

du front. Quelques accès présentaient pourtant une allure anormale. Ainsi depuis quelque temps la douleur se propageait à la lèvre inférieure et devenait très-intense au niveau du front ¹.

De prime abord, on pouvait croire que les accès occupaient les trois branches de la cinquième paire. Il s'agissait donc de savoir si la douleur siégeait sur une seule branche et n'irradiait que secondairement dans les autres, ou si les trois branches étaient prises successivement l'une après l'autre. Cette question a pu être facilement résolue. Pour fortifier un peu la malade, nous avons commencé par nous attaquer directement à la douleur à l'aide des injections sous-cutanées de morphine. Au bout de quelques jours, les accès se simplifièrent en quelque sorte : la douleur de la lèvre inférieure ne reparut plus, celle du front manqua souvent. Mais elle persistait avec la même intensité dans le domaine de la seconde branche : trou sous-orbitaire, joue, lèvre supérieure, gencives de la mâchoire supérieure ; au bout de quelque temps encore les accès devinrent plus rares : aussi la malade pouvait-elle mieux manger et passait-elle des nuits meilleures.

Nous pûmes à ce moment faire déjà la toilette complète de la bouche, et en inspectant la cavité buccale nous trouvâmes dans le maxillaire supérieur une racine complètement cachée par la gencive. Nous nous décidâmes à faire l'extraction de cette racine, car dans un certain nombre de cas la névralgie n'a pas d'autre cause qu'un chicot oublié. La malade consentit très facilement à cette opération, en disant que la douleur qu'elle éprouverait ne serait probablement rien en comparaison des souffrances qu'elle endurait pendant les accès. Toutefois l'extraction de la racine ne fut suivie d'aucun effet appréciable.

Nous mîmes un vésicatoire au point d'émergence du nerf sous-orbitaire et continuâmes les injections de morphine. Sous l'influence de ce traitement, l'état s'améliora d'une façon très sensible et la malade quitta l'hôpital peu de temps après. Mais trois semaines plus tard elle revint avec sa névralgie : l'amélioration n'avait été que de

(1) Wepfer décrit (1727) de la façon suivante un cas qu'il a observé chez une femme : « *Dolor subito invadit, occupat partem genæ sub palpebra inferiori, ubi os maximum maxillæ superioris situm est dextro latere ; inde vergit versus tempus, simulque affligit frontem supra oculum et nasi partem dextram et portionem labii dextri infra pinnam narium, ut attactum plane non ferat, graviter quoque circa radicem oculi dextri exerceat ; atque oculum quasi retrahit lacrymasque profuse exprimit.... Dolor est lancinans, urens, pungens, tendens, prope intolerabilis, sed brevis et momentaneus. Sæpe per duas aut tres septimanas afflixit, aliquando in una die, in una hora sæpius illam adoritur. Dum me hodie convenit, intra horam plus quam sexties eam invasit, qualibet vice lacrymas ex solo dextro oculo expressit, oculis rubuit, inde labium tremebat in dextro latere » (Nouveau dictionnaire des sciences médicales).*

courte durée et la malade réclamait à toute force une opération. Je fis donc la résection du nerf sous-orbitaire et de son canal osseux. Les premiers jours après l'opération, il y eut encore plusieurs accès, ce dont la malade avait d'ailleurs été prévenue par nous. Pendant une visite, j'ai été frappé d'un phénomène que je n'ai pas encore remarqué d'une façon aussi nette chez d'autres malades. En passant rapidement mon doigt au-devant de la joue de la malade, sans toutefois toucher à la peau, j'ai provoqué l'éclosion d'un accès. J'ai attribué cet accès à l'influence psychique, car la malade, qui avait vu mon mouvement, a dû croire que j'allais lui toucher la joue. J'ai pu provoquer ce phénomène à plusieurs reprises, mais peu à peu la malade s'est habituée à ces surprises, et les accès ne se produisirent plus. Peu de temps après, elle sortit complètement guérie de sa névralgie.

Telle est brièvement l'histoire de cette malade. Je crois pourtant nécessaire d'insister sur quelques points particulièrement intéressants.

L'irradiation de la douleur vient à cet égard en première ligne, et elle existe dans presque tous les cas de névralgie du trijumeau. La douleur irradie le long des branches du trijumeau ou bien envahit des nerfs plus ou moins éloignés, de sorte que certains malades accusent en même temps des douleurs dans la nuque, le dos et même les membres inférieurs. Nous verrons plus loin comment on fait pour reconnaître les douleurs dues à l'irradiation. Notre malade n'a pas présenté d'autres troubles sensitifs. D'après Nothnagel, les névralgies récentes s'accompagnent d'hyperesthésie, les névralgies anciennes d'anesthésie. Rien de tout cela chez notre malade, qui n'accusait pas de sensations anormales telles que démangeaisons, fourmillements, engourdissement de la peau.

Autrefois, on attribuait, avec Trousseau, une grande importance aux points douloureux à la pression. Chez notre malade on trouvait un de ces points dans la région du trou sous-orbitaire, un autre au-dessus de l'angle de l'œil. Mais en examinant attentivement la malade nous avons vu que c'était la seconde branche du trijumeau qui était chez elle atteinte, bien qu'un point douloureux existât en même temps dans le domaine de la première. Ce fait a été constaté par d'autres observateurs, de sorte qu'aujourd'hui l'existence d'un point douloureux a beaucoup perdu de sa valeur diagnostique. Toutefois nous croyons que ce symptôme doit être toujours recherché.

Comme phénomènes *moteurs* nous avons constaté chez notre patiente des contractions des muscles de la face. Sous ce rapport, les malades se comportent très différemment. Quelques-uns exécutent même des mouvements volontaires pour modérer la douleur ; les uns serrent fortement les mâchoires l'une contre l'autre ou font certaines

grimaces toujours les mêmes, d'autres contractent les lèvres comme pour siffler, d'autres encore roulent la langue, ferment les paupières ou exécutent même des mouvements rythmiques avec le tronc, comme le faisait un sujet opéré par Schuh et plus tard par moi.

Dans d'autres cas on observe des contractions spontanées, convulsives des muscles de la face, et chez des femmes hystériques les accès se compliquent même quelquefois de convulsions générales. Quelquefois on note pendant l'accès une exagération des pulsations de la carotide et de la temporale. D'autres phénomènes vaso-moteurs s'observent également : injection de la face ou de la conjonctive allant quelquefois jusqu'à produire un gonflement de cette dernière.

L'existence de *troubles sécrétoires* pendant l'accès n'est pas faite pour nous surprendre. Ainsi chez notre malade nous avons vu se produire pendant l'accès une exagération de la sécrétion lacrymale, phénomène très fréquent dans les névralgies du trijumeau. Son explication est fort aisée : l'irritation, dont sont le siège les deux premières branches de la cinquième paire, provoque par voie réflexe une exagération de la sécrétion des larmes. L'exagération de la sécrétion salivaire ou de celle du mucus nasal est plus rare.

Reste encore la question des *troubles trophiques*, mais ici il faut établir une distinction très nette. Ainsi l'épaississement simple de la peau peut résulter simplement de l'habitude qu'ont les malades de se frictionner la figure pendant les accès. Mais dans d'autres cas, on observe des modifications de la peau et des poils qu'on ne peut attribuer qu'à la névralgie elle-même. Sous ce rapport l'apparition d'un zona dans le domaine du trijumeau présente un intérêt tout particulier.

Au point de vue du *diagnostic*, il s'agit avant tout de séparer les douleurs primitives de celles qui sont le fait de l'irradiation. On se dirigera d'après les faits suivants. La douleur commence dans le nerf primitivement atteint, tandis que les douleurs irradiées ne se manifestent que plus tard, quand l'affection a duré un certain temps. L'accès isolé débute presque toujours dans le nerf primitivement envahi ; les douleurs irradiées ne surviennent que lorsque le paroxysme est à son maximum, ou du moins elles sont séparées de la douleur primitive par un intervalle de temps appréciable. La douleur primitive est constante et existe dans tous les accès ; l'irradiation peut manquer dans quelques-uns. Souvent pendant les rémissions le nerf primitivement atteint est le siège de sensations anormales telles que douleur sourde continue, sensation de compression, etc. ; ces sensations n'existent pas dans les nerfs qui sont occupés par la douleur irradiée. Enfin, dans certains cas, le malade arrive à modérer la douleur en compri-

mant un certain point ; or ce point siège toujours sur le nerf primitivement atteint.

Bien plus difficile à résoudre est la seconde question qu'on doit se poser, la question de la *nature* de la névralgie. Un grand nombre de pathologistes, parmi lesquels nous pouvons citer Trousseau, Eulenburg, Benedict, ont essayé de différencier les formes de névralgie. Mais d'une façon générale il faut avouer que le point de départ de toutes ces tentatives était complètement insuffisant. Au point de vue pratique, le chirurgien doit envisager la question d'une façon un peu différente : s'il ne trouve pas de symptômes d'une affection cérébrale, il considère le cas comme opérable c'est-à-dire comme pouvant être guéri ou amélioré par une intervention chirurgicale. Il agit par conséquent comme si toutes ces névralgies étaient d'origine périphérique.

Une fois qu'on s'est prononcé, pour un cas particulier, en faveur d'une névralgie périphérique, il faut encore déterminer à quelle profondeur siège l'affection. Le principe qu'on doit suivre dans cette recherche est à la fois simple et clair : plus le nombre des branches prises est grand, plus le siège de l'affection est profond. En ayant toujours présent à la mémoire le mode de division du tronc, le siège de l'affection sera par conséquent recherché au delà (vers le centre) de l'origine de la branche dont on suppose la participation. Il ne sera donc peut-être pas inutile de passer rapidement en revue toutes ces branches.

Les rameaux sensitifs de la cinquième paire se rendent à la peau de la face et aux muqueuses qui tapissent les cavités de la face. Leur distribution est assez régulière, de sorte que les domaines innervés par les trois branches principales peuvent être limités par un certain nombre de lignes (lignes de démarcation de C. Langer). Ces lignes de démarcation, qui passent à travers les fentes palpébrales et la fente buccale, présentent le trajet suivant :

Le domaine innervé par la première branche du trijumeau est situé en dedans d'une ligne partant du sommet de la tête et passant au niveau du bord antérieur de l'écaïlle du temporal pour se diriger à travers la fente palpébrale vers l'angle interne de l'œil et de là vers l'extrémité du nez. Dans les cavités nasales il s'étend seulement sur la sphère olfactive, là les nerfs nasaux antérieurs du rameau naso-ciliaire se distribuent aux extrémités antérieures des cornets aussi bien qu'à la cloison, en formant ainsi une ligne convexe en arrière, vers la zone olfactive.

La ligne de démarcation inférieure de la seconde branche qui se dirige de la commissure labiale vers l'angle externe de l'œil présente une convexité dirigée en arrière et en dehors. Dans les cavités nasales, les nerfs se distribuent à toute la région située hors de la sphère olfactive. Quelques branches innervent la voûte du pharynx et la voûte du palais, de sorte qu'une ligne, tirée de la voûte

du pharynx à travers l'orifice de la trompe d'Eustache et descendant le long des parois latérales des choanes en coupant le bord du voile du palais, séparerait cette région de celle innervée par le glosso-pharyngien et le pneumogastrique. Par les nerfs alvéolaires supérieurs, la seconde branche innerve les dents et la muqueuse gingivale de la mâchoire supérieure.

La ligne de démarcation inférieure de la troisième branche est constituée par une ligne qui, partant du sommet de la tête, se dirige vers l'oreille et de là vers le menton. Dans la cavité buccale, le domaine qu'elle innerve est séparé en arrière par les papilles calciformes de celui qu'innerve le glosso-pharyngien. La muqueuse des joues, les dents inférieures, la muqueuse gingivale de la mâchoire inférieure et le plancher de la bouche sont entièrement innervés par cette branche.

Cette topographie permet presque toujours de dire quel est le nerf dont le domaine est le siège de la névralgie. Une fois les phénomènes d'irradiation mis de côté, il s'agit de déterminer le siège de la cause de la névralgie, et pour cela il faut toujours avoir présent à l'esprit le trajet exact des branches du trijumeau. La situation du rameau douloureux le plus profond indique déjà à quelle profondeur il faut chercher le siège de l'affection. Seulement, certaines circonstances ne doivent pas être perdues de vue quand il s'agit de poser un diagnostic exact. S'il s'agit d'une névralgie de la *première branche*, il faudra rechercher si, à côté de la douleur frontale, il existe une douleur des cavités nasales se propageant jusqu'à l'extrémité du nez, car, dans ce cas, le siège de l'affection devrait être cherché au delà (vers le centre) de la naissance du naso-ciliaire, par conséquent au point de pénétration du nerf dans l'orbite, puisque c'est à ce niveau que le naso-ciliaire se sépare du tronc principal pour se rendre à la paroi interne de l'orbite en cheminant entre le muscle droit supérieur et le nerf optique. Mais il faut savoir que cette forme de névralgie de la branche ophtalmique est si rare que dans les névralgies de la première branche il ne s'agit ordinairement que de celles du rameau frontal.

Dans les névralgies de la *seconde branche*, le diagnostic est également fort simple. Si la douleur occupe seulement les parties molles de la joue, l'affection siège avant la naissance des nerfs dentaires, autrement dit sur le nerf sous-orbitaire. Si la douleur occupe les incisives et la canine, le nerf alvéolaire supéro-antérieur est pris, et l'affection siège dans la partie antérieure du canal sous-orbitaire; si toutes les dents sont douloureuses, cela indique que le nerf alvéolaire supéro-postérieur est aussi pris; la douleur siège-t-elle en même temps au niveau de la région temporale antérieure? le siège de l'affection doit être cherché avant la naissance du zygomatique, au niveau de la fente sous-orbitaire, au delà du canal du même nom.

Dans les névralgies de la *troisième branche*, on se prononcera pour

le siège périphérique de l'affection quand il s'agira d'une névralgie isolée du nerf bucco-labial, c'est-à-dire quand il existera une douleur localisée de la muqueuse et de la peau au niveau de la commissure labiale; s'il existe en même temps une névralgie du lingual, le siège de l'affection devra être cherché plus profondément, et plus profondément encore quand on trouvera des douleurs dans le domaine du maxillaire ou de l'auriculo-temporal. Seulement cette règle n'a pas une grande importance pratique, parce que ces combinaisons sont excessivement rares et que les points où naissent toutes ces branches sont inaccessibles au chirurgien. Le plus souvent, la question est de savoir si c'est le mentonnier seul ou le tronc du dentaire inférieur tout entier qui est pris; ensuite, il y a encore à s'occuper d'une combinaison de la névralgie du lingual avec celle du dentaire inférieur.

Dans tous les cas, cependant, il faut se méfier que le siège de l'affection ne soit encore plus central que cela ne semble résulter de l'examen du malade. Prenons l'exemple d'une névralgie du sous-orbitaire sans névralgie dentaire concomitante: vous diagnostiquez le siège périphérique de la lésion avant la naissance des rameaux dentaires. Pourtant, la lésion peut siéger plus profondément et la douleur n'avoir encore envahi que les filets du sous-orbitaire.

Névrotomie. — Névrectomie. — Toutes les considérations qui précédent montrent bien que le traitement de la névralgie de la face ne peut guère être réellement rationnel. Si l'on avait à sa disposition des moyens empiriques sûrs et certains, on aurait dû à la rigueur s'en contenter. La chirurgie, qui d'après Celse produit des effets *inter omnes medicinarum partes evidentissimos*, a dû nécessairement constituer la ressource suprême contre ces maladies. Et en effet, la chirurgie a dès le début inauguré un traitement énergique¹: on faisait déjà la section des nerfs malades à une époque où on ne connaissait pas encore les différences entre les nerfs moteurs et les nerfs sensitifs. Bien avant Ch. Bell et Magendie, on fit des névrotomies nombreuses, et pendant de longues années cette opération a été non seulement souvent faite, mais pratiquée avec un véritable abus. Les causes de cet état de choses doivent être cherchées dans les succès nombreux de Haigh-

(1) La névrotomie a été proposée en premier lieu par Albinus; Haigh ton, qui l'exécuta le premier avec succès sur le nerf sous-orbitaire, traça les règles de l'opération. Il fut suivi dans cette voie par Breiting et André. Klein l'exécuta sur le facial (pour des douleurs!). Les insuccès très fréquents étaient expliqués par les anastomoses des nerfs ou par la soudure rapide des bouts sectionnés. Aussi Abernethy a-t-il excisé une portion du nerf malade. Klein et André cautérisaient au fer rouge les terminaisons nerveuses mises à nu.

ton ; mais les insuccès se multiplièrent, et l'opération perdit son auréole de gloire après avoir été combattue par un grand nombre de chirurgiens. Ces insuccès s'expliquent du reste quand on pense qu'on faisait couramment la section du facial dont on ne connaissait pas la nature motrice, et il faut dire qu'on est tout surpris aujourd'hui quand on voit A. Cooper préconiser la section du facial dans la névralgie de la face. Plus tard même, en 1838, Jobert de Lamballe soutenait encore que tous les nerfs de la face peuvent être le siège de la névralgie. Et même après que le trijumeau eût été reconnu pour un nerf sensible, et qu'on eût commencé à pratiquer sa section dans les névralgies de la face, on a vu s'élever contre cette opération des voix nombreuses et non des moins autorisées, celles de Dieffenbach et de Romberg par exemple. Pourtant la condamnation de cette opération n'était pas sans appel et l'on n'en vit pas moins les malades se diriger vers les services de chirurgie. Beaucoup de chirurgiens, il est vrai, ne faisaient cette opération qu'en prenant en considération l'atrocité des douleurs éprouvées par les malades, mais des succès nombreux ne tardèrent pas à remettre l'opération en vogue. Ce domaine de la chirurgie fut notablement étendu grâce aux efforts et travaux de Schuh, Patruban, v. Dumreicher, Bruns, Langenbeck, Roser, Linhart, Wagner, Sédillot, Jules Roux, Redfern Davies, Carnochan. Mais les adversaires de cette opération ne se firent pas attendre. Stromeyer a combattu la névrotomie avec l'originalité et l'intelligence qui le distinguent et sa prévention contre cette opération était telle que, comme Dieffenbach, il ne la décrivit même pas dans son *Traité de chirurgie*. O. Weber se prononça également contre elle, mais avec moins de vivacité que Stromeyer. L'opposition de ces maîtres conduisit A. Wagner à soumettre à une critique toutes les observations de neurectomie connues à cette époque, et les résultats de cette enquête furent favorables à l'opération. Tous ces chirurgiens sont morts à l'heure actuelle, mais leurs arguments doivent être encore repris et pesés, car on ne voit guère la chirurgie moderne vouloir abandonner le domaine de la résection des nerfs. Ce qui a contribué à remettre en faveur la névrotomie, c'est que l'expérience a montré que les résultats sont devenus meilleurs depuis que l'opération est plus radicale, c'est-à-dire depuis que l'on fait porter la résection sur les troncs nerveux au point même où ils sortent du crâne. Nul doute que le traitement opératoire des prosopalgies ne profite des nouvelles méthodes opératoires et des progrès accomplis dans le traitement des plaies.

Pour se faire une idée juste sur la valeur de l'intervention chirurgicale, il est de toute nécessité d'étudier et de comparer les arguments

qu'ont fait valoir pour et contre les partisans et les adversaires de la névrotomie.

Voyons d'abord ce que disent les statistiques. D'après la statistique de Wagner on compte sur 135 névrotomies 9 insuccès, 6 cas de mort, 32 récidives survenues au bout de quelques mois, 20 au bout de plusieurs années ; l'absence de toute récidive après plusieurs mois a été constatée 18 fois, après plusieurs années 25 fois ; dans 24 cas la durée de la guérison n'a pu être établie. A la clinique de v. Dumreicher, on compte sur 8 opérés (qui ont subi 19 opérations) 1 cas de mort ; l'amélioration a été notée 2 fois ; dans les autres cas la guérison a duré pendant plusieurs mois. Dans plusieurs cas que j'ai opérés, la guérison s'est maintenue pendant près d'un an.

Ces résultats paraîtront peu encourageants à qui cherche la guérison radicale. Mais ce point de vue me paraît tout à fait insuffisant. Quand on songe aux douleurs atroces qu'éprouvent les malades, on doit se déclarer très heureux de pouvoir faire disparaître ces douleurs pour un an ou même pour plusieurs mois. C'est du reste l'avis général des malades. Les malheureux qui sont repris de leurs douleurs au bout de quelques mois, reviennent à la clinique pour implorer une nouvelle opération, et si le chirurgien la refuse, ils vont en chercher un autre. La douleur qu'ils éprouvent pendant l'opération n'est rien pour eux. « Pendant l'opération je croyais être couchée sur un lit de roses » a répondu une malade à A. Cooper quand il lui a demandé si l'opération était douloureuse. Un vieux paysan, auquel j'ai réséqué le rameau frontal sans l'avoir chloroformisé, s'est montré moins enthousiaste. Au moment où je saisissais le nerf avec une pince, il m'a dit, tout bas, que la douleur était vraiment *infernale*. Les malades ne s'arrêtent même pas au danger, du reste fort minime, de l'opération. Quand les douleurs sont aussi insupportables, l'existence n'est plus qu'une torture.

Il serait d'ailleurs complètement inutile de discuter plus longtemps la question de la névrotomie en se plaçant à ce point de vue, car elle serait diversement résolue suivant que le chirurgien serait plus ou moins compatissant.

Les adversaires de la névrotomie ont beaucoup insisté sur un point : l'opération n'est pas justifiée, disent-ils, parce que la soudure des deux bouts du nerf sectionné rend la récidive inévitable. Nous pouvons passer sur cette objection après ce que nous venons de dire plus haut. Les autres objections ne sont guère plus difficiles à réfuter. Chose curieuse, Ch. Bell et Magendie se déclarèrent contre cette opération, mais le frère de Bell, Benjamin, la pratiquait souvent. Les objections de Magendie étaient de deux ordres : les unes relatives à la nature de l'affection, les autres, à la gravité de l'intervention. Magendie considérait l'opération comme incapable de guérir le malade et citait à cette occasion une histoire qu'il tenait de Ph. Roux. A un malade on fait la section du nerf mentonnier ; la névralgie envahit alors le lingual. On sectionne ce dernier, mais les

douleurs se manifestent dans le sous-orbitaire. Après la section du sous-orbitaire, la névralgie se localise dans le sus-orbitaire qu'on coupe à son tour; mais voilà que l'éthmoïdal se prend et Roux n'a pas osé s'attaquer à lui¹. Mais les cas de ce genre ne forment que l'exception. Si l'on rencontre un certain nombre d'insuccès, il existe en revanche un grand nombre de cas où l'opération a été suivie de résultats très favorables.

Quant aux craintes de Magendie relatives à la perte de la sensibilité et aux troubles du côté des parties molles de la joue, l'expérience a appris que la section du trijumeau ne donne pas lieu à ces phénomènes. Il en est de même de l'objection de Dieffenbach, à savoir que si on débarrasse le malade de ses douleurs, on lui laisse en revanche une paralysie incurable. Il n'y a pas un seul malade qui ne consente au change! Du reste les cliniciens ont eu bien des fois l'occasion de constater qu'après la section des nerfs, la sensibilité de la région est peu atteinte et que le retour *ad integrum* se fait encore assez rapidement. Arloing et Tripier ont étudié ce phénomène et mis en évidence certains points fort intéressants. Ainsi, si l'on coupe toutes les branches d'un tronc nerveux à l'exception d'une seule, cette dernière suffira pour conduire les impressions sensibles de la région vers le cerveau; mieux encore, le bout périphérique reste sensible. Ce phénomène se laisse expliquer par la *sensibilité récurrente* qui joue un rôle important dans la physiologie des racines postérieures. Dans certaines circonstances la section des nerfs est suivie de leur régénération et du rétablissement de leur conductibilité.

Stromeyer, ai-je dit, a été un des adversaires décidés de la névrotomie. Il considérait les névralgies du trijumeau comme des névroses réflexes et était convaincu qu'on pouvait les guérir en faisant disparaître les causes efficientes de l'affection. Pour lui, le médecin devait toujours rechercher cette cause primitive qui était tantôt un état gastrique tel que la constipation, la tuméfaction du foie et de la rate, la dyspepsie, tantôt une anomalie des organes génitaux externes chez les femmes hystériques, tantôt l'anémie, l'ictère, le rhumatisme, la syphilis, etc. Les succès brillants qu'il obtenait quelquefois en suivant ces principes ne faisaient que le confirmer dans son opinion sur l'inutilité de la section des nerfs malades.

Il faut convenir que ces idées de Stromeyer méritent la plus grande attention, car des faits de guérison semblables ont été constatés par d'autres auteurs. Ainsi Cerise a vu disparaître une névralgie du trijumeau après l'ablation d'un polype de l'utérus; dans un cas d'atrophie du globe de l'œil par pénétration d'un corps étranger, Fano excisa une portion de la cornée pour provoquer une suppuration destinée à mobiliser le corps étranger; la suppuration ne survint pas, mais le malade fut débarrassé de sa névralgie. Les cas de ce genre ont été assez souvent observés. Mais A. Wagner avait parfaitement raison de dire en parlant de Stromeyer que « ce dernier a notablement élargi le domaine de la névralgie en y faisant rentrer des cas de douleurs réflexes ». Ce qui revient à dire qu'il existe un grand nombre de cas de névralgie qui ne rentrent pas dans la catégorie établie par Stromeyer, et que ce sont justement ces cas qui sont justiciables de la névrotomie.

Quoi qu'il en soit, il ne faut jamais perdre de vue les succès obtenus par Stromeyer et par d'autres. En face d'un malade atteint de névralgie, nous

(1) Autant que je sache, v. Dumreicher et moi sommes aujourd'hui les seuls qui ayons fait la section du nerf éthmoïdal.

devrons rechercher très patiemment les causes de l'affection et essayer tous les traitements avant d'arriver à la névrotomie. Toujours j'essaie d'abord les courants continus, les révulsifs cutanés, les narcotiques, et je donne, suivant le cas, du fer, de la quinine, de l'arsenic, et presque constamment j'ordonne les purgatifs.

Flectere si nequeo Superos, Acheronta movebo!

Quand toutes ces médications ont définitivement échoué, j'ai recours à l'opération, qui donne la guérison dans certains cas. Parmi tous ces moyens, les courants continus constituent le seul concurrent sérieux de la névrotomie, et Benedict a obtenu par ce moyen des cures vraiment brillantes. On a vu des névralgies diffuses du trijumeau, devant lesquelles avaient reculé les chirurgiens, céder aux courants continus. Mais en revanche il existe des cas dans lesquels l'électricité est inefficace et qui guérissent par l'opération. D'après tout ce que nous venons de dire, l'opération n'est qu'une *ultima ratio*, une ressource pour ainsi dire désespérée, à laquelle le malade se soumettra toujours plus volontiers que le chirurgien ne la lui accordera.

Jusqu'à présent, nous ne nous sommes occupés que des raisons qu'on fait valoir *contre* la névrotomie. Quels sont donc les faits qui plaident *en faveur* de cette opération? Les effets de l'intervention chirurgicale doivent être envisagés sous deux points de vue: l'opération provoque mécaniquement une interruption dans la conductibilité du nerf; l'opération modifie les conditions vitales du nerf. Si l'on se place au point de vue de l'interruption mécanique, l'opération est certainement justifiée: 1° quand l'affection siège sur la périphérie, au delà du point de section du nerf ou bien, ce qui est plus rare, quand la lésion causale est située au niveau même de la partie réséquée; 2° quand une excitation périphérique d'intensité minime suffit pour provoquer des névralgies violentes. Pour ce qui concerne le siège périphérique de l'affection, il faut avouer que nous ne savons guère le reconnaître d'une façon précise, aussi tous nos efforts doivent-ils tendre vers le diagnostic exact. Mais il est à supposer que dans le plus grand nombre des cas où la névrotomie a donné des succès, cette condition, le siège périphérique, a existé sans être diagnostiquée avant l'opération.

Quant à la surexcitabilité — la seconde indication de l'opération, — la situation est assez nette: si l'action de parler provoque, par exemple, des accès de névralgie de la seconde branche du trijumeau, l'interruption mécanique de la conductibilité aura pour effet de faire disparaître les causes occasionnelles de l'accès. Il est très possible que si la névrotomie a donné des succès, c'est qu'on ne se contentait pas de réséquer seulement le nerf malade, mais aussi le canal osseux qui l'entourait, en faisant ainsi disparaître en même temps certaines causes de la névralgie, telles que l'épaississement des parois du canal, les exostoses, etc. On pourrait répliquer que dans ces conditions on aurait pu se contenter de la résection du canal osseux sans toucher au nerf.