

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.

entraîner des lésions encéphaliques sérieuses. La névrotomie est pratiquée plus souvent, mais certains auteurs pensent qu'elle ne suffit pas et que pour éviter à coup sûr la régénération, et partant la récurrence, il faut réséquer le nerf mis à nu, c'est-à-dire recourir à la névrectomie. Même ainsi Heydenreich<sup>(1)</sup> aurait observé la régénération du nerf sous-orbitaire après son arrachement dans le canal osseux.

Névrotomie et névrectomie peuvent porter soit sur les rameaux, soit sur les troncs du trijumeau. Rien de plus simple que la section ou la résection du sous-orbitaire, du sus-orbitaire, du lingual, du mentonnier; on aborde par une minime incision le nerf dont la souffrance est sinon isolée, au moins prédominante, ou celui dont le point douloureux est le point de départ des crises. Mais trop souvent, on ne peut s'en tenir à ces opérations insignifiantes: la névralgie occupe le territoire de toute une branche, de deux branches ou même des trois; après section d'un filet, elle récidive ou bien se porte sur un autre filet. Dans ces cas, Letiévant (de Lyon) a conseillé de la poursuivre de rameau en rameau par la polynévrotomie. D'autres chirurgiens, plus hardis, ont été à la recherche des troncs principaux eux-mêmes, des nerfs maxillaires supérieur et inférieur, à leur émergence du crâne.

Pour le nerf maxillaire supérieur en particulier, Lücke, Esmarch l'ont découvert après résection temporaire de l'os malaire, et ce procédé opératoire, avantageusement modifié par Lossen et Braun, a été régularisé et vulgarisé en France par Paul Segond. Il semble incontestable qu'on arrive ainsi au but, quoi qu'en ait dit D. Mollière<sup>(2)</sup>, avec bien plus de certitude qu'en trépanant simplement le sinus maxillaire, selon le conseil de Carnochan, et c'est actuellement le procédé tout à fait classique. Cependant, par le procédé de Kocher, avec résection temporaire de la partie externe de la mâchoire supérieure, on opère à ciel ouvert sur le nerf largement abordé, et Gross, par exemple, préfère ce procédé<sup>(3)</sup>.

Pour le nerf maxillaire inférieur, son attaque au trou ovale ou même à l'intérieur du crâne a été opératoirement réglée par Krönlein, par Quénu, par Mickulicz<sup>(4)</sup>.

Ce n'est pas tout et, soit que la névralgie ait été d'emblée trifaciale, soit qu'elle ait récidivé avec persévérance, certains chirurgiens ont tenté l'ablation du ganglion de Gasser; Horsley<sup>(5)</sup> n'a d'abord pas pu la mener à bien, mais quelques mois après, à Londres, W. Rose<sup>(6)</sup> y est parvenu.

Depuis cette époque, les tentatives se sont multipliées, sont peu à peu devenues plus heureuses, si bien que tout récemment G. Marchant et Herbet<sup>(7)</sup> ont pu établir un important mémoire sur l'étude de 95 observations. Comme manuel opératoire, on a abandonné la voie ptérygoïdienne préconisée au début par Rose, et l'on s'est rallié soit à la voie temporale décrite par Hartley, par F. Krause, soit à la voie temporo-sphénoïdale bien réglée par Doyen. L'opération

<sup>(1)</sup> HEYDENREICH, *Rev. méd. de l'Est*, 1897, p. 215.

<sup>(2)</sup> D. MOLLIÈRE, *Quatrième Congrès franç. de chir.*, Paris, 1889, p. 720.

<sup>(3)</sup> GROSS, *Sem. méd.*, 1897, p. 215.

<sup>(4)</sup> QUÉNU, *Gaz. des hôpit.*, Paris, 1894, p. 58. — KRÖNLEIN, *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1892, t. XLIII, fasc. 2, p. 15. — DROBNIK, *Ibid.*, t. XLV, fasc. 2.

<sup>(5)</sup> HORSLEY, Dix-huitième Congrès de la Soc. allemande de chir., 1889. *Comptes rendus*, t. I, p. 51.

<sup>(6)</sup> W. ROSE, Société médicale de Londres, 27 octobre 1890. D'après *Mercredi médical*, 1890, p. 557.

<sup>(7)</sup> G. MARCHANT et HERBET, *Revue de chir.*, Paris, 1897, p. 287.

reste difficile, et assez dangereuse à cause de l'hémorragie, des complications septiques que provoque presque à coup sûr, dans le procédé de Rose, la lésion de la trompe d'Eustache: et la mortalité reste actuellement à 14,75 pour 100.

Mais cette gravité n'est pas hors de proportion avec celle de la maladie dont on cherche la guérison; et surtout depuis qu'on opère on a appris que dans certains cas les lésions initiales portent sur le ganglion de Gasser, dont les altérations pathologiques ont été constatées par Sängner, d'Antona, Keen et Kyle, Krause, Denetiers et Gombault. Alors, il va sans dire que, si l'on veut intervenir, l'ablation du ganglion de Gasser est la seule intervention indiquée.

Un progrès énorme sera réalisé le jour où l'on saura diagnostiquer ces lésions, reconnaître les cas qui en relèvent, et alors on pourra d'emblée attaquer le ganglion malade. Mais jusqu'à nouvel ordre ce diagnostic est impossible et l'on est forcé d'agir un peu empiriquement, de ne pratiquer l'ablation du ganglion qu'après échec avéré des opérations pratiquées sur les troncs efférents.

Mais même cette intervention radicale sera-t-elle suivie de la guérison définitive? W. Rose l'espère sans oser l'affirmer, et l'histoire des diverses élongations, névrotomies, névrectomies, prouve que cette prudente réserve s'impose. Bien des fois, que l'opération ait été simple ou complexe, on a obtenu quelques semaines, quelques mois même de répit; mais la récurrence est fréquente, elle est même la règle. Sur près de 100 opérations qu'il réunit, O. Weber ne compte que 18 guérisons durables. Sans doute Letiévant prétend qu'aujourd'hui, les indications étant mieux précisées, le succès est devenu banal, mais il croit que la cure est assurée si le malade a quelques semaines de calme. Or l'avenir lui a donné bien des démentis éclatants. Cependant, depuis qu'on fait des interventions larges, les résultats sont meilleurs. Pour ma part, j'ai obtenu un succès complet et une amélioration considérable, datant de plus d'un an, par la résection du ganglion de Meckel. Mais qu'on compte sur d'assez nombreux échecs. Ainsi Segond a pratiqué quatre fois la résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion sphéno-palatin. Il a publié en 1892, à la Société de chirurgie, à propos de son dernier cas datant de douze mois et dans lequel la guérison s'était jusqu'alors maintenue, le résultat éloigné de ses trois premières observations: l'une des malades, souffrant à nouveau, s'est suicidée après un an; la seconde a recommencé à souffrir après quinze mois; la troisième est restée guérie.

Après résection du ganglion de Gasser, même, des récurrences ont été observées. Elles sont peu fréquentes, il est vrai: G. Marchant et Herbet n'en comptent que 4 cas et encore une seule fois l'insuccès fut-il complet. Ces résultats sont bien préférables à ceux de la résection intra-crânienne des branches, sans destruction du ganglion. Peut-être, pour éviter à coup sûr les troubles oculaires, assez rares il est vrai, après les opérations pratiquées sur l'homme, conviendrait-il de s'en tenir à la destruction sur place du ganglion, sans résection de la branche ophtalmique.

Malgré les résultats encourageants de ces opérations hardies que le succès couronne assez souvent, le chirurgien ne doit pas se faire illusion; dans bien des cas, il entreprend une opération destinée à rester palliative. Mais même s'il devait en être toujours ainsi, son intervention serait justifiée. Elle procure, en effet, un temps variable, quelquefois fort long, de bien-être à des malheureux torturés par des souffrances atroces et elle recule d'autant la morphinomanie à laquelle, en cas de récurrences rebelles, ils sont à peu près fatalement voués.