

n'est pas d'origine dentaire, auquel cas la résection extemporanée de la région cicatricielle alvéolaire suffira (1).

D'après Guinard (2), il faut pratiquer la résection du ganglion de Meckel toutes les fois qu'une névralgie faciale, si étendue qu'elle soit actuellement, a débuté par la sphère du nerf sous-orbitaire (3).

On a aussi eu recours avec un succès variable, à la résection du sympathique cervical (4).

#### IV. — NÉVRALGIES DIVERSES

**I. Névralgie cervico-occipitale.** — Cette névralgie, bien étudiée par Valleix, a pour siège les branches du plexus cervical, constitué lui-même par les quatre paires cervicales supérieures. Parmi les branches principales, il faut mentionner spécialement le nerf sous-occipital, qui s'épanouit sur la région occipitale et une partie de la région pariétale.

Le froid est la cause la plus fréquemment notée. Citons comme causes particulièrement intéressantes la pachyméningite cervicale hypertrophique et le mal de Pott cervical, le cancer des vertèbres, les adénopathies du cou.

Manifestations classiques de la névralgie : douleur continue avec élancements douloureux, souvent irradiations dans le domaine des nerfs et plexus voisins, etc.; il n'y a dans la symptomatologie rien de bien spécial que le siège même des phénomènes. Le *point douloureux* le plus important est le *point occipital*, entre l'apophyse mastoïde et les premières vertèbres cervicales. Les autres sont moins constants ; *point cervical superficiel*, entre les muscles sternomastoïdien et trapèze ; *point pariétal* ; *point mastoïdien*, sur le bord antérieur de l'apophyse mastoïde ; *point auriculaire*, sur la conque de l'oreille.

Le diagnostic est des plus aisés ; il faut toutefois, si la névralgie est persistante et surtout si elle est en même temps bilatérale, se demander si elle ne dépend point d'une lésion vertébrale ou intrarachidienne, telle que la pachyméningite cervicale hypertrophique.

A.-B. Johnson (5) a cité un cas curieux de névralgie du grand nerf occipital associée à des symptômes de paralysie du sympathique cervical. Une opération chirurgicale, libérant le ganglion cervical supérieur de ses adhérences, fit cesser tous les phénomènes.

**II. Névralgie cervico-brachiale.** — C'est la névralgie du plexus brachial et de ses filets sensitifs.

Les traumatismes, surtout les luxations et fractures, sont les causes les plus fréquentes ; le surmenage du membre supérieur (pianistes) a été parfois incriminé.

Toutes les branches du plexus ne sont pas atteintes simultanément ; tantôt les unes, tantôt les autres, sont respectées suivant les cas. Le nerf cubital est frappé avec une fréquence particulière. C'est avec raison que Cotugno, qui avait déjà esquissé l'histoire de cette affection avant que Valleix en fournit une

(1) Thèse de LE GOC, Paris, avril 1904.

(2) IX<sup>e</sup> Cong. de chirurgie, octobre 1895.

(3) Sur le traitement chirurgical de la névralgie faciale, voy. MAUCLAIRE. *Presse méd.*, 9 juin 1897. — LOUIS PRAT. Thèse de Paris, 18 juillet 1905.

(4) CAVAZZANI, DELAGÉNIÈRE. *Travaux de neurol. chirurg.*, 6<sup>e</sup> année, 30 juin 1901.

(5) *New-York med. Journ.*, 5 mai 1894, anal. in *Revue neurol.*, 1904.

description plus complète, la compare à la sciatique. En effet, nous retrouvons ici, en outre de la douleur qui est le phénomène principal, des troubles moteurs, trophiques et vasculaires à titre de phénomènes accessoires ; de même aussi l'on peut distinguer une forme bénigne et une forme grave, une espèce névralgie et une espèce névrite.

Oppenheim (1) a consacré à la *névralgie brachiale* une monographie importante. D'après lui, la véritable névralgie du bras est excessivement rare ; dans la plupart des cas, il s'agit d'une douleur avec localisation incertaine, qui relève en réalité d'une psychose ou d'une névrose apparente ou latente et qui ressortit à la thérapeutique psychique : c'est la *brachialgie*.

Parmi les *points douloureux*, citons le point axillaire au niveau du plexus, les points épitrochléen et cubito-carpien sur le trajet du cubital, le point où le radial contourne l'humérus, le point deltoïdien, qui appartient au circonflexe, le point apophysaire. On en peut découvrir d'autres en exerçant méthodiquement des pressions sur le trajet des différents nerfs.

D'après Potain, cette névralgie pourrait engendrer l'hypertrophie du cœur. C'est avec l'angine de poitrine surtout qu'on risquerait de confondre la névralgie cervico-brachiale. Le siège précis des phénomènes douloureux prédominants, la marche de l'affection, etc., permettront d'éviter cette grave méprise.

**III. Névralgie radiale.** — Babinski a rapporté plusieurs observations de névralgies liées incontestablement à une névrite du radial.

Cette névrite se manifeste par des douleurs violentes, lancinantes, qui, sans être exclusivement localisées à la partie postérieure du bras, prédominent dans cette région ; par un léger affaiblissement du biceps brachial, accompagné d'un peu d'amyotrophie et d'une légère diminution de la contractilité électrique, DR, enfin par une abolition du réflexe tendineux du triceps brachial.

Cette névralgie semble dépendre principalement du froid ou du rhumatisme, mais il y a lieu d'admettre que, comme la névralgie sciatique, elle peut être liée à des causes diverses.

Babinski a fait ressortir les différences qui séparent cette forme de lésion du nerf radial de cette autre affection radiale : « la paralysie radiale par compression », que nous avons décrite plus haut. Tandis que, dans la névrite qui nous occupe, les troubles siègent au bras et se manifestent par des douleurs, sans que la motilité soit sensiblement atteinte, la paralysie radiale vulgaire siège à l'avant-bras et se caractérise par une impotence musculaire qui ne s'accompagne pas de douleurs.

**IV. Névralgie diaphragmatique.** — Cette névralgie a été décrite par Falst, plus tard par Peter (2).

Le *rhumatisme* et le *refroidissement* en sont les causes les plus fréquentes. Les causes spéciales les plus importantes sont la *pleurésie diaphragmatique*, les lésions du foie et de la rate (organes voisins du diaphragme), la péricardite, les lésions de l'aorte. Celles-ci agissent par l'intermédiaire du péricarde, d'après Peter ; de là les douleurs diaphragmatiques dans l'insuffisance aortique, l'angine de poitrine, le goitre exophtalmique.

Les douleurs siègent principalement à la base du thorax, surtout au niveau des insertions du diaphragme sur les cartilages costaux. Les *points douloureux* se rencontrent dans cette dernière région, dans la région cervicale au-devant

(1) *Berlin. klin. Woch.*, 1898, n° 26.

(2) GRASSET. *Maladies du syst. nerv.*

du scalène, et sur les apophyses épineuses des cinq vertèbres cervicales supérieures, la première exceptée. Les douleurs s'irradient souvent dans les branches du plexus cervical (apophyse mastoïde), ou du plexus brachial (douleur de l'épaule, fourmillements dans la main).

Tous les mouvements du thorax exagèrent la douleur, de là, une gêne considérable de la respiration.

V. **Névrалgie intercostale.** — Cette affection peut atteindre les douze nerfs dorsaux. Les nerfs dorsaux se partagent, une fois sortis par les trous de conjugaison, chacun en deux branches, l'une postérieure (*nerf perforant postérieur*), l'autre antérieure (*nerf intercostal*), qui occupe l'espace intercostal correspondant. Vers le milieu de cet espace, le nerf intercostal émet un rameau cutané; le *nerf perforant latéral*. Le perforant latéral des deux premiers intercostaux est destiné à la peau de la région avoisinante du bras, les autres à la peau du thorax et de l'abdomen. Enfin le nerf intercostal, après avoir continué son trajet, devient superficiel un peu en dehors du sternum et du muscle grand droit de l'abdomen (branche *perforante antérieure*).

La névrалgie intercostale, très fréquente, frappe surtout les femmes : elle siège plus souvent à gauche qu'à droite.

Citons parmi ses causes la *carie costale* et les affections du rachis dorsal, les maladies du poumon et surtout de la *plevre* (notamment la tuberculose), l'anévrisme de l'aorte. Le point de côté de la pleurésie et de la pneumonie est considéré par plusieurs auteurs comme le résultat d'une névrite intercostale. Signalons encore la dilatation de l'estomac, qui peut s'accompagner de névrалgie intercostale bilatérale.

La névrалgie occupe généralement à la fois plusieurs nerfs voisins. La douleur est surtout une douleur continue; les paroxysmes sont relativement peu marqués dans cette névrалgie. La pression exagère la douleur; on trouve trois points particulièrement douloureux, répondant respectivement aux trois rameaux perforants : le point apophysaire et le point perforant antérieur sont plus fréquents que le point latéral. Les mouvements d'inspiration, la toux, et parfois, quand la névrалgie siège au niveau du cœur, les battements cardiaques, exaspèrent la douleur, ce qui n'est pas sans causer grande inquiétude aux malades non prévenus. On constate souvent une hyperesthésie cutanée exquise.

Le zona, qui peut accompagner toutes les névrites, est plus fréquent dans le domaine du nerf intercostal que dans aucun autre.

Distinguer la névrалgie intercostale, avec son apyrexie et ses caractères spéciaux, d'une affection pleuro-pulmonaire ou cardiaque, c'est chose simple. Mais on se rappellera qu'elle peut être elle-même la complication d'une des affections thoraciques énumérées tout à l'heure.

La *pleurodynie* rhumatismale des muscles de la paroi thoracique présente des douleurs autrement réparties.

L'*angine de poitrine* se distingue par des accès d'un caractère spécial. A la névrалgie intercostale se rattache la névrалgie mammaire ou *mastodynne*, variété que Cooper a décrite à part, et dont l'intérêt réside surtout dans les méprises chirurgicales auxquelles elle pourrait donner lieu. A la suite des accès violents que parfois elle provoque, on peut voir se produire une sécrétion légère de colostrum, et survenir de petites indurations du sein, grosses comme une noisette, ou encore une induration diffuse de l'organe. Mais ces phénomènes sont passagers, et un observateur prévenu se gardera de croire à un cancer, d'au-

tant plus que les malades atteints de mastodynne sont généralement jeunes.

Signalons encore une variété particulière de névrалgie intercostale, l'*épigastralgie*, qui s'accompagne parfois de nausées et de vomissements. Un examen attentif démontrera que la douleur siège dans la peau; d'ailleurs, l'hyperesthésie ne dépasse pas la ligne médiane (Trousseau). Aussi éliminera-t-on facilement l'hypothèse d'une affection gastrique.

Au surplus, il est fréquent d'observer, dans ces formes localisées, certains points douloureux à la pression sur le sujet des nerfs intercostaux, dans les régions relativement indemnes.

VI. **Névrалgies lombaires.** — Ces névrалgies ont été étudiées par Valleix. Les nerfs lombaires sont à la partie inférieure du tronc ce que les nerfs intercostaux sont à la partie supérieure; ils se divisent en branches postérieures et branches antérieures. Celles-ci constituent le plexus lombaire. Le plexus fournit à son tour, comme branches collatérales, le nerf abdomino-scrotal et le nerf fémoro-cutané; il donne d'autre part, comme branches terminales, le nerf crural et le nerf obturateur. L'étiologie n'a rien de particulier, si ce n'est quelques causes spéciales de compression : hernies, psoriasis, affection des organes du petit bassin; la douleur du genou dans la coxalgie serait due à une névrалgie, d'après Erb.

La névrалgie *lombo-abdominale* est celle des branches collatérales du plexus lombaire. C'est elle qui ressemble le plus à la névrалgie intercostale; les points douloureux sont multiples : points lombaires, en arrière; point iliaque, vers le milieu de la crête iliaque; points abdominaux, sur la ligne médiane de l'hypogastre; point inguinal; point scrotal (scrotum ou grande lèvre).

La *névrалgie testiculaire* (*irritable testis* de Cooper) paraît n'être qu'une variété de névrалgie lombo-abdominale; toutefois, le caractère de la douleur, qui s'accompagne d'une sensation syncopale, a fait admettre une participation du sympathique à cette névrалgie. (Romberg, Eulenburg).

La névrалgie du *fémoro-cutané*, rarement isolée, offre un point douloureux au niveau du passage du nerf entre les deux épines iliaques antérieures; la douleur occupe la face externe de la cuisse.

Des paresthésies localisées à ce nerf ont été décrites par Bernhardt (1). On a affaire alors à ce que Roth a dénommé « névrалgie paresthésique ». Dopter (2) lui a consacré une étude récente. Elle paraît être liée, pour la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question, à une névrite plus ou moins accentuée du fémoro cutané. H. Musser et J. Sailer, qui l'ont particulièrement bien étudiée (3), la définissent ainsi : trouble de la sensibilité de la face externe de la cuisse, caractérisé par diverses formes de paresthésie associées à une dissociation ou à une diminution plus ou moins marquées de la sensibilité. La durée de la maladie est très longue. On doit quelquefois recourir à la résection du nerf. L'étiologie est très variable, comme celle des diverses névrites.

La névrалgie des branches terminales comprend deux variétés : la crurale et l'obturatrice. La névrалgie *crurale* s'étend sur la partie antérieure et interne de la jambe et du pied. Les points douloureux se rencontrent au pli de l'aîne, au niveau de chacune des deux branches perforantes, à la cuisse, sur le condyle interne, sur la malléole interne et enfin sur le bord interne du pied. La marche

(1) *Gaz des hôp.*, p. 555, 22 mars 1901.

(2) *Voy. Revue neurol.*, 1895, p. 642.

(3) *Journ. of nerv. and mental disease*, janvier 1900.

est très douloureuse. Les troubles divers que nous avons signalés à propos de la sciatique se peuvent rencontrer ici, mais avec une localisation différente. L'atrophie musculaire se localise, quand elle existe, aux muscles antérieurs de la cuisse.

La névralgie *obturatrice* est intéressante surtout pour le chirurgien, car elle peut déceler une hernie obturatrice. On note des douleurs et des fourmillements sur la face interne de la cuisse, et parfois une certaine impotence des muscles adducteurs.

La *métatarsalgie*, dite encore névralgie de Morton, ne paraît pas répondre à un groupe clinique homogène, ni au point de vue pathogénique, ni même au point de vue symptomatique. Elle ressortit aux maladies articulaires et osseuses, plutôt qu'aux névralgies proprement dites<sup>(1)</sup>; certains auteurs, toutefois, considèrent les altérations osseuses comme consécutives à des lésions nerveuses primitives.

**Herpès névralgique des organes génitaux.** — Cette névralgie a été décrite par Mauriac. Un herpès du prépuce, sans caractères objectifs spéciaux, s'accompagne de douleurs très vives, non seulement au niveau des érosions, mais encore dans toute la verge, le périnée, et parfois même dans toute l'étendue des deux membres inférieurs. Il peut se produire un léger écoulement urétral qui est l'effet même de la maladie, et qu'on ne doit pas prendre pour sa cause. C'est, en somme, un zona des nerfs du plexus sacré.

On pourrait distinguer encore un assez grand nombre de variétés : névralgies péniennes, urétrale, ano-vésicale, ano-périnéale. Ces dénominations indiquent suffisamment les localisations possibles des manifestations douloureuses.

**VII. Névralgies sacrées.** — Nous avons décrit avec détail la principale, à beaucoup près, des névralgies du plexus sacré, à savoir la sciatique. Il nous faut dire un mot d'une autre variété spéciale.

**Névralgie du honteux interne.** — Cette névralgie, signalée par Masius et Van Lair et par Erb, est décrite avec quelque détail par Grasset<sup>(2)</sup>. Douleurs vives survenant par accès, partant du périnée, s'irradiant vers la verge et le gland, sollicitant à la miction, qui est elle-même très douloureuse au moment où elle s'achève, point douloureux au périnée, tels sont les caractères principaux de cette variété. Il est important de connaître cette névralgie pour ne pas la confondre avec d'autres affections douloureuses de la région.

**VIII. Névralgie coccygienne.** — L'affection décrite sous le nom de *coccygodynie* paraît être, au moins dans certains cas, une véritable névralgie du plexus coccygien, mais il s'agit, plus souvent, peut-être d'une lésion organique du coccyx lui-même ou de la glande coccygienne. Quoi qu'il en soit, la coccygodynie est caractérisée par une douleur vive occupant la région coccygienne, douleur qu'exagèrent la pression, la station assise, la marche, la défécation et la miction, les efforts de toute espèce.

Cette affection est plus fréquente chez la femme; elle est parfois provoquée par le froid, par un accouchement, par une contusion.

La faradisation a fourni de rares succès; mais, trop souvent la thérapeutique médicale se montre peu efficace. On est autorisé en pareil cas à pratiquer l'ablation du coccyx, ou tout au moins la section sous-cutanée de tous les tendons et muscles qui s'y insèrent.

<sup>(1)</sup> Voy. GAMBLIN. Thèse de Paris, 1898; NOCE. *Il Morgagni*, mars 1901.

<sup>(2)</sup> GRASSET. *Mal. du syst. nerveux*.

## TICS

Par HENRY MEIGE

**Définition.** — Le tic est un acte primitivement commandé par une cause extérieure ou par une idée, et coordonné vers un but; par la répétition, cet acte passe à l'état d'habitude, et finit par se reproduire involontairement, sans cause et sans but, en s'exagérant dans sa forme, dans son intensité et dans sa fréquence; il prend ainsi les caractères d'un mouvement convulsif et intempestif, répété à l'excès; souvent son exécution est précédée d'un besoin, sa répression cause un malaise; la volonté, la distraction peuvent le suspendre; il disparaît dans le sommeil.

Le tic apparaît chez des prédisposés; il coexiste fréquemment avec d'autres manifestations du déséquilibre mental.

**Historique.** — C'est à dater des travaux de Brissaud que le tic occupe sa véritable place en neuropathologie, c'est dans ces travaux qu'on trouve pour la première fois les arguments cliniques et pathogéniques qui devaient imposer une disjonction définitive entre les tics et les spasmes, confondus jusqu'alors<sup>(1)</sup>.

Le mot *tic*, emprunté au langage courant, avait servi d'abord à désigner des gestes habituels, bizarres, des grimaces faciales, de petites manies familiales, se reproduisant toujours les mêmes, involontairement, inconsciemment. Debrou, Graves, Romberg, Niemeier, Valleix, Axenfeld, ont décrit sous le nom de *tics* des convulsions faciales de formes et de causes diverses. Les qualités distinctives du tic ne commencèrent à se dessiner qu'avec l'enseignement de Charcot. « Le tic, dit ce dernier, est une maladie qui n'est matérielle qu'en apparence; c'est par un côté une maladie psychique. » Puis vinrent les bonnes descriptions cliniques de Letulle, Gilles de la Tourette, G. Guinon, J. Noir.

En Allemagne, Friedreich avait décrit sous le nom de *Koordinatorischen Erinnerungskrampe* des mouvements convulsifs qui correspondaient bien à ceux qui, en France, étaient qualifiés de tics. Cependant, la judicieuse distinction de Friedreich ne fut pas retenue par les auteurs allemands, qui, avec Ziehen, ont englobé sous la désignation générale de « myoclonies » les phénomènes convulsifs les plus divers : spasmes, chorée fibrillaire, chorée électrique, paramyoclonus multiplex, maladie de Gilles de la Tourette et toutes les variétés de tics, — conception qui fut adoptée également par quelques auteurs italiens, et en France par Raymond, mais qui est devenue bientôt trop compréhensive.

A partir de 1895, la question des tics, entièrement reprise par Brissaud, et par

<sup>(1)</sup> BRISSAUD. *Tics et spasmes de la face*. Leçon du 8 décembre 1895. *Journ. de méd. et chir. pratiques*, 25 janvier 1894.