

Il importe essentiellement de rechercher la *cause* de la sciatique; il importe surtout de savoir s'il n'existe pas dans le petit bassin une cause de compression. Il faut songer à la syphilis et à la malaria, qui exigent une thérapeutique bien particulière. On sait que les malades invoquent souvent trop volontiers l'influence du froid, et l'on ne s'en rapportera pas, sans plus ample informé, à leurs dires sur ce point.

Certains caractères de la douleur peuvent fournir, ce semble, quelques présomptions concernant le diagnostic étiologique. Les douleurs paroxystiques profondément localisées, térébrantes, indiqueraient une origine intrarachidienne (Jaccoud). Lorsque la maladie est causée par une compression intrapelvienne, les points douloureux occupent de préférence les régions supérieures, le plexus sacré étant alors lésé; on rencontre alors les points lombaires, sacro-iliaque, fessier. La sciatique *a frigore* retentit plutôt sur le trajet du nerf à la cuisse et sur la branche sciatique poplitée externe. Mais ces données n'ont qu'une valeur très relative.

Nature. — On doit admettre le bien-fondé de la division établie par Landouzy entre la sciatique névralgie et la sciatique névrite; sans aucun doute la modification morbide est différente dans ces deux formes.

Il est possible et même vraisemblable que parfois le nerf ne soit pas seul en cause, et qu'il existe dans la moelle certaines altérations, ou, tout au moins, certaines modifications fonctionnelles, qui prennent part au processus. Sans vouloir aborder une discussion qui appartient dans son ensemble à la pathologie générale, nous ferons observer que l'affection dite sciatique ne limite pas toujours ses manifestations au nerf sciatique ni même au plexus sacré, que souvent, notamment dans la sciatique spasmodique (Brissaud), la douleur aussi bien que d'autres symptômes envahissent le territoire du plexus lombaire. Il est logique de penser que la moelle sert ici d'intermédiaire. Les symptômes spasmodiques, certaines atrophies musculaires rapides démontrent du reste une participation des centres spinaux moteurs.

Traitement. — Le repos au lit est nécessaire dans les cas aigus et subaigus (1); un exercice modéré, bien réglé, est recommandable au contraire dans les cas chroniques.

Le traitement médical n'a pas, quoi qu'il puisse sembler, grandes indications à tirer des données étiologiques (Lasègue); ainsi la médication classique de la goutte serait d'une médiocre efficacité contre la sciatique d'un goutteux. Font exception, bien entendu, la sciatique syphilitique et la sciatique palustre, contre lesquelles la médication causale est de toute rigueur.

Tous les médicaments préconisés contre les névralgies en général et contre les névrites trouvent habituellement leur emploi contre la sciatique. Citons, pour nommer seulement ceux qui ont particulièrement fait leurs preuves dans le traitement de cette affection: le salicylate de soude, l'antipyrine, le sulfate de quinine, l'iodure de potassium à la dose de 0,50 à 1 gramme, l'arsenic (ces deux derniers surtout dans les formes chroniques). Les injections de salicylate de soude dans la gouttière rétrochiantérienne sont particulièrement efficaces.

La révulsion par les vésicatoires ou par les pointes de feu répétées soulage

(1) G. M. HAMMOND (*Journ. of nerv. and mental diseases*, 1890, XV) recommande l'immobilisation du membre à l'aide d'une attelle latérale qui va du pied à l'aisselle.

souvent; il en est de même des frictions excitantes et des applications chaudes.

Les pulvérisations de chlorure de méthyle sur le trajet du nerf sont des plus recommandables (Debove), ainsi que l'application de cette substance à l'aide du stypage (Bailly).

Les bains de vapeur, la douche écossaise dans les cas aigus, la douche froide (celle-ci réservée plus spécialement aux formes chroniques, et toujours administrée avec prudence), sont autant de ressources à utiliser. Parmi les stations thermales recommandées, mentionnons Aix, Bourbon-l'Archambault, Barèges, etc.

L'électrothérapie est pratiquée suivant diverses méthodes: Duchenne a préconisé la faradisation; Remak, l'emploi des courants continus. L'atrophie musculaire fournit évidemment une indication spéciale au traitement électrothérapique. Aux procédés de traitement de la sciatique il faudrait, d'après certains auteurs, ajouter la suggestion hypnotique (Bernheim), la rééducation (P. E. Lévy). Mais on peut se demander si les bons résultats obtenus par l'hypnotisme n'étaient pas dus à la nature hystérique des manifestations douloureuses (Babinski).

La rachicocainisation, par injection de 5 milligrammes de cocaïne, soulage merveilleusement la sciatique, de même que diverses affections douloureuses des membres inférieurs (Achard, P. Marie, etc.). MM. Pitres et Abadie ont vérifié par l'analyse des phénomènes observés que ces effets étaient dus à une action de l'alcaloïde sur les fibres radiculaires, comme l'avaient montré expérimentalement Tuffier et Hallion (1).

L'injection de cocaïne non plus intra-durale, mais extra-durale, préconisée à la fois par Sicard et par Cathelin, fournit des résultats presque aussi bons, et offre moins d'inconvénients; on emploie des doses de 1 à 2 centigrammes (2).

On a tenté avec succès l'insensibilisation du nerf à l'aide d'une injection de morphine ou de cocaïne poussée dans son voisinage. Ajoutons en passant que ce procédé, surtout le procédé de la cocaïne, permettrait de reconnaître si le siège de la lésion est au-dessus ou au-dessous du point où a été pratiquée l'injection; dans le premier cas, la douleur persiste. On pourrait ainsi poser avec plus de précision les indications d'une intervention chirurgicale, telle que la névrotomie.

L'intervention du chirurgien s'impose lorsqu'il s'agit d'une compression qu'on peut supprimer, comme dans certaines affections du petit bassin. L'élongation et la névrotomie pourront être tentées dans les cas rebelles; mais ces deux opérations, la première surtout, ne sont pas toujours efficaces; la névrectomie elle-même est souvent impuissante.

III. — NÉVRALGIE FACIALE

Les termes de prosopalgie, de névralgie du trijumeau, de névralgie trifaciale sont autant de synonymes; le nom de tic douloureux de la face doit être réservé à une variété particulière de cette affection. Fothergill (1792) est le premier auteur qui ait bien décrit la névralgie faciale, d'où le nom de maladie de Fo-

(1) *Soc. de biol.*, 8 déc. 1900 et 25 mai 1901.

(2) DU PASQUIER et LÉRI. *Bull. gén. de thérap.*, 15 août 1901. — CH. LAPORTE. Thèse de Paris, 1901. — THIELLEMENT. Thèse de Paris, 1901.

lbergill, sous lequel on l'a souvent désignée. Valleix n'a pas peu contribué à enrichir l'histoire.

Étiologie. — La névralgie du trijumeau, sans être aussi fréquente que la sciatique ou que la névralgie intercostale, est parmi les plus communes. Elle est très rare chez l'enfant et s'observe plutôt pendant la période moyenne de la vie; elle paraît plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Elle frappe volontiers les sujets névropathes, les neurasthéniques, les hystériques (1). La goutte, le rhumatisme et les différentes formes de l'arthritisme constitutionnel y prédisposent. Il en est de même de la chlorose, et, en général, de toute cause morbide capable d'affaiblir l'organisme.

Le froid, l'humidité jouent un rôle important que Valleix a fait valoir avec raison; aussi les régions froides et humides, comme l'Angleterre et l'Allemagne du Nord, sont-elles particulièrement frappées, tandis que l'Italie est relativement indemne; l'automne et le printemps sont les saisons propices à son développement. Au reste, toutes les névralgies se comportent de même.

Rarement on a pu incriminer les intoxications par le plomb, par le mercure, par les iodures (2). Par contre, certaines infections comptent parmi les causes importantes de la prosopalgie. Citons le rhumatisme aigu, la grippe (3), la syphilis, celle-ci agissant le plus souvent par voie indirecte en déterminant sur le trajet du nerf, notamment dans les os de la base du crâne ou dans les méninges, les altérations anatomiques qui lui sont propres. Citons surtout la *malaria*, dont la névralgie faciale est une des manifestations les plus fréquentes.

Les causes locales, capables de déterminer la névralgie faciale, sont très variées. Les altérations des méninges, des os de la base du crâne, des os de la face que traversent les branches du trijumeau, enfin de tous les tissus et organes qui avoisinent le nerf ou dans lesquels se distribuent ses rameaux, qu'il s'agisse d'inflammation, de syphilis, de traumatisme, etc., peuvent, en se propageant au nerf ou en le comprimant, provoquer la névralgie. Par son trajet assez long, par sa distribution étendue, par le parcours de ses branches dans divers canaux osseux, par la situation superficielle de ses terminaisons, le trijumeau est évidemment exposé à des causes vulnérantes multiples.

Des lésions, même limitées, siégeant dans le territoire de distribution du nerf, déterminent souvent une névralgie faciale étendue; il n'est pas rare de voir cette dernière éclater consécutivement à une carie dentaire, à de la périostite alvéolo-dentaire, ou encore à l'apparition de la dent de sagesse. Gros (de Philadelphie) a décrit une variété de névralgie du trijumeau survenant chez les vieillards à la suite de la chute des dents; le tissu osseux très dense qui remplit alors la cavité alvéolaire y comprimerait les filets nerveux; de là une névralgie que peut seule guérir la résection d'un fragment de gencive. Les affections de l'oreille, des voies lacrymales, le coryza, l'inflammation des muqueuses tapissant les cavités de la face avec rétention de l'exsudat dans ces cavités, les fatigues excessives imposées à l'appareil oculaire, rentrent dans la catégorie des causes locales qui exercent leur action nocive sur les portions terminales du nerf. Énumérer toutes ces causes serait superflu; qu'il nous

(1) GILLES DE LA TOURETTE. *Progrès méd.*, 1891, n° 21.

(2) EHRMAN. *Wiener med. Blätter*, 1890, n° 44, anal. in *Neurol. Centralbl.*

(3) FRANKL-HOCHWART. *Zeitschr. f. klin. Med.*, XVIII, 5 et 4.

suffise de dire que toute affection douloureuse siégeant dans le domaine du trijumeau peut y appeler la névralgie.

Des affections chroniques des centres nerveux, notamment le tabes, se manifestent parfois par des phénomènes douloureux dans le territoire de la cinquième paire.

Depuis fort longtemps, on a signalé des névralgies faciales liées à des lésions d'organes très éloignés; ce sont, suivant l'interprétation aujourd'hui préférée, des névralgies réflexes. On les voit compliquer les affections de l'utérus ou d'un viscère abdominal, ou bien encore elles reconnaissent pour cause un traumatisme atteignant un territoire nerveux lointain, le territoire du cubital, par exemple.

Anatomie pathologique. — A l'autopsie des sujets atteints de névralgie du trijumeau et surtout à la suite d'excisions pratiquées dans un but thérapeutique, tantôt on a trouvé des altérations inflammatoires ou congestives du nerf et parfois une atrophie plus ou moins appréciable des cellules du ganglion de Gasser; tantôt on a constaté une intégrité anatomique parfaite (1). Nous ne parlons pas des cas où la lésion du nerf est consécutive à une lésion du voisinage; l'altération nerveuse obéit alors aux lois banales de l'envahissement et de la dégénération.

Symptômes. — La douleur constitue le symptôme essentiel et souvent le seul symptôme de la névralgie faciale. Précédée parfois par des sensations paresthésiques qui constituent les prodromes de la maladie, cette douleur peut être légère au début, et s'accroître progressivement par la suite; elle peut aussi éclater d'emblée avec son maximum d'intensité.

L'affection atteint rarement les deux nerfs trijumeaux, il est exceptionnel même qu'elle affecte un de ces nerfs dans sa totalité. Ordinairement elle frappe seulement une partie de la face; c'est dans le domaine de la branche ophtalmique qu'elle se localise le plus volontiers, la branche maxillaire supérieure vient ensuite par ordre de prédisposition relative; le maxillaire inférieur est moins souvent en cause.

On doit distinguer ici, comme d'ailleurs dans les autres espèces de névralgie, deux sortes de douleurs: une douleur *continue* et une douleur *paroxystique*, celle-ci se greffant sur celle-là sous forme d'*accès*.

La douleur *continue* est contusive, assez légère d'habitude, mais rendue insupportable par sa persistance même. Elle est exagérée le plus souvent (encore que l'on observe parfois, surtout avec une pression énergique, le phénomène précisément inverse) par la pression exercée dans la région où elle siège. Elle se localise plus volontiers en certains points déterminés par Valleix. Ces *points douloureux* sont assez constants. Les principaux répondent aux lieux précis où les branches nerveuses quittent les canaux osseux qui leur correspondent; d'autres se placent là où les rameaux traversent un muscle pour devenir sous-cutanés, là encore où ils s'épanouissent dans la peau. Ces divers points sont les suivants, dans les différentes branches: 1° *Branche ophtalmique.* — *Point sus-orbitaire*, des plus fréquents, au niveau du trou sus-orbitaire. *P. palpébral*, à la partie externe de la paupière supérieure. *P. na-*

(1) DANA (*Journ. of nerv. and mental diseases*, XVI, 1891, p. 54) attribue un rôle prépondérant à l'artério-sclérose. Il se base sur quatre examens histologiques.

sal, à la partie supérieure et externe du nez, un peu au-dessous et en dedans du grand angle de l'œil. *P. oculaire*, occupant le globe de l'œil. 2^o Branche maxillaire supérieure. — Point sous-orbitaire, à l'issue hors du trou sous-orbitaire, au-dessous de la paupière inférieure. *P. malaire*, répondant au rameau malaire. *P. dentaire* ou *alvéolaire*, surtout au niveau des dernières molaires supérieures. Les points *labial* (lèvre supérieure) et *palatin* sont exceptionnels. 3^o Branche maxillaire inférieure. — Point temporal, un peu au-devant de l'oreille, dans la région temporale. *P. pariétal*, à la partie postérieure de la suture sagittale. Le *P. lingual*, sur une moitié de la langue, et le *P. labial*, sur la lèvre inférieure, sont peu importants. Le point mentonnier, au niveau de la houppe nerveuse qui émane du trou mentonnier, l'est davantage. Enfin Trousseau a signalé un point douloureux *cervical postérieur* au niveau des apophyses épineuses des deux premières vertèbres cervicales, c'est-à-dire (fait curieux et d'une interprétation assez difficile) en dehors du domaine du trijumeau.

La douleur continue de la névralgie faciale est presque constamment exaspérée par les mouvements qui se produisent dans les régions affectées, ou qui simplement ébranlent la tête un peu fortement. Les mouvements peuvent également faire éclater les douleurs paroxystiques; aussi le malade met-il ses soins à les éviter; il tient sa tête fixe et ne la tourne que lentement; il redoute de tousser, d'éternuer; il use de mille précautions pour mâcher ou pour parler; il immobilise ses traits. Bien entendu, suivant la localisation des phénomènes douloureux, tel ou tel mouvement est particulièrement gêné.

Des *paroxysmes* violents se surajoutent à la douleur permanente. Le plus souvent, ils se répètent coup sur coup et constituent des *accès*; mais ils peuvent se montrer isolément. Ce sont des élancements douloureux d'une intensité extrême, mais qui durent généralement peu, quelques secondes à peine; parfois même, ils ont la brusquerie et la fugacité de l'éclair. Les malades les comparent à la douleur que causerait la perforation ou le broiement des os, le déchirement des chairs, le passage soudain d'une décharge électrique violente; bref, ils emploient pour les caractériser les images les plus vives. Souvent la douleur éclate dans un point déterminé et de là, s'irradie vers la périphérie, comme si brusquement elle se dispersait dans les filets terminaux du nerf. Suivant que le malade attribue à ces sensations un siège profond ou superficiel, on a prétendu que la lésion du nerf siège au voisinage des centres ou sur un point plus rapproché de la périphérie; mais cette présomption ne s'est guère vérifiée.

La douleur paroxystique peut éclater sur plusieurs points à la fois; elle peut *s'irradier* non seulement dans les régions proches, mais encore dans des régions éloignées, telles que le cou et même les membres. Son foyer est loin de répondre toujours à l'un des points douloureux que la pression décèle, bien que ces derniers en soient le siège préféré.

Le plus souvent, les élancements paroxystiques se produisent par séries; chacune de ces séries constitue un *accès*. Les accès, variables suivant les cas dans leur intensité, sont variables aussi dans leur durée; celle-ci oscille entre quelques minutes et plusieurs heures. En général, l'intensité est en relation inverse avec la durée. Les accès se suivent parfois à des intervalles fort irréguliers, tantôt se répétant à plusieurs reprises dans une même journée, tantôt laissant au malade plusieurs jours de répit, mais souvent ils affectent dans leur répétition une régularité remarquable, et même une *périodicité* parfaite.

Les accès peuvent être provoqués, ou bien, dans le cours d'un accès, les élancements peuvent être augmentés d'intensité et de nombre par certaines causes occasionnelles; nous avons déjà cité comme telles les mouvements de la face liés à la parole, à la mastication, et les ébranlements communiqués à la tête par des mouvements du cou ou du tronc, pendant la toux, la marche, etc.

A côté de la douleur se placent d'autres symptômes bien moins constants. Des phénomènes *vaso-moteurs* et *sécrétoires* se produisent souvent pendant les accès, aussi bien dans les cavités de la face que sur le tégument. La peau de la face, du côté affecté, est rouge, luisante et chaude; les artères et les veines sont distendues. Exceptionnellement, au lieu de cette dilatation vasculaire, c'est de la vaso-constriction localisée qu'on observe.

L'œil s'injecte, la conjonctive est rouge, les paupières parfois œdématisées, le globe de l'œil saillant; des larmes s'écoulent. La muqueuse nasale sécrète abondamment. La salivation est exagérée; la muqueuse buccale rougit et desquamée. La congestion des muqueuses va parfois jusqu'à produire des ecchymoses et de légères hémorragies. Les phénomènes inverses: anémie et sécheresse excessive, sont plus rares.

On peut voir se développer la série des troubles trophiques liés aux altérations graves des nerfs périphériques. Sans parler de l'herpès, qui est fréquent surtout dans la névralgie ophtalmique (zona ophtalmique), et peut menacer gravement l'intégrité du globe oculaire, on a observé du lichen, de l'acné, quelquefois de l'érysipèle. L'hémiatrophie faciale peut être la conséquence des névralgies graves, que la névrite siège au delà du ganglion de Gasser ou qu'elle siège en deçà. Les cheveux ou les poils peuvent tomber ou grisonner; parfois des zones blanches, alternant avec des zones de coloration normale, marquent sur les poils la période de leur croissance correspondant à chacun des accès. On a observé la *langue noire pileuse* à la suite de la névralgie faciale⁽¹⁾. L'ophtalmie neuroparalytique, le glaucome ont été exceptionnellement notés.

La sensibilité de la peau est souvent exagérée; parfois, dans les cas graves et invétérés, à cette hyperesthésie succède de l'anesthésie. Les organes des sens ne sont généralement troublés que pendant les accès; on note une diminution, parfois une perversion de l'acuité sensorielle, notamment pour la gustation et pour l'audition. Ce sont là des phénomènes rares; la photophobie, par contre, est fréquente. Les névralgies invétérées peuvent entraîner exceptionnellement une surdité grave, *surdité névralgique* (Gellé), qu'on a attribué à la production surabondante de liquide labyrinthique.

La pathogénie des troubles vaso-moteurs et trophiques rentre dans un chapitre plus général, et nous n'avons pas à la discuter avec détail à propos de cette névralgie particulière. Rappelons cependant que le trijumeau a été spécialement l'objet des discussions et des recherches auxquelles ce problème a donné lieu. L'expérimentation semble y avoir démontré des filets vaso-moteurs de deux ordres: vaso-dilatateurs (Dastre et Morat) et vaso-constricteurs (Vulpian, etc.). On sait, d'autre part, que les lésions du trijumeau déterminent chez les animaux des troubles trophiques importants, et cela aussi bien quand l'altération porte en deçà du ganglion de Gasser que quand elle affecte une portion plus périphérique (M. Duval). Ces phénomènes ne sont pas étroitement solidaires des modifications vaso-motrices; ils ne dépendent pas, comme le voulaient

(1) WALLERAND. *Langue noire pileuse*. Thèse de Paris, 1890.