

Les *phlegmons* et *abcès* sont presque tous d'origine dentaire et liés à des ostéo-périostites des mâchoires<sup>(1)</sup>. J'en dirai autant de la *fluxion*.

Les diverses variétés de *tuberculose cutanée* ne présentent ici aucune particularité digne d'être notée. Je signalerai seulement la fréquence des ulcérations, des gommés tuberculeuses de la joue, reposant sur un petit ganglion génien, et souvent très rebelles jusqu'au moment où on extirpe ce ganglion. La *tuberculose osseuse* des mâchoires est étudiée p. 797, celle de l'os malaire n'est intéressante qu'en raison de l'ectropion consécutif<sup>(2)</sup>.

Le *chancre mou* de la face a été nié par Ricord et plusieurs autres syphili-graphes. Mais si l'on peut contester les observations de Devergie, Diday, Venot, les expériences de Bassereau, de Nadaud des Islets sont probantes et les faits cliniques de O. Weber, Kaposi, Trendelenburg semblent démonstratifs. Récemment, enfin, Jeanselme et Nicole en ont donné la preuve bactériologique<sup>(3)</sup>. Le chancre mou de la face existe donc, mais il est rare; et cette rareté s'explique bien, car étiologiquement le contact direct est indispensable et le chancre mou, presque toujours génital, est plus facile à voir qu'une plaque muqueuse ou qu'un petit chancre induré.

Le *chancre induré*, étudié spécialement dans ses localisations aux paupières, aux lèvres, peut occuper n'importe quel point de la face, mais y est bien plus rare qu'autour des orifices. Au menton, il résulte surtout de plaies faites par un barbier avec un rasoir contaminé; en ce lieu, il est volontiers croûteux; je me souviens d'en avoir vu un qui, modifié par des topiques irritants, ressemblait beaucoup à un anthrax, erreur vite écartée par la constatation de la roséole. Sur les parties saillantes telles que le nez, les oreilles, son origine remonte quelquefois à une morsure dans une rixe: on trouvera des faits de ce genre dans la thèse de Guignard. D'après Otto Weber, la face porte assez souvent plusieurs chancres: Cochez en a compté trois sous le menton, et Vicenti un sur chaque joue. Cliniquement, les caractères sont ceux de tout chancre induré de la peau. En général, m'a appris mon maître Ch. Lailler, le chancre facial s'accompagne d'un œdème dur, violacé, qui fait penser, au premier abord, à une lésion profonde. L'adénopathie sous-maxillaire est d'ordinaire plus volumineuse et plus inflammatoire que les adénopathies inguinales de même nature.

La connaissance exacte du chancre facial intéresse le chirurgien surtout au point de vue du diagnostic, et principalement pour ne point enlever au bistouri un chancre pris pour un cancroïde cutané; mais je renverrai à l'étude du cancroïde cutané en général<sup>(4)</sup>.

La face, d'autre part, est un des lieux d'élection des ulcérations arsenicales, appelées *chancres arsenicaux* en raison de leur ressemblance objective avec l'ulcère syphilitique initial. Les bords, cependant, sont nettement découpés, sans réaction inflammatoire; le fond est grisâtre et un peu humide; il n'y a pas d'adénopathie, l'induration est moindre; et surtout on sera guidé, outre les commémoratifs professionnels, par la constatation d'ulcérations analogues des mains, du scrotum, des fosses nasales.

Les lésions de la *syphilis tertiaire* ne m'arrêteront pas. Dans leur forme tuberculo-ulcéreuse, elles ne méritent mention qu'en raison de leur diagnostic avec

<sup>(1)</sup> Voy. t. IV, p. 777.

<sup>(2)</sup> Voy. t. IV, p. 407.

<sup>(3)</sup> JEANSELME, *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1895, p. 585.

<sup>(4)</sup> Voy. t. I, p. 615.

le lupus, surtout quand elles relèvent de la syphilis héréditaire: ce point a déjà été traité<sup>(1)</sup>; je signalerai seulement la possibilité d'une évolution très rapide et rebelle au traitement spécifique, avec destruction des parties molles, du squelette, et de là des délabrements du nez, des cicatrices vicieuses causant l'atrésie ou l'ectropion des orifices naturels. Le syphilome diffus existe à la face, à laquelle il donne un aspect analogue à celui de la lèpre<sup>(2)</sup>: c'est le plus souvent un envahissement d'une syphilis labiale<sup>(3)</sup>. Les gommés, enfin, n'ont à la face rien de spécial dans leur évolution: O. Weber prétend seulement qu'à la racine du nez elles engendrent parfois des ulcérations rebelles, aisément prises pour des cancroïdes.

L'*actinomycose* a été observée à la peau de la face par Hocheneegg<sup>(4)</sup>, sous forme de plusieurs tubercules durs, mobiles, indolents, bientôt abcédés puis ulcérés. Le diagnostic avec les gommés scrofuleuses s'établit par la constatation, au microscope, du parasite spécial. Quelquefois, les parties molles profondes sont envahies par la suppuration spécifique qui gagne en même temps plus ou moins vers le cou, mais respecte le squelette<sup>(5)</sup>.

### III

#### ECTASIES VASCULAIRES

Huguier<sup>(6)</sup> a observé, près de la commissure labiale, un cas remarquable d'*ectasie de la veine faciale*, et l'on pourrait sans doute trouver dans la littérature quelques faits analogues. Mais leur intérêt chirurgical est médiocre.

Les *anévrismes* sont, eux aussi, rares et peu importants.

L'*anévrisme artériel* peut occuper toutes les artères de la région et il suffit d'énumérer la faciale au-devant du masséter, la coronaire labiale, la sous-orbitaire, les diverses branches de la région frontale, la temporale<sup>(7)</sup>. Ces anévrysmes ont souvent une origine traumatique, que le corps vulnérant ait ou non causé une plaie, et c'est pour cela qu'ils siègent surtout dans les points où le plan osseux est superficiel. Ils sont presque toujours petits: étant donnée la région, cependant, ils deviennent vite une cause de difformité. Leurs symptômes sont ceux de tous les anévrysmes. Comme diagnostic, O. Weber signale la confusion possible avec un ganglion lymphatique soulevé par l'artère faciale. Le traitement est très simple, et presque tous les moyens ont réussi: Boinet est venu à bout, sur lui-même, d'un anévrysmes labial par la compression; les injections coagulantes ont donné des succès à Raoult-Deslongchamps, à Lussana. La méthode de choix est l'extirpation.

<sup>(1)</sup> Voy. t. I, p. 582.

<sup>(2)</sup> F. CERASI, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1876-1877, 1<sup>re</sup> série, t. VIII, p. 155. — GOUTARD, Thèse de doct. de Paris, 1878, n° 68. — BIDON, Thèse de doct. de Paris, 1885-1886, n° 152.

<sup>(3)</sup> Voy. t. V, p. 86.

<sup>(4)</sup> HOCHENEEGG, *Wiener med. Presse*, 1887, p. 614. — Voy. RAINGEARD, Thèse de doct. de Paris, 1895-1896, n° 415.

<sup>(5)</sup> WEISS, Gross, *Revue méd. de l'Est*, Nancy, 1896, p. 262, 285.

<sup>(6)</sup> HUGUIER, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1857-1858, t. VIII, p. 118.

<sup>(7)</sup> On trouvera la bibliographie de ces observations dans G. DE SCHUTTELAERE, Thèse de Paris, 1881, n° 99. Voy. aussi JAMAIN et TERRIER, *Loc. cit.*, t. III, p. 612 et 616, Paris, 1887.



J'en dirai autant pour les *anévrismes artério-veineux*, dont la temporale est le siège de prédilection; on en a observé quelques-uns, autrefois, à la suite de l'artériotomie.

## IV

## TUMEURS

La plupart des tumeurs qu'on rencontre à la face n'ont pas besoin d'être décrites ici. Ou bien elles sont suffisamment connues après la description générale donnée dans un volume précédent de ce *Traité* : c'est le cas pour toutes les tumeurs de la peau. Ou bien il convient de les étudier parmi les lésions des diverses régions secondaires de la face, le nez, les paupières, les mâchoires, les lèvres : c'est le cas, par exemple, pour l'éléphantiasis du nez, pour l'angiome et le cancer des lèvres, etc. Cela étant, il nous reste, en somme, à peu près exclusivement à nous occuper des tumeurs de la joue comprises entre le plan muqueux et le plan cutané. Encore parmi ces tumeurs en est-il qui seront seulement nommées : celles qui, nées derrière l'arcade zygomatique, dans la fosse sphéno-maxillaire, viennent envahir les parties superficielles de la face. Ainsi, d'après A. Bérard, Velpeau a vu une tumeur soulevant l'arcade zygomatique et à laquelle la maxillaire interne communiquait des battements; si bien même que Velpeau la prit pour un anévrisme et lia la carotide primitive. Burow<sup>(1)</sup> a enlevé avec succès, après résection temporaire du maxillaire supérieur, un de ces fibromes de la face. Dans les cas de ce genre, il semble que cette conduite soit la bonne.

Parmi les tumeurs de la joue proprement dites, il en est encore qui seront à peu près passées sous silence : celles qui dépendent de la parotide et du canal de Sténon. Outre certaines dilatations, encore assez mal connues, de ce canal, on observe des tumeurs qui occupent la joue, à la région massétéric, et qui dépendent de la parotide accessoire. C'est là l'origine des enchondromes, rares d'ailleurs, du plan sous-cutané, tout comme les enchondromes du plan sous-muqueux de la joue, rares eux aussi, proviennent des glandes salivaires géniennes. A côté de ces tumeurs solides, une mention est due à des tumeurs kystiques dans lesquelles Roser, Güterbock, Ranke<sup>(2)</sup> ont trouvé un revêtement épithélial glandulaire, en sorte qu'ils croient à une sorte de grenouillette de la parotide accessoire, et que Ranke distingue ainsi nettement ces tumeurs des kystes à endothélium vasculaire dont je parlerai dans un instant.

## A. — TUMEURS CONJONCTIVES

1<sup>o</sup> **Lipomes.** — La face est le siège de lipomes superficiels, en général petits et de nulle importance, mais intéressants par leur étiologie. On remarque, en effet, qu'ils ont une prédilection pour les régions où le squelette est superficiel :

<sup>(1)</sup> BUROW, *Berlin. klin. Woch.*, 1877, p. 60.

<sup>(2)</sup> GÜTERBOCK, *Archiv für klin. Chir.*, Berlin, 1875, t. XV, p. 484. — RANKE, *Ibidem*, 1878, t. XXII, p. 72.

P. Broca, Bruns, Trendelenburg en ont vu au front; Liston, Stetter à la racine du nez; X. Gouraud<sup>(1)</sup> à la joue, en avant du masséter, au niveau du maxillaire inférieur. De plus, on constate assez souvent qu'en ces points une contusion a précédé le néoplasme.

Je mentionnerai encore les lipomes multiples de la face, observés par O. Weber; les lipomes congénitaux, avec les faits de Weinlechner, Arnold, S. Duplay, P. Reclus, Guépin et Orrillard<sup>(2)</sup>. Mais parmi ces derniers on a peut-être réuni des cas assez disparates : le vrai lipome, toutefois, existe réellement, et à son propos doit être soulevée la discussion de l'angiome lipogène. Il en est d'ailleurs de même pour certains *lipomes buccaux* très vasculaires que l'on rencontre, par exemple, sous la muqueuse des lèvres, mais dont nous avons à la joue une variété, les *lipomes de la boule graisseuse de Bichat*.

Ces lipomes sont rares. Quelquefois ils deviennent superficiels devant le masséter, peuvent même passer devant l'os malaire; ou bien, profonds au contraire, ils remontent sous l'aponévrose temporale et c'est probablement ainsi qu'il faut interpréter des faits de König, de Trendelenburg. Mais la plupart du temps c'est vers la bouche que proéminent ces lipomes buccaux, comme les appelait Dolbeau<sup>(3)</sup>. On sent alors une tumeur assez bien circonscrite, arrondie, molle, fluctuante même, lobulée; cette lobulation permettra, dans certains cas tout au moins, de ne pas croire à un kyste, à un abcès froid. On sera encore guidé quelquefois par la couleur jaune du lipome transparaisant sous la muqueuse; on n'oubliera pas enfin que certains kystes sont transparents. Mais on saura que souvent une ponction exploratrice est indispensable pour lever les doutes. Le diagnostic est encore à établir avec les *angiomes de la boule graisseuse de Bichat*, angiomes caverneux ordinairement bien circonscrits, stationnaires, capables d'oblitérer le canal de Sténon et de s'accompagner de lithiase parotidienne<sup>(4)</sup>. Ces angiomes, dont la consistance est à peu près identique à celle des lipomes, ne seront guère différenciés, en l'absence de dilatations vasculaires superficielles, que par leur réductibilité, partielle il est vrai et inconstante.

L'extirpation est le seul traitement qui convienne à ces divers lipomes. Ceux de la boule graisseuse de Bichat seront abordés par la muqueuse buccale, ce qui a le double avantage d'éviter une cicatrice faciale et la fistule du canal de Sténon.

2<sup>o</sup> **Sarcomes.** — La plupart des sarcomes de la face ne méritent pas une étude spéciale.

Dans leur étiologie, il suffira de mentionner l'existence des sarcomes congénitaux, constatés par Zahn, par Müller; l'évolution sarcomateuse possible, à un âge variable, de certains angiomes ou de certains nævi pigmentaires<sup>(5)</sup>. Dans ce dernier cas, on observe volontiers le sarcome mélanique. Cette variété anatomique, avec sa malignité si terrible, est d'ailleurs, en dehors de cette étiologie particulière, relativement fréquente à la face.

<sup>(1)</sup> X. GOURAUD, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1865, p. 21.

<sup>(2)</sup> P. RECLUS, *Bull. de la Soc. anat.*, 1881, p. 192. — MÜLLER, *Einige seltene kong. Neubildungen am Kopf und Gesicht*. Thèse d'Iéna, 1885. — GUÉPIN et ORRILLARD, *Bull. de la Soc. anat.*, 1895, p. 645.

<sup>(3)</sup> LABAT, Thèse de doct. de Paris, 1874, n° 555. — Consultez encore sur ce sujet : CERNÉ, *Bull. de la Soc. anat.*, 1881, p. 535, et VILLAR, *Ibid.*, 1888, p. 954.

<sup>(4)</sup> P. BERGER, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1885, n. s., t. IX, p. 897.

<sup>(5)</sup> ARMAIGNAC, *Journal de méd. de Bordeaux*, 1878, n° 16, p. 148. — A. MATHIEU, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1880, p. 544. — RAYMOND (P.), *Ibid.*, 1887, p. 20.



Les sarcomes de la boule graisseuse de Bichat ont été observés par Horteloup, par Zahn<sup>(1)</sup> : celui d'Horteloup était un sarcome fasciculé; celui de Zahn, un myxosarcome avec cavités kystiques. Ces tumeurs étaient indolentes, mobiles sous la peau et sur les parties profondes; celle de Zahn avait acquis un volume considérable. Dans ces deux cas, la tumeur était bien encapsulée et les ganglions étaient normaux. D'après le siège, la forme, la mobilité, Horteloup pense que l'on peut aisément reconnaître que la tumeur occupe la boule de Bichat, d'autant mieux qu'en pareil cas le néoplasme se développe d'avant en arrière, et non point d'arrière en avant comme les tumeurs parotidiennes envahissant la joue. Mais chez le malade d'Horteloup, le diagnostic de la nature était à peu près impossible; cette tumeur molle et lobulée faisait infailliblement croire à un lipome. Chez le malade de Zahn, la tumeur était ulcérée, ce qui avait conduit au diagnostic exact. Mais cette ulcération était due à la distension et non à l'envahissement de la peau. La tumeur était bien encapsulée et, comme dans le cas d'Horteloup, put être énucléée de sa loge.

L. Thomas<sup>(2)</sup> a publié l'observation d'un kyste sanguin sarcomateux de la région massétérine. A la première opération, il trouva simplement une collection sanguine dont la paroi semblait n'avoir rien de suspect. Mais bientôt la récurrence vint démontrer la malignité du mal.

#### B. — LYMPHANGIOMES ET KYSTES SÉREUX

La face est le siège de prédilection du lymphangiome simple, mais le lymphangiome kystique y est beaucoup plus rare qu'au cou.

Le lymphangiome simple ou caverneux répond en grande partie à ce qu'on appelle souvent les hypertrophies congénitales. A la face, les hypertrophies peuvent atteindre soit une région en particulier, telle que la paupière, l'oreille, le nez, les lèvres, la langue, soit plusieurs régions à la fois. Parmi les hypertrophies localisées, étudiées aux régions que je viens d'énumérer, je nommerai celle des joues ou macromélie, observée par Beck, Weinlechner, Kindler<sup>(3)</sup>, O. Lannelongue<sup>(4)</sup>. Dans le cas de Lannelongue, elle était bilatérale et les joues formaient des saillies volumineuses, fermes, élastiques, descendant jusqu'au niveau du menton. Comme je le dirai pour la macrocheilie et la macroglossie, le rôle exact du système vasculaire sanguin dans la genèse de ces productions n'est pas encore très bien élucidé. Schüller, Lannelongue ont noté la présence d'un nævus sur les parties voisines; en opérant, Schüller a vérifié ce développement vasculaire considérable, et C. Weil, en incisant la tumeur, a vu s'écouler de la lymphe en même temps qu'il constatait l'existence d'artères grosses comme la radiale et de grosses veines à parois minces.

Le lymphangiome kystique est représenté par des kystes séreux multiloculaires semblables à ceux du cou. Dans ces faits, auxquels il faut sans doute

<sup>(1)</sup> ZAHN, *Deutsche Zeit. für Chir.*, Leipzig, 1885, t. XXII, p. 586. — HORTELOUP, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1885, n. s., t. XI, p. 251.

<sup>(2)</sup> L. THOMAS, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1887, n. s., t. XIII, p. 265.

<sup>(3)</sup> KINDLER, *Ueber Lymphangiome mit besonderer Berücksichtigung des Lymphangioms der Wange (Makromélie)*. Thèse inaug. de Munich, 1884. — Voy. aussi DEMONS, *Journal de méd. de Bordeaux*, 30 avril 1895, p. 209. — MONTGOMERY, *Med. News*, Philad., 15 juillet 1895, t. II, p. 61.

<sup>(4)</sup> LANNELONGUE et ACHARD, *Traité des kystes congénitaux*, Paris, 1886, p. 520 et 589. — LANNELONGUE et MÉNARD, *Affections congénitales*, Paris, 1891, t. I, p. 608.

rapporter quelques observations anciennes signalées par A. Bérard, la joue est soulevée par une tumeur de volume variable, à peu près arrondie, tantôt limitée, tantôt plus diffuse. Cette masse est lobulée, mal fluctuante, si l'on ne circonscrit un lobule par la palpation, mobile sur la peau et sur la muqueuse. La tumeur peut remonter sous l'arcade zygomatique et même s'étendre ainsi assez loin. Au premier abord, l'aspect est simplement, dans bien des cas, celui de l'œdème; mais à la palpation on trouvera toujours quelques noyaux isolés et durs. Ces mêmes noyaux, joints à la fluctuation de quelques bosselures, permettront d'éliminer le lipome; le diagnostic sera évident lorsque les bosselures les plus superficielles auront une couleur bleuâtre par transparence; un autre signe est fourni par la possibilité de rapprocher les deux parois l'une de l'autre en pressant la masse entre le pouce et l'index, placés l'un sur la peau et l'autre sur la muqueuse génienne; quelquefois on restera dans le doute jusqu'à la ponction exploratrice.

Le diagnostic est encore à établir avec d'autres kystes de la joue et je rappellerai les kystes du canal de Sténon, les kystes salivaires décrits par Güterbock, par Ranke. Ranke fait observer que pour les premiers le cathétérisme du canal de Sténon est démonstratif. Quant aux grenouillettes de la parotide accessoire, leur étude a besoin d'être complétée et, s'il y a quelques observations anatomiquement précises, il est probable que la plupart de ces prétendus kystes salivaires sont des kystes séreux multiloculaires attribués à la parotide seulement à cause de leur voisinage avec cette glande. On aura un élément de diagnostic dans l'évolution, les kystes salivaires étant acquis et les kystes séreux multiloculaires étant congénitaux.

Les lymphangiomes sont-ils toujours congénitaux? Cette question a déjà été débattue par Quénu<sup>(1)</sup>. Wagner aurait vu un lymphangiome caverneux du front ayant débuté à quarante et un ans.

**Traitement.** — Les lymphangiomes sont justiciables du bistouri. Pour le lymphangiome simple (hypertrophie congénitale), on aura recours à l'excision partielle cunéiforme suivie de suture. Pour les kystes multiloculaires, c'est l'extirpation qui convient. Lorsque la masse kystique est bien limitée à la joue, cette extirpation sera assez aisément totale, mais les prolongements profonds ne sont pas rares, surtout vers la fosse sphéno-maxillaire, où pour les aborder franchement il faudrait des délabrements osseux étendus. Or cela est inutile et on a de fort bons résultats en laissant dans la profondeur ces parties difficilement accessibles; Volkmann a opéré ainsi et n'a pas eu de récurrence.

#### C. — KYSTES

Je n'ai rien à ajouter sur les kystes sébacés, sudoripares<sup>(2)</sup> et branchiaux. Je viens d'étudier les kystes salivaires et les kystes séreux multiloculaires.

D'après Servier, Verneuil a signalé des kystes ayant pour origine un *hygroma* d'une petite bourse muqueuse existant quelquefois près des insertions ou sur le trajet du muscle grand zygomatique. Leur réalité est au moins douteuse.

<sup>(1)</sup> Voy. t. I, p. 596.

<sup>(2)</sup> Voy. t. I, p. 545 et 605.



Les kystes hydatiques de la face sont très rares; leur histoire est établie sur des observations de Dupuytren, Ricord, O. Weber, Guttmann, A. Poncet (1); on ne les diagnostique guère avant la ponction exploratrice. Cette ponction une fois faite, on pourra attendre pendant quelque temps, car elle suffit parfois à la cure, mais on n'hésitera pas trop à pratiquer l'extirpation de la poche.

## V

## MALADIES DES NERFS DE LA FACE

A la face, les nerfs moteurs sont distincts des nerfs sensitifs, et cette indépendance physiologique se retrouve en pathologie. Mais les symptômes fournis par les nerfs moteurs ne concernent guère le chirurgien. La paralysie faciale n'est importante qu'en séméiologie, en particulier pour les lésions du rocher, de la parotide. Lorsque cette paralysie est ancienne, elle s'accompagne de contracture des muscles correspondants et, d'après Duchenne, cela pourrait aller jusqu'à provoquer de la constriction des mâchoires; cas auquel la myotomie serait indiquée. Ces faits sont pour le moins exceptionnels.

En somme, c'est seulement contre les douleurs que le chirurgien est appelé à intervenir.

## NÉVRALGIE FACIALE (2)

La névralgie faciale a son siège dans le trijumeau, dont elle atteint les branches en totalité ou en partie. Le nerf facial n'a rien à y voir, c'est un point qu'il serait oiseux de discuter. Je ne m'occuperai d'ailleurs que des indications opératoires.

Je ne m'attarderai donc pas à décrire symptomatiquement la névralgie faciale, avec ses crises douloureuses intenses, atroces même, revenant par accès, dont le point de départ, à peu près constant dans chaque cas déterminé, est tantôt l'émergence du nerf sus-orbitaire, tantôt celle du sous-orbitaire ou du mentonnier, tantôt le nerf lingual, etc.; quelquefois la névralgie s'accompagne d'accès convulsifs des muscles innervés par le facial, c'est ce qu'on appelle le tic douloureux. Tout cet ensemble clinique est étudié par le médecin, et c'est seulement après avoir épuisé les ressources de la médication interne que l'on s'adresse au chirurgien.

Mais avant de prendre le bistouri, le chirurgien devra encore rechercher avec

(1) GUTTMANN, *Wiener med. Presse*, 1881, p. 144. — BERTELÉ, Thèse de doct. de Lyon, 1896-1897, 2<sup>e</sup> série, n° 33.

(2) Dans cet aperçu rapide des faits chirurgicaux relatifs à la névralgie faciale, il m'est impossible de citer les observations, les procédés. Je renverrai pour tous les détails et pour les indications bibliographiques, à l'important mémoire publié par P. SEGOND au *Quatrième Congrès franç. de chir.*, Paris, 1889, p. 442. On trouvera d'autres indications dans JAMAIN et TERRIER, 5<sup>e</sup> éd., Paris, 1887, t. III, p. 622. — Parmi les mémoires récents, consultez: B. VON BECK, *Beitrag zur klin. Chir.*, Tubingen, 1895, t. XIII, p. 715. — LAMOTTE, Thèse de Paris, 1891-1892, n° 295. — MASSOULARD, Thèse de Lyon, 1896-1897, 2<sup>e</sup> série, n° 54. — F. KRAUSE, *Berliner klin. Woch.*, 1895, n° 22, p. 489. — P. MAUCLAIRE, *Presse médicale*, 1897, p. 26.

soin si l'on ne trouve pas une cause générale, jusqu'à ce moment méconnue. Il cherchera ensuite s'il n'existe pas, sur un des rameaux périphériques du trijumeau, une cause quelconque d'irritation. Parmi ces causes, les caries dentaires sont incontestablement les plus vulgaires, et il faut être bien averti que la dent malade provoque souvent une névralgie sans que le patient accuse à son niveau une souffrance quelconque; on doit donc faire examiner de parti pris le système dentaire de tout sujet se plaignant d'une névralgie faciale. A côté des dents cariées, une place importante doit être attribuée à certaines ostéites condensantes et douloureuses du bord alvéolaire. C'est alors que, suivant la pratique déjà ancienne (1870) de Gross (de Philadelphie), puis de Duplay, on obtient des succès parfois remarquables par la résection du bord alvéolaire. Mais on ne saurait accorder à Jarre que cette intervention soit capable de guérir à peu près toutes les névralgies faciales (1).

Cette origine dentaire ou alvéolaire, d'ailleurs, n'est pas la seule et j'énumérerai les cicatrices douloureuses, les corps étrangers, les cals étreignant un nerf; les tumeurs diverses, malignes ou bénignes, un angiome même, des parties molles ou du squelette, les inflammations des sinus de la face, etc. Autant de causes contre lesquelles le chirurgien est armé et qu'il doit supprimer, dans la mesure du possible, avant de songer à s'attaquer au nerf. Par contre, il est en général impuissant lorsque l'origine du mal est dans une lésion du rocher, dans une tumeur intra-crânienne; on sait cependant combien la chirurgie crânio-cérébrale a fait de progrès depuis quelques années.

Si l'on ne trouve pas une lésion causale contre laquelle on puisse agir, on essayera d'abord de calmer les souffrances par les médicaments anti-névralgiques, mais on fera tous ses efforts pour empêcher le sujet de devenir morphinomane. On pourra essayer la réfrigération au chlorure de méthyle, préconisée par Debove (2).

Mais on tend aujourd'hui à ne pas s'attarder à ces moyens dont l'inefficacité est trop fréquente; une fois l'échec dûment constaté, on n'hésite plus guère à intervenir opératoirement.

Dans ces conditions, on a quelquefois tenté la ligature de la carotide primitive, mais la vraie méthode consiste à s'attaquer directement au nerf.

Trois méthodes sont ici en présence: la névrotomie, la névrectomie, l'élongation.

L'élongation a été pratiquée soit sur le facial, nerf moteur, en cas de tic convulsif, soit sur le trijumeau ou ses branches. L'élongation du facial a conduit Bernhardt à un échec; elle a au contraire réussi à Hinsdale, associée il est vrai à la section du sous-orbitaire. De même chez un malade auquel Schultze Berge (3) l'a pratiquée après échec de plusieurs névrotomies dans le territoire du maxillaire inférieur: peut-être, dit l'auteur, faut-il admettre que dans ce cas les filets sensitifs étaient excités par les mouvements des muscles de la face, d'où l'influence heureuse de la paralysie temporaire de ces muscles. Quant aux élongations des branches du trijumeau, on ne les compte plus. On s'est beaucoup refroidi à leur égard depuis qu'on a constaté qu'elles pouvaient

(1) S. DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1884, t. XIV, p. 601. — JARRE, *Revue de stomat.*, Paris, 1894, p. 7 et 40; 1896, p. 280, 321, 355.

(2) PEYRONNET DE LA FONVILLE, Thèse de doct. de Paris, 1885-1886, n° 122.

(3) SCHULTZE BERGE, *Arch. für klin. Chir.*, 1895, t. XLVI, fasc. 1. — *Congrès de la Soc. allem. de chir.*, 1895, t. I, p. 68; t. II, p. 64.