Tyrol j'ai eu souvent l'occasion d'en observer sur des hommes de 20 à 30 ans. C'est encore sur la lèvre inférieure que l'épithéliome médullaire se développe de préférence.

Le *diagnostic* est ordinairement facile et jamais je n'ai observé de

cas où la nature de l'affection n'ait pu être déterminée d'une façon exacte. Si, malgré tout, le diagnostic restait douteux, on aurait toujours la ressource d'examiner sous le microscope une parcelle de tumeur.

Le *traitement* est fort simple : il faut faire l'ablation du néoplasme. Dans l'épithéliome plat des vieillards, on pourrait peut-être reculer devant une intervention sanglante. Dans ces cas, on protégera les parties voisines par plusieurs couches d'emplâtre adhésif et on couvrira ensuite la surface de la tumeur d'une mince couche de pâte caustique au chlorure de zinc ; le tout sera ensuite couvert de boulettes de charpie. Lorsqu'au 5<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> jour l'eschare se détachera, on examinera le fond de la tumeur pour voir s'il n'existe pas des noyaux indurés qu'on cautérisera dans ce cas avec la même pâte caustique. Le même procédé est encore à employer quand le néoplasme occupe une région très riche en vaisseaux, la région temporale par exemple. On évite de cette façon des hémorragies abondantes<sup>1</sup>. Quant aux interventions sanglantes, nous aurons à y revenir plus loin.

**Tumeurs diverses.** — Les autres variétés de tumeurs se rencontrent rarement sur les parties molles de la face. Le *léontiasis* de la face est une affection très curieuse — nous aurons encore à y revenir, — mais on peut dire que le nom de cette affection (tiré de la ressemblance avec la tête du lion) est un peu hasardeux. A l'examen microscopique on trouve que la tumeur n'est autre chose qu'un fibrome lipomateux mou<sup>2</sup> (fig. 44).

Les *kystes séreux* des joues présentent un intérêt tout particulier, et il y a quelques années nous en avons observé un exemple. Il s'agissait d'une jeune fille de 24 ans, vigoureuse et bien bâtie, qui présentait dans la joue droite un kyste des dimensions d'une petite orange. La ponction donna issue à une certaine quantité de liquide clair, parfaitement limpide. Le canal de Sténon était perméable, et le kyste ne paraissait dépendre ni de la parotide ni de son canal excréteur. Bien que le kyste fût resté vide pendant 8 jours après la ponction, je

(1) Les applications topiques et les injections interstitielles de solutions de chlorate de potasse donnent quelquefois des cicatrises remarquables dans les cas où l'épithéliome cutané bénin — l'épithéliome plat des auteurs allemands — est trop large pour être enlevé. Mais il faut être averti qu'après cette amélioration la repullulation du mal est la règle. On n'oubliera pas d'autre part, que les épithéliomes de cette espèce ont quelquefois une tendance spontanée à la cicatrification temporaire.

(A. B.)

(2) C'est cette variété que nous avons coutume d'appeler *molluscum fibreux* ou *molluscum pendulum*.

(A. B.)

ne voulais pas laisser partir la jeune fille sans l'avoir radicalement débarrassée de son kyste. Après avoir incisé la muqueuse de la joue sur le sac vide, parfaitement perceptible, j'ai réséqué la plus grande partie des parois du kyste ; ce qui restait s'est éliminé par suppuration et la cavité s'est cicatrisée.

Ces kystes séreux doivent être distingués des kystes salivaires qui sont produits par la dilatation locale du canal excréteur ou des follicules de la parotide. Ici je n'aurai en vue que les *kystes par dilatation du canal* de Sténon ; quant aux kystes par dilatation des follicules, nous y reviendrons à l'occasion des affections chirurgicales de la parotide. Le diagnostic des kystes salivaires est fort difficile, et parmi les



Fig. 34. — Fibrome molluscum de la face.

signes qui permettent de déterminer la nature de la production nous devons citer en premier lieu l'augmentation de la tension du kyste pendant la mastication.

Je dois encore mentionner les *kystes huileux*, que j'ai décrits le premier et qui constituent une véritable rareté. Les deux cas que j'ai vus datent de bien longtemps. Dans le premier cas, il s'agissait d'un adulte qui présentait au-dessus de l'angle interne de l'œil un kyste des dimensions d'une grosse noix, rempli d'un liquide huileux, ayant la couleur de la glycérine. Dans l'autre cas, il s'agissait d'un enfant : la tumeur, également des dimensions d'une noix, siégeait au-dessous de l'angle interne de l'œil et était remplie d'un liquide jaunâtre sem-

blable à de l'huile d'amandes. Les deux liquides graissaient le papier, étaient moins denses que l'eau et se dissolvaient dans l'éther. C'est tout ce que j'ai pu apprendre sur ce liquide dont une grande partie n'a pu être recueillie pendant l'opération ; je regrette de n'avoir pas eu l'idée alors de faire examiner sous le microscope les parois de ces kystes. Depuis cette époque, Verneuil a eu plusieurs fois l'occasion d'enlever de ces kystes huileux pré-lacrymaux. Un cas a été observé et opéré par le professeur Mauthner. Enfin dans ces dernières années j'ai eu l'occasion de voir plusieurs nouveaux cas, et j'ai pu me convaincre que ces kystes huileux n'étaient autre chose que des kystes dermoïdes remplis de graisse liquide.

Les *sarcomes* et les *myxomes* des parties molles de la face sont rares. J'ai observé un cas de sarcome mou de la joue chez un jeune homme de 19 ans. Lorsqu'il se présenta pour la première fois, nous trouvâmes une tumeur ronde pseudo-fluctuante, des dimensions d'une orange. La ponction donna issue à du sang liquide, pur ; le diagnostic fut celui de sarcome mou. La tumeur molle, bien limitée, n'a pu pourtant être complètement extirpée de la couche sous-cutanée. La récurrence survint quelques semaines après l'opération, sous forme de noyaux mous dans les parties voisines. La seconde opération fut très difficile et l'hémorragie fort abondante, car à ce moment la tumeur avait envahi les tissus profonds, et nous avons été obligé d'aller jusque sous l'arcade zygomatique, dans la région de la fente intra-orbitaire. Quelques semaines plus tard, nouvelle récurrence. Le malade pouvait encore travailler, mais il existait déjà de la propulsion du globe oculaire en haut, et, en plus, quatre nouveaux noyaux des dimensions d'une orange se sont développés dans la cicatrice. — Telle est l'évolution du sarcome mou dans presque tous les cas.

Chiari a dernièrement publié un cas excessivement rare de *myxo-fibrome* congénital de la face. La tumeur, des dimensions d'un poing, était pourvue d'un pédicule court, épais de 3 centimètres, et siégeait dans le tissu cellulaire sous-cutané au niveau du frontal droit.

Chez les vieillards, on observe souvent sur la peau du visage des *fibromes pédiculés* qui n'atteignent jamais des dimensions considérables et ne présentent aucune gravité.

Les *papillomes* paraissent déjà moins bénins. Il en existe une forme d'origine certainement inflammatoire, qui guérit par le traitement antiphlogistique. Une autre forme se distingue par l'extension considérable de la tumeur, et dans un cas que nous avons observé la tumeur, qui siégeait dans la région de la tempe, a atteint les dimensions de la paume de la main. Ces tumeurs affectent quelquefois la forme d'un champignon. J'en ai extirpé une des dimensions d'un poing ; la tumeur, développée sur la racine du nez, était pourvue d'un pédicule gros comme le doigt.

Les *adénomes* qui se développent dans les glandes sudoripares ont été étudiés par Verneuil et Stilling.

#### § 4. Névralgie faciale.

Lorsqu'on voit une irritation légère provoquer une excitation intense, on parle d'*hyperesthésie*, que la cause de cet état réside dans les terminaisons nerveuses périphériques ou dans les centres nerveux. Ainsi des excitations tactiles, qui ne produiraient souvent aucun effet, sont parfaitement perçues dans certains cas d'hyperesthésie des nerfs sensibles, quand les corpuscules tactiles possèdent une excitabilité plus grande qu'à l'état normal. Comment comprendre un état dans lequel la moindre excitation provoque une sensation de *douleur* ? Si l'on considère la douleur comme une perception particulièrement pénible du sensorium général par le fait des irritations sensibles, on doit la séparer de l'hyperesthésie et la désigner avec Eulenburg sous le nom d'*hyperalgie*.

Qu'est-ce donc que la névralgie ? Supposons qu'un malade soit pris de douleur à la suite d'une pression légère sur la peau de la face ou d'une impression brusque de courant d'air, par exemple : nous ne pouvons désigner cet état sous le nom d'hyperalgie, ne fût-ce que parce que la douleur, même très violente, ne se présente pas sous forme d'un *accès*, pouvant durer plusieurs minutes, puis disparaissant brusquement. Mais souvent un malade est pris de douleurs sans cause connue ; et comme nous ne savons s'il existe une relation anormale entre l'excitation et son effet, nous ne pouvons guère parler d'hyperalgie dont l'idée repose justement sur cette relation anormale. Un autre malade est sujet à des douleurs violentes ; il succombe à une affection intercurrente, et à l'autopsie on trouve dans le crâne une tumeur qui comprime précisément les nerfs qui étaient le siège de ces douleurs. Sommes-nous autorisé à dire que, la pression exercée par la tumeur sur les troncs nerveux ne paraissant pas avoir été très marquée, les douleurs intolérables s'expliquaient par l'hyperalgie ? Peut-être la pression a-t-elle été parfaitement en rapport avec la douleur, égale à cette dernière ! Eh bien, dans ces cas on parle de *névralgie*, et pour mettre bien en lumière les différences qui existent entre la névralgie et les états que nous venons d'esquisser, nous dirons tout de suite que la névralgie peut être liée à l'anesthésie aussi bien qu'à l'hyperesthésie.

Quand nous disons que la névralgie se distingue de l'hyperalgie, nous ne donnons pas encore pour cela la définition de la névralgie. Tout ce que nous pouvons faire, en l'absence de définition, c'est de donner la description de cette affection en ajoutant que la névralgie

est une affection *symptomatique* dont les caractères principaux sont les suivants :

1) Dans la névralgie on observe des *accès* de douleur ; dans les intervalles des accès, on observe une rémission qui est complète ou seulement très accusée.

2) L'accès de douleur se distingue par sa violence.

3) La douleur occupe le domaine de nerfs sensitifs bien déterminés.

4) La douleur est perçue dans les nerfs mêmes.

5) L'accès survient spontanément ou sous l'influence d'une irritation insignifiante.

6) Dans le territoire qui est le siège de la douleur, on ne trouve pas d'affection locale.

7) La névralgie ne provoque pas de phénomènes généraux.

Quand les cliniciens ne pouvaient déterminer les causes de l'affection, ils parlaient de névralgie *essentielle* ; dans le cas contraire, la névralgie était désignée sous le nom de *symptomatique*. Quand un malade atteint de carie de la colonne vertébrale, par exemple, accuse des douleurs fulgurantes, ces dernières sont désignées sous le nom de névralgie symptomatique, car on sait que l'inflammation envahit les gaines des nerfs et que les produits inflammatoires compriment les troncs nerveux. Quand un individu est porteur d'un anévrysme de la sous-clavière, les douleurs dont est le siège dans ces cas le plexus brachial ne peuvent être attribuées qu'à l'anévrysme lui-même, et cette fois encore on désignera ces douleurs sous le nom de névralgies symptomatiques ou secondaires.

Mais si la cause des douleurs nous échappe, nous ne sommes pas pour cela en droit d'affirmer que cette cause n'existe pas ; au contraire, par analogie avec les états précédents, nous sommes obligés de conclure à l'existence d'une cause que nous ne connaissons pas. En effet, dans bien des cas de névralgie dite essentielle, on a trouvé, à l'examen microscopique des nerfs douloureux, une lésion anatomique palpable qui indiquait que les douleurs, les névralgies, étaient un symptôme d'une lésion organique parfaitement appréciable. Aussi, toute différence entre la névralgie symptomatique et la névralgie essentielle est à notre sens destinée à disparaître du cadre de la pathologie.

**Description clinique.** — La névralgie du trijumeau est une des plus fréquentes. Elle est aussi connue sous le nom de prosopalgie ou douleurs faciales de Fothergill<sup>1</sup> ; les auteurs français la désignent

(1) Fothergill (1712-1780) a décrit cette affection comme une *painfull affection of the nerves of the face*. Fothergill était célèbre aussi bien par ses connaissances étendues que par sa charité. Nous devons toutefois ajouter que cette

sous le nom de tic douloureux de la face<sup>1</sup>. Cette affection terrible, mais heureusement encore assez rare<sup>2</sup>, est unilatérale et atteint principalement certaines branches bien déterminées du trijumeau, les rameaux sus et sous-orbitaire, plus rarement le nerf sous-maxillaire.

On s'est souvent demandé pourquoi cette affection se localisait justement sur ces branches. Or, si l'on considère que tous ces rameaux sont renfermés, pour une partie de leur trajet, dans des canaux osseux, on comprend facilement que certaines affections des os du crâne, telles que la périostite, la carie, la nécrose, les exostoses et les hypérostoses, en frappant les parties osseuses, auront leur retentissement sur les nerfs inclus dans les os malades. Et en effet, dans certains cas de névralgie on a pu incriminer une des affections que nous venons d'énumérer.

Les *irritations périphériques* sont une autre cause des névralgies. Dans cette catégorie de faits se trouvent la névralgie par carie dentaire et celle qui est consécutive à un refroidissement intense. Dans les cas de traumatismes de la face ou de corps étrangers ayant pénétré dans les parties molles de cette région, il est difficile de dire si la névralgie est due à l'irritation des ramifications périphériques ou des petites branches, par le traumatisme ou par le corps étranger.

Dans une troisième catégorie viennent se ranger les névralgies consécutives à une *lésion siégeant à l'intérieur du crâne* : tumeurs de la base du crâne ou de la dure-mère, anévrysmes (principalement ceux de la carotide interne dans le voisinage du ganglion de Gasser). Dans tous ces cas, la cause de la névralgie est pour ainsi dire palpable. Mais il existe un grand nombre de cas où aucune de ces causes ne peut être démontrée cliniquement ni anatomiquement.

Les statistiques ont démontré que la prosopalgie ne se rencontre *jamais* chez les enfants ; qu'elle est aussi fréquente dans la vieillesse qu'à l'âge mûr, que sa fréquence la plus grande correspond au début de la vieillesse et que les *femmes* sont bien plus souvent atteintes que les hommes<sup>3</sup>. Ce dernier fait est évidemment en rapport avec la fréquence du nervosisme et de l'hystérie dans le sexe féminin, car si l'on éliminait les cas de névralgie liés à l'hystérie, le rapport entre les

affection a été décrite avant Fothergill, par André (1756), qui lui donna le nom de *tic douloureux*. Wepper connaissait déjà cette affection en 1727.

(1) On n'appelle tic douloureux que les cas spéciaux et relativement rares où les douleurs névralgiques s'accompagnent de spasmes des muscles de la face, où il a, par conséquent, participation du nerf facial. (A. B.).

(2) Sur 3612 malades, Bellingeri en a trouvé 40 atteints de prosopalgie.

(3) Masius a trouvé 6 malades au-dessous de 30 ans, 188 de 30 à 60 ans, 6 de 60 à 80 ans.

les deux sexes serait renversé. Tous ces chiffres ne permettent pas encore de tirer une conclusion ferme.

On connaît du reste un certain nombre de faits qui expliquent l'origine de certaines névralgies. Ainsi des individus, qui ont habité un pays où règne la *malaria*, présentent souvent une névralgie, ordinairement une névralgie du nerf sus-orbitaire, se comportant tout à fait comme une fièvre intermittente. La douleur apparaît à une heure fixe de la journée, dure une demi-heure à une heure et disparaît ensuite pour un certain temps pendant lequel la rémission est complète. Ces névralgies sont passibles du traitement par la quinine.

Un autre groupe est formé par les névralgies *réflexes*. Il est bien démontré aujourd'hui que des états morbides très variés, une constipation habituelle par exemple, sont capables de provoquer une névralgie du trijumeau.

Stromeyer, observateur d'une sagacité bien connue, est arrivé à mettre en évidence certains faits vraiment surprenants. Une ulcération utérine ou intestinale, une affection chronique du foie ou de la vessie, etc. peuvent donner lieu à une prosopalgie des plus caractéristique, qui disparaît aussitôt qu'on guérit la maladie primitive. Ces faits constituent un point des plus obscurs de la pathologie, mais ils fournissent l'occasion de faire des cures miraculeuses !

Dans ces dernières années, le professeur Gussenbauer a obtenu la guérison dans un assez grand nombre de névralgies du trijumeau par l'administration des purgatifs continuée pendant des semaines. Ce traitement m'a quelquefois parfaitement réussi, mais il faut reconnaître que dans la majorité des cas il échoue d'une façon complète.

L'insuffisance de nos connaissances sur cette affection devient encore plus manifeste quand on veut se rendre compte des *lésions anatomiques* des nerfs qui sont le siège de ces douleurs. Dans un grand nombre de cas de névralgie violente, l'autopsie n'a pas permis de découvrir la moindre lésion dans le nerf malade ni du côté du système nerveux central ; en face de ces cas négatifs, on en trouve d'autres où les nerfs étaient le siège de modifications anatomiques palpables, grossières. Je me rappelle encore plusieurs cas dans lesquels des nerfs malades réséqués par Schuh et v. Dumreicher, et examinés par Wedl ont présenté des modifications très appréciables, le plus souvent de nature inflammatoire. Ces modifications ont été également trouvées dans les cas publiés par Podrazky, Wagner, Carnochan, Allan et autres.

Après ces remarques préliminaires, je veux exposer, au point de vue *clinique*, un cas de prosopalgie opérée avec succès. Cette étude donnera une idée détaillée de la prosopalgie, de sa marche et de la voie qu'on doit suivre dans l'examen clinique du malade.

Une femme de 54 ans, très pâle, se présente à la clinique avec une figure exprimant la souffrance et des yeux trahissant une douleur profonde. Elle nous dit à voix à peine intelligible qu'elle souffre de douleurs atroces dans la face. J'ai dit à la femme que j'allais l'examiner tout de suite, mais je l'ai priée de ne répondre à mes questions qu'en inclinant la tête, pour dire oui ou non.

Cette précaution était destinée à éviter l'éclosion d'un accès qui se serait produit infailliblement si la malade avait dû parler, car j'ai bien pensé qu'il s'agissait chez elle d'une névralgie. Ma première question a été formulée de la façon suivante : « Votre douleur ne vient-elle pas par accès, subitement, comme un éclair ; ne dure-t-elle pas peu de temps et ne disparaît-elle pas de même ? » La femme répondit par oui. « La douleur est violente, à vous rendre folle ? » La malade répondit par un jeu de physionomie qui fit comprendre à tout le monde que ses douleurs devaient être intolérables. Il devenait évident pour tous déjà que la malade était atteinte d'une névralgie. Comme la malade avait une haleine fétide, je supposai que les accès pourraient aussi survenir à la suite d'une irritation périphérique buccale. J'ai donc demandé si les accès ne survenaient pas quand elle se rinçait la bouche, mangeait ou parlait. La réponse fut affirmative. En continuant d'interroger la malade, qui me répondait toujours par des signes, j'ai appris que les douleurs siégeaient sur le côté gauche, que les accès venaient aussi souvent le jour que la nuit, qu'ils se répétaient plusieurs fois par heure et qu'ils duraient à peine une minute. Interrogée sur les points où la douleur était particulièrement accusée, la malade a indiqué de son doigt tremblant les gencives de la mâchoire supérieure, la narine gauche et le trou sous-orbitaire. Ce dernier point paraissait être le plus douloureux, car la malade après avoir approché son doigt vers cet endroit, l'a rapidement porté vers le front. Pour provoquer un accès, il m'a suffi de passer très doucement mon doigt sur les gencives, et l'accès survint immédiatement : il y eut plusieurs contractions des paupières gauches, la commissure labiale du côté gauche fut portée en haut, la joue gauche se contracta et se couvrit de larmes ; la peau ne devint ni plus rouge ni plus pâle ; la carotide gauche ne battait pas plus fort que la droite. L'accès a duré une bonne minute pendant laquelle la malade resta tranquille sur sa chaise. L'accès terminé, elle cracha par terre et dit : « On ne peut se faire une idée de ces douleurs, et voilà bientôt onze ans que j'en souffre ! » Elle fut admise à l'hôpital et là nous apprîmes que onze ans auparavant elle avait été prise brusquement, sans cause connue, de douleurs dans la moitié gauche de la face, après avoir souffert autrefois de maux de tête, de vertiges et d'éblouissements. Les accès survenaient plusieurs fois par jour, duraient une demi-minute à une minute, disparaissaient brusquement pour revenir au bout de semaines ou de mois. Il y a deux ans, la malade fut prise d'une affection fébrile qui l'obligea à garder le lit pendant 2 semaines ; pendant ce temps elle n'a eu qu'un seul accès. Depuis un an, les accès sont devenus plus fréquents, et depuis quelques semaines absolument intolérables. La malade ne pouvait manger ou boire qu'au prix de douleurs vraiment atroces ; elle ne pouvait plus se laver la figure et devait éviter tout courant d'air, toute émotion psychique. Il y a quelque temps, elle avait perdu un membre de sa famille et depuis cette époque sa névralgie était devenue encore plus violente.

Interrogée sur la nature de la douleur, la malade nous dit qu'elle commençait, très violente dès le début, dans les gencives de la mâchoire supérieure, irradiait de là de bas en haut, s'attardait au niveau du trou sous-orbitaire où elle devenait térébrante, se propageait vers l'angle externe de l'œil et cessait dans la région