

*Bibliothèque numérique*

**medic@**

**VERGER, H. - Essai de classification  
de quelques névralgies faciales par  
les injections de cocaïne loco dolenti  
(1ère partie)**

***In : Revue de médecine, 1904,  
pp. 34-63***

# REVUE DE MÉDECINE

PARAISANT TOUS LES MOIS

DIRECTEURS : MM.

**Ch. BOUCHARD**

Professeur à la Faculté de médecine de Paris,  
Médecin de l'hôpital de la Charité,  
Membre de l'Académie de médecine,  
Membre de l'Académie des sciences.

**L. LANDOUZY**

Professeur de clinique médicale  
à la Faculté de médecine de Paris,  
Médecin de l'hôpital Laënnec,  
Membre de l'Académie de médecine.

**A. CHAUVEAU**

Inspecteur général des Écoles vétérinaires  
Professeur au Muséum d'histoire naturelle,  
Membre de l'Académie de médecine,  
Membre de l'Académie des sciences.

**R. LÉPINE**

Professeur de clinique médicale à la  
Faculté de médecine de Lyon,  
Correspondant de l'Académie des sciences,  
Associé de l'Académie de médecine.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. L. Landouzy et R. Lépine.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : M. J. Lépine.

VINGT-QUATRIÈME ANNÉE, 1904

XXIV

Avec 100 figures dans le texte.



91143

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

PARIS, 6<sup>e</sup>

1904

# ESSAI DE CLASSIFICATION DE QUELQUES NÉVRALGIES FACIALES

PAR LES INJECTIONS DE COCAINE LOCO DOLENTI

(TRAVAIL DE LA CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR PITRES)

Par le D<sup>r</sup> H. VERGER,

Médecin des hôpitaux de Bordeaux.

## INTRODUCTION.

La névralgie faciale paraît, dans ces dernières années, avoir été presque complètement distraite du domaine de la médecine pour tomber dans celui de la chirurgie. On voit en effet que toutes ou presque toutes les publications qui paraissent, ou ont paru récemment sur ce sujet, sont signées par des chirurgiens. Cette évolution peut paraître justifiée par la faillite de la thérapeutique médicale, car si l'on excepte les innombrables médications successivement prônées et abandonnées comme donnant des résultats insuffisants, quelquefois tout à fait nuls, il faut bien reconnaître que depuis les mémorables études de Trousseau sur le traitement opiacé dans le tic douloureux de la face, rien de définitif n'est resté. Même le traitement électrique par les courants continus de haute intensité appliqué pour la première fois par le professeur Bergonié de Bordeaux reste impuissant trop souvent, et l'intervention chirurgicale se présente alors comme l'ultima ratio.

Les procédés chirurgicaux se sont de plus en plus perfectionnés, en même temps que croissait l'audace des opérateurs, et de la simple névrotomie, opération bénigne et facile, en est arrivé à la Gasserec-tomie, intervention éminemment délicate et dangereuse puisque tout récemment Zimmern, après une analyse soigneuse des cas publiés, trouve une mortalité d'un tiers<sup>1</sup>. On ne peut s'empêcher de remarquer le contraste qui existe entre le luxe des procédés opératoires et

1. Zimmern, Quelques particularités cliniques de la névralgie faciale, *Archives de neurologie*, 1903.



la pauvreté du chapitre des indications. Celles-ci n'existent pour ainsi dire pas en dehors de l'échec préventif des moyens médicaux. D'autre part, hors le cas, somme toute assez rare, de névralgie étendue à toute une moitié de la face, il n'existe pas d'indications particulières d'agir chirurgicalement sur les troncs nerveux ou sur le ganglion de Gasser. Le plus souvent on agit pour ainsi dire à tâtons, en faisant des sections et des résections de plus en plus hautes jusqu'à ce que, à la suite de récidives désespérantes, la gasserectomie apparaisse comme la suprême ressource.

Cette indigence des indications opératoires et le caractère empirique de toute la thérapeutique des névralgies faciales correspondent en réalité à une connaissance très incomplète de ses variétés cliniques, et à une ignorance quasi totale de ses causes ordinaires.

La première question que doit se poser le pathologiste dans l'espèce est celle-ci : Y a-t-il une névralgie faciale toujours de nature identique et se manifestant par des symptômes essentiels toujours les mêmes, différant seulement par leur intensité ou leur localisation à tel ou tel territoire, ou bien existe-t-il des névralgies faciales différentes, non seulement par leur expression symptomatique et leurs caractères cliniques, mais aussi par leur nature ? L'étude attentive des documents que possède sur ce sujet la littérature médicale depuis Valleix jusqu'à nos jours montre qu'ainsi posée, la question n'a reçu que des solutions incomplètes ou tout au moins qui n'envisagent tantôt que le côté clinique du problème, tantôt que son côté anatomo-pathologique, sur lesquelles, en tout cas, l'accord est loin d'être fait.

Cliniquement depuis Trousseau, tous les auteurs sont d'accord pour admettre deux variétés de la névralgie faciale, l'une bénigne, la névralgie faciale simple, l'autre grave, la névralgie épileptiforme avec ou sans tic douloureux. La première serait caractérisée par des élancements d'intensité moyenne ou faible, prenant naissance sur un point de souffrance continue, tandis que la seconde serait essentiellement paroxystique avec des élancements extrêmement douloureux, séparés par des intervalles d'accalmie complète. Cette division est acceptée par Gilles de la Tourette<sup>1</sup>, par Gilbert Ballet<sup>2</sup>, par Zimmern<sup>3</sup>. Par contre Gaumerais<sup>4</sup> n'attache que peu d'importance

1. Gilles de la Tourette, Diagnostic et traitement du tic douloureux de la face, *Semaine médicale*, 1896, p. 249.

2. G. Ballet, La névralgie faciale épileptiforme, *Bulletin médical*, 1899, p. 299.

3. Zimmern, Quelques particularités cliniques de la névralgie faciale, *Archives de neurologie*, 1903.

4. Gaumerais, *Contribution à l'étude du tic douloureux de la face*, thèse de Paris, 1898-99.

à l'intermittence comme signe distinctif : la névralgie simple se caractériserait par ce fait que la douleur s'y produit indépendamment des causes extérieures : mastication, parole, salivation, attouchements, etc., au lieu que les accès du tic douloureux seraient provoqués et entretenus par ces causes.

Quoi qu'il en soit des symptômes de différenciation accessoires, il est évident que c'est surtout l'intensité et la résistance à la thérapeutique des symptômes douloureux qui fait placer chaque cas dans l'une ou l'autre variété.

Si au point de vue purement clinique la question est restée stationnaire, en revanche elle a nettement évolué au point de vue de la pathogénie, et ceci est dû en grande partie aux interventions chirurgicales qui ont permis d'assez nombreux examens anatomo-pathologiques. Ces études ont eu pour premier résultat de faire disparaître presque complètement l'idée de la *névralgie-maladie*, pour lui substituer celle de la névralgie envisagée comme un syndrome relevant de lésions de nature diverse, mais ayant ce caractère commun d'être situées sur le trajet des filets sensitifs considérés depuis leur origine jusqu'à leurs centres bulbo-protubérantiels. Il y aurait des névralgies d'origine centrale et des névralgies d'origine périphérique, selon que la lésion causale serait située soit au niveau des racines ou du ganglion, soit au niveau des extrémités nerveuses. Dans le cas particulier de la névralgie faciale, névralgie de cause centrale équivalant à névralgie de cause intra-crânienne, et névralgie de cause périphérique à névralgie de cause extra-crânienne. Il y a donc dans cette idée, légitimée amplement par les faits anatomo-pathologiques, un progrès incontestable. Mais le corollaire nécessaire au point de vue de l'utilisation clinique de cette division pathogénique dont l'utilité est considérable, était l'établissement d'un parallélisme relatif avec les divisions symptomatiques classiques.

L'origine périphérique de quelques cas bénins, notamment des névralgies de la carie dentaire disparaissant par l'avulsion de la dent malade d'une part, et d'autre part la découverte de lésions histologiques du ganglion de Gasser dans des cas rebelles traités par la gasserectomie, ont semblé légitimer ce parallélisme. Fædor Krause conclut de ses examens histologiques que les névralgies faciales rebelles étaient en relation avec une inflammation primitive ou secondaire du ganglion de Gasser<sup>1</sup>. Gilbert Ballet, en 1899, défendit cette idée avec talent : « Il est peu vraisemblable, dit-il, que le point de départ des douleurs de la névralgie épileptiforme réside au niveau

1. Fædor Krause, *Die Neuralgie des Trigeminus*, Leipzig, 1896.



des expansions protoplasmiques des neurones, c'est-à-dire des branches du trijumeau. L'intermittence de ces douleurs, leur apparition sous forme de crises, rapprochées sans doute, mais néanmoins distinctes les unes des autres, contrairement à ce qui a lieu dans les névralgies des autres nerfs et dans les autres variétés de la névralgie faciale, tout cela leur communique une physionomie qui les rapproche des crises tabétiques. On est dès lors amené à penser que la cause doit résider, comme dans le tabes, au niveau des expansions cylindriques ou du corps même des neurones. Sanger, Antona, Dana, Putnam, Horsley, Sweinitz, Krause ont constaté des lésions des cellules associées d'ordinaire à des altérations de la trame conjonctive du ganglion de Gasser. Tous ces examens histologiques sont loin d'être décrétoires, mais ils créent de nouvelles et sérieuses présomptions en faveur d'une interprétation que déjà la clinique autorisait<sup>1</sup>. » Il existe aujourd'hui près de deux cents examens histologiques, qui ont donné lieu à une critique serrée de Sydney J. Schwab<sup>2</sup>, et il semble bien en effet que ce soit là qu'on doive trouver la clef d'un certain nombre de cas de névralgies rebelles.

Mais on ne peut dire avec Krause et quelques autres que la névralgie épileptiforme est toujours d'origine gassérienne. Il existe, en effet, des cas de tics douloureux dont l'origine périphérique peut être considérée comme démontrée par les résultats curatifs d'opérations périphériques. Ce sont ceux de Jarre, guéris par la résection du rebord alvéolaire<sup>3</sup>. D'autre part, Dana a trouvé en pareil cas de l'artériosclérose des vasa nervorum des troncs du trijumeau<sup>4</sup>, Putnam a trouvé des névrites interstitielles avec lésions évidentes des vasa nervorum<sup>5</sup>.

Enfin Sydney J. Schwab (*loc. cit.*) conclut que dans un grand nombre de cas les lésions gassériennes sont des lésions secondaires à une névrite ascendante. On est donc en droit de se demander si en pareil cas la névralgie épileptiforme est de cause périphérique ou ganglionnaire, question évidemment à peu près insoluble.

Quoi qu'il en soit il est permis de conclure que si un grand nombre de névralgies rebelles sont certainement d'origine centrale, il n'est

1. G. Ballet (*loc. cit.*).

2. Sydney J. Schwab, The pathology of trigeminal neuralgia illustrated by the microscopic examination of two gasserian ganglia, *Annals of Surgery*, juin 1901, p. 696.

3. Jarre, *Académie de médecine*, 1893.

4. Dana, Anatomie pathologique du tic douloureux, *Journal of nervous and mental Disease*, 1891, p. 54.

5. Putnam, Observations sur la pathologie et le traitement des névralgies de la cinquième paire, *Boston medical and surgical Journal*, 13 août 1891, t. II, p. 157.

pas absolument démontré qu'elles le soient toutes, et il n'est donc pas possible, sans forcer les faits, de faire du terme névralgie épileptiforme un synonyme de névralgie de cause centrale.

D'autre part l'étude des faits cliniques montre qu'en pratique les caractères distinctifs classiques des deux variétés sont absolument insuffisants, qu'il n'y a qu'une question d'intensité et de durée, c'est-à-dire des notions sur lesquelles il est difficile d'asseoir des indications tant soit peu précises.

Ces considérations nous ont conduit à appliquer à l'étude des névralgies faciales un procédé indiqué par notre maître le professeur Pitres pour déterminer dans les névralgies en général le siège des excitations algésiogènes; nous voulons dire les injections de chlorhydrate de cocaïne à 2 p. 100<sup>1</sup>. Rappelons brièvement le principe de la méthode. On sait que ces injections permettent de supprimer fonctionnellement les fibres nerveuses sensitives situées dans leur zone d'action. Faites sous la peau, elles annihilent les extrémités nerveuses, temporairement, dans une zone assez restreinte qui devient anesthésique. Pratiquées au voisinage immédiat ou dans la gaine d'un tronc nerveux, elles produisent sur ce tronc un effet qui équivaut à une section temporaire de ses fibres centripètes et amène l'anesthésie de toute la zone innervée par ce tronc et ses ramifications ultimes. Enfin, injectée par ponction lombaire dans la cavité arachnoïdienne, la cocaïne porte son effet sur les racines et produit l'anesthésie de toute la partie inférieure de l'abdomen et des membres inférieurs.

Étant admis, d'autre part, ce qui ne fait de doute pour personne aujourd'hui, que le paroxysme névralgique est la réponse physiologique des centres à une excitation produite sur un point quelconque des conducteurs centripètes et transmise par voie centripète à ces centres, l'injection de cocaïne faite soit au point de départ des excitations algésiogènes, soit sur le trajet du nerf entre ce point de départ et les centres, aura pour effet nécessaire de couper la route à l'excitation et par conséquent de supprimer la névralgie, temporairement bien entendu.

Le professeur Pitres classe ainsi les névralgies d'après cette méthode :

- a) Les névralgies qui s'apaisent par une injection de cocaïne loco dolenti. Ce sont les névralgies de cause *terminale*;
- b) Les névralgies qui résistent aux injections de cocaïne loco

1. A. Pitres, Diagnostic du siège des excitations algésiogènes dans les névralgies par les injections de cocaïne, *Comptes rendus de la section de neurologie du XIII<sup>e</sup> Congrès international de Médecine*, Paris, 1900, p. 592.



dolenti, mais qui s'apaisent par les injections faites sur le trajet du nerf, à la condition qu'elles portent au-dessus du point altéré : ce sont les névralgies de cause *funiculaire*;

c) Enfin celles qui résistent aux deux premiers modes d'injection, mais qui cèdent aux injections intra-arachnoïdiennes, comme c'est le cas pour les douleurs fulgurantes des ataxiques : ce sont les névralgies de cause *radiculo ganglionnaire*;

d) Enfin celles qui résistent à tous ces modes, névralgies mal connues et qui paraissent rares, dont la cause réside plus haut, dans l'axe médullo-encéphalique.

L'application de ce programme est facile pour certaines névralgies, la sciatique en particulier. Mais dans le cas particulier de la névralgie faciale il se heurte à certaines difficultés qui empêchent son emploi intégral. Les dispositions anatomiques des nerfs de la face font en effet qu'il est impossible de les atteindre le long du trajet des deux troncs principaux, nerf maxillaire supérieur ou maxillaire inférieur. D'autre part il est impossible d'agir par ce moyen sur toute la partie intra-encéphalique du trijumeau. Il reste donc seulement à la disposition du médecin l'injection de locaine loco dolenti.

En l'appliquant systématiquement dans tous les cas on arrive à faire deux groupes de névralgies faciales :

1° Celles où l'injection de cocaïne loco dolenti supprime momentanément les crises névralgiques, d'où l'on peut induire que la cause est située au niveau des terminaisons nerveuses;

2° Celles où l'injection loco dolenti ne modifie par l'apparition des crises. La cause est située plus haut.

Les névralgies du premier groupe sont certainement des névralgies de cause périphérique. Celles du second peuvent être de cause funiculaire ou centrale.

L'analyse clinique ne peut ici être poussée plus loin, mais ce que nous savons des causes ordinaires des névralgies, ce que nous verrons de la topographie des zones douloureuses qui n'embrasse pour ainsi dire presque jamais l'aire d'un nerf déterminé rend très vraisemblable cette opinion que les névralgies de ce groupe peuvent être presque toujours considérées comme d'origine centrale.

Étant en possession de ce moyen, et une fois les observations rangées dans l'un ou l'autre groupe, nous nous proposons d'examiner analytiquement et comparativement les caractères symptomatiques de chaque groupe pour essayer d'en tirer un type clinique correspondant.

Il convient de faire remarquer que pour que le critérium de l'injection de cocaïne conserve sa valeur l'injection doit être pratiquée entre



les paroxysmes et empêcher leur apparition. De ce qu'une injection de cocaïne faite pendant un paroxysme lui permet d'évoluer à son ordinaire on ne saurait rien conclure. Le paroxysme douloureux est en effet un phénomène essentiellement central, une décharge, et il est facile de comprendre que la cocaïne ne saurait de la périphérie agir sur le centre. Mais si le paroxysme suivant ne se produit pas, et ne se renouvelle que lorsque la zone d'anesthésie cocaïnique s'est elle-même effacée, alors seulement on est en droit de conclure que la cocaïne a agi de façon positive.

Il existe d'autre part, comme on le verra plus loin, des cas dans lesquels l'injection de cocaïne loco dolenti a une action non seulement transitoire, mais définitive et curative. Ces cas sont difficiles à interpréter. Il en existe d'analogues dans d'autres névralgies. C'est ce que M. le professeur Pitres appelle les topoalgies d'origine corticale, « hallucinations persistantes de phénomènes douloureux représentant dans la sphère sensitive ce qui est représenté dans la sphère intellectuelle par les idées fixes et dans la sphère émotive par les obsessions anxieuses »<sup>1</sup>. Nous leur consacrerons quelques lignes.

L'examen des divers malades sur lesquels va reposer notre étude a été fait de manière à mettre en lumière chez tous certains traits symptomatiques qui peuvent se ranger sous les chefs suivants :

1° *Caractères subjectifs de la douleur :*

- a) Dans le temps : continue ou intermittente;
- b) Topographiquement, irradiations douloureuses.

2° *Modes de provocation des crises, influence de :*

- a) La mastication;
- b) La parole;
- c) La déglutition;
- d) Les excitations extérieures.

3° *Symptômes objectifs :*

- a) Sensitifs : douleur provoquée aux points de Valleix;
- b) Anesthésies ou hypoesthésies;
- c) Hyperesthésies;
- d) Symptômes sécrétoires et vaso-moteurs;
- e) Symptômes spasmodiques.

Une fois le travail d'analyse accompli nous nous efforcerons d'en tirer synthétiquement des types cliniques, schématiques, bien entendu, et d'en étudier avec soin les caractères différentiels<sup>2</sup>.

1. Pitres, *loc. citat.*, p. 598.

2. Toutes les observations contenues dans ce travail ont été recueillies à la clinique de M. le professeur Pitres, auquel nous sommes heureux d'exprimer ici notre vive reconnaissance.

## I. — NÉVRALGIES FACIALES DE CAUSE PÉRIPHÉRIQUE.

Les névralgies qui vont être étudiées dans ce chapitre ont été réunies, comme il a été dit plus haut, par un seul caractère commun : l'injection de cocaïne loco dolenti supprime momentanément la douleur continue ou paroxystique, d'où nous inférons que la cause algé-siogène, quelle qu'elle soit, est située au niveau des extrémités terminales des nerfs au point même où siègent les symptômes douloureux. C'est dire que nous ne nous sommes préoccupé en aucune manière de les distribuer suivant la branche du trijumeau affectée, suivant leur ténacité, suivant leur origine étiologique, tous éléments auxquels on attache le plus souvent beaucoup d'importance, mais que pour la commodité de cette étude il vaut mieux d'abord laisser de côté, quitte à les reprendre ensuite si besoin est.

La lecture attentive des observations étant indispensable pour l'intelligence des considérations qui vont suivre, nous les exposerons tout d'abord.

OBSERVATION I. — *Névralgie faciale droite d'origine inconnue datant de six ans.*

L... Barthélemy, âgé de soixante-huit ans, cultivateur, vient à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Pitres, au mois d'avril 1901, se plaignant d'une douleur névralgique dans la moitié droite de la face.

Il n'y a rien à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Il n'est pas fils de névralgiques, et il a lui-même toujours joui d'une excellente santé. Il n'est pas alcoolique.

Pendant l'été de 1895, soit six ans auparavant, sans cause connue, il a été pris à intervalles irréguliers de douleurs intermittentes, fugaces et assez légères en un point situé un peu en dehors de la commissure labiale droite. Ces douleurs augmentèrent peu à peu de fréquence et d'intensité, surtout en 1899, à la suite d'une longue course nocturne, mais en conservant toujours la même localisation.

État le 5 avril 1901. — *Caractères de la douleur* : L... a, d'une façon constante, un peu en dehors de la commissure labiale droite, en dedans de la joue, et jamais en dehors, une sensation de brûlure, sourde, mais supportable, qui ne cesse pas de toute la journée. Sur ce fond de douleur continue se greffent des paroxysmes qui éclatent parfois spontanément, mais que fait naître invariablement la mastication, au point que le malade en est arrivé à redouter de prendre de la nourriture. Le paroxysme arrive à son apogée, si pendant que le malade mastique péniblement du côté gauche, une parcelle alimentaire solide ou liquide entre en contact avec la face interne de la joue droite. Il a quelquefois des paroxysmes nocturnes qui le réveillent en sursaut.

Il ressent alors une brûlure intense au point où se fait sentir la douleur



continue, et cette brûlure se déplace le long de la lèvre inférieure jusqu'à la ligne médiane.

La crise est quelque peu calmée par le frottement léger de la muqueuse avec le doigt introduit dans la bouche.

La crise ne s'accompagne pas de larmoiement de l'œil droit.

*Examen objectif.* — Toute la joue malade est moins épaisse que celle du côté sain, à la palpation entre deux doigts. En dehors de la commissure labiale droite il existe une sorte de dépression où la peau se plisse de petites rides fines.



Fig. 1. — Zone douloureuse (obs. I).

A ce niveau la sensibilité cutanée est normale au pincement et à la piqûre. Mais la muqueuse buccale et la gencive inférieure droite sur son versant interne du côté droit sont nettement hypoalgésiques à la piqûre et à la température.

Il n'y a pas de douleur à la pression aux points de Valleix, mais le frottement prolongé de la joue amène une crise; elle arrive d'une façon certaine si, pour se raser, le malade promène trop longtemps le blaireau sur sa peau.

La *dentition* est très incomplète. Toutes les molaires et les canines du côté droit manquent.

Il n'y a pas de lésions visibles sur la muqueuse buccale. L'examen du nez n'a pas été pratiqué.

Le 6 avril 1901, on pratique au siège des sensations douloureuses sus-indiqué, dans l'épaisseur de la joue, une injection de 1 centimètre cube de la solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 p. 100. Quelques minutes après la douleur a disparu. Dans la journée qui suit le malade n'a pas de paroxysmes, il est enchanté, se déclare guéri et part le lendemain.

On ne l'a pas revu depuis.

*Obs. II. — Névralgie faciale droite ancienne. Avulsions dentaires et névrectomies sans résultats.*

D... Jacques, soixante et un ans, cultivateur, se présente à la clinique de M. le professeur Pitres le 12 novembre 1901, pour une névralgie faciale dont il souffre depuis quinze ans.

Ses antécédents héréditaires n'ont rien de particulier. Lui-même a eu la rougeole à vingt et un ans et la variole à vingt-sept. Puis il eut pendant une année des douleurs violentes qui paraissent avoir été du rhumatisme musculaire. A trente ans un abcès de l'oreille droite s'est déclaré qui n'a été soigné par aucun médecin et qui lui a laissé de ce côté une surdité complète. Presque toute sa vie il a souffert des dents.

Il y a quinze ans, il a commencé à souffrir du côté droit de la joue. Après avoir employé inutilement beaucoup de médications, sur sa propre initiative il s'est fait arracher l'une après l'autre toutes les dents de la mâchoire inférieure du côté droit, d'abord celles qui étaient malades, puis même celles qui étaient saines. Chaque extraction était suivie d'un soula-

gement temporaire de quelques mois, après quoi la douleur reparaisait.

Le 22 mars 1896, à l'hôpital Saint-André M. le Dr Dudon lui réséqua le dentaire inférieur droit au niveau de l'épine de Spix par incision intra-buccale. Il resta à la suite seize mois sans souffrir, puis la névralgie reparut avec les mêmes caractères et un maximum au niveau du trou mentonnier. Le 11 novembre 1897, M. le Dr Beaudrimont pratiqua par la voie intra-buccale une nouvelle intervention sur le nerf maxillaire inférieur. Il eut un répit de dix mois. Les douleurs allant toujours en augmentant d'intensité il revient en novembre 1901, dans le service de M. le Dr Monod, qui l'envoie à M. Pitres.

*Etat le 12 novembre 1901.* — Le malade n'a pas de douleurs vraiment spontanées. Elles n'apparaissent que sous certaines influences, toujours les mêmes : la mastication, la parole, le seul fait même d'ouvrir la bouche ou de tirer la langue au dehors, l'acte de se moucher. Les douleurs qu'il ressent alors consistent dans des sensations rongeantes qui siègent au niveau de la partie droite du menton. Elles surviennent par crises, durant de quelques minutes à un quart d'heure, pendant lesquelles le malade gémit et exécute quelques mouvements de la mâchoire inférieure, mais sans se toucher. La douleur ne s'irradie que dans le maxillaire inférieur, elle ne s'étend ni au cou, ni au reste de la face. Mais la moitié droite de la langue est endolorie.

Pendant la crise le malade salive abondamment.

*Examen objectif.* — Il n'existe plus de dents à la mâchoire inférieure du côté droit. Elles existent toutes en haut. En haut et en bas les gencives sont saines. La gencive inférieure droite est douloureuse à la pression au niveau de l'alvéole vide de la canine, la première dent extraite au début de l'affection. Si, au lieu de presser simplement, on frictionne même faiblement la gencive on fait apparaître une crise.

L'aspect extérieur du visage ne présente rien de particulier du côté droit, à la simple inspection. L'émergence du nerf mentonnier est douloureuse à la pression. La sensibilité au contact et à la piqure est nettement diminuée dans une bande longitudinale étendue le long du bord inférieur du maxillaire et comprenant la moitié droite de la lèvre inférieure. La face interne de la joue droite et de la lèvre inférieure a sa sensibilité normale.

Les pupilles sont légèrement inégales,  $D > G$ .

Le 12 décembre 1901, on pratique, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne, deux injections de un demi-centimètre cube chacune, l'une dans l'épaisseur de la gencive inférieure droite dans la région de la canine et de la première petite molaire, l'autre au voisinage immédiat du trou mentonnier. Quelques minutes après, le malade peut remuer la langue, cracher et parler sans douleur. La pression sur les régions cocaïnisées est indolore et ne produit pas la crise comme à l'ordinaire.



Fig. 2. — Zone douloureuse (obs. 2).



Le 17 décembre 1901, on lui refait une autre injection de cocaïne qui produit un effet identique et le malade quitte le service.

Le 26 janvier 1902, il revient à l'hôpital, et raconte qu'il souffre moins, car il est toujours calmé momentanément en badigeonnant la gencive avec une solution forte de cocaïne. Depuis on ne l'a pas revu.

Obs. III. — *Néuralgie faciale droite dans la zone du sous-orbitaire datant de trois ans.*

B... Jean, cinquante ans, tailleur, vient à la clinique de M. le professeur Pitres le 22 décembre 1901.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Il n'a jamais fait de maladies graves. Pas de syphilis ni d'alcoolisme, ni de paludisme. Depuis quinze ans a toujours beaucoup souffert des dents.



Fig. 3. — Zone douloureuse (obs. 3).

Son affection actuelle a débuté il y a trois ans par une douleur au niveau d'une grosse dent de la mâchoire supérieure droite, venant par accès et irradiée dans la tempe, la région malaire et derrière l'oreille, surtout le jour. Il y a un an, il fit arracher la dent d'où partaient les élancements douloureux; huit jours après il fit arracher la troisième molaire de la mâchoire inférieure dont la pression était douloureuse. Pendant quatre mois ses douleurs s'apaisèrent sans disparaître complètement.

Elles avaient toujours les mêmes caractères et naissaient de l'alvéole vide à la mâchoire supérieure.

En octobre 1901, les douleurs reviennent aussi intenses qu'à leur première apparition. Les crises spontanées, toujours diurnes, commencent dès le lever, aussitôt que le malade voulait parler. Quand il gardait le silence il ressentait un agacement continu dans la région endolorie. Au début des repas invariablement éclatait une crise qui durait quatre à cinq minutes, après quoi il pouvait finir de manger sans crise nouvelle à la condition de se dépêcher. L'acte de se moucher réveillait les crises. L'opium, l'acétanilide et l'exalgine tour à tour le calmèrent incomplètement.

État le 21 décembre 1902. — Les douleurs ont encore les caractères qui viennent d'être relatés.

La face est un peu asymétrique, la joue droite apparaissant plus gonflée surtout au niveau du sillon naso-génien. Pas de différence de coloration d'un côté à l'autre. L'effleurement de la face avec le doigt est bien senti, mais ne réveille aucune douleur. La pression est douloureuse dans la fosse canine et au niveau du trou sous-orbitaire. Partout ailleurs elle est indolore. La sensibilité à la piqure est partout conservée. Toute la moitié droite de la mâchoire supérieure est dépourvue de dents. On voit un léger gonflement au niveau de l'alvéole de la deuxième petite molaire, enlevée il y a quatre jours. Toute cette partie de la gencive est douloureuse à la pression.

La mastication, la parole, l'action de se moucher ou d'éternuer, le tirail-

lement de la moustache du côté droit provoquent tout de suite une crise douloureuse.

Les pupilles sont égales. Le goût et l'odorat sont conservés. A plusieurs reprises, le 22 décembre, le 23, le 26, on lui fait une injection de 1 centimètre cube de la solution de cocaïne dans la fosse canine en passant par le repli gingivo-labial au-dessus du point le plus douloureux de la gencive. Chaque fois l'injection est suivie d'une analgésie complète de la région à la pression superficielle et profonde et de la disparition momentanée des crises douloureuses et de la sensation de douleur sourde que le malade ressent continuellement. Même dans l'ensemble, dans l'intervalle des piqûres, les crises sont moins fréquentes et moins intenses.

Le 27 décembre, on lui fait au même endroit une injection de 1 centimètre cube de la solution suivante :

Alcool à 90°.....	} à 10 grammes.
Eau distillée.....	

Le malade a une sensation de brûlure vive, qui dure quelques minutes. Le 6 janvier, le malade présentait dans la partie interne de la joue droite une petite plaque hypoesthésique du diamètre d'une pièce de cinq francs. Il se déclarait très amélioré, n'avait plus que quelques légers élancements de temps à autre en mangeant, mais plus de crises spontanées. Cet état se maintint jusqu'au 1<sup>er</sup> février.

A cette époque il revient accusant des douleurs nouvelles à point de départ différent, douleurs partant de la région mentonnière et s'irradiant dans le maxillaire inférieur du côté droit.

Le 3 février, injection d'alcool à 40° au niveau du trou mentonnier.

Le 7 février, il est présenté à la Société de médecine de Bordeaux, il se déclare guéri.

Le 8 mars, il est encore tout à fait bien portant, mais il éprouve une violente émotion morale et il voit recommencer ses douleurs à point de départ supérieur comme au début. On lui fait une nouvelle injection d'alcool à 50° dans la fosse canine. Il reste tout à fait bien portant jusque vers le 5 juillet 1902. A ce moment débutent des crises semblables aux premières, sauf l'intensité qui est bien moindre. Il revient demander une autre injection d'alcool qu'on lui pratique le 31 juillet.

Il revient le 11 décembre 1902 se plaignant de souffrir de nouveau depuis quelques jours dans un point un peu différent des précédents, un peu au-dessous de l'angle interne des paupières. Il est calmé en quelques jours par l'aconitine prise à la dose de 1 demi-milligramme par jour.

#### Obs. IV. — Névralgie faciale droite totale récente.

D. André, charbonnier, âgé de vingt-six ans, se présente à la clinique de M. le professeur Pitres le 21 janvier 1902, se plaignant de douleurs névralgiques dans la moitié droite de la face.

Il est fils d'un père asthmatique, mort à trente-neuf ans. Sa mère est morte d'accident après avoir toujours joui d'une excellente santé. Lui-



même a eu à quatorze ans des rhumatismes qui l'ont tenu deux mois au lit et il en a conservé des douleurs articulaires. Étant soldat il a eu un chancre probablement syphilitique. Il est fréquemment sujet à l'angine et au coryza. Il boit 1 à 2 litres de vin par jour, un petit verre tous les matins et à midi et de l'absinthe irrégulièrement.

Il a commencé à souffrir cinq semaines auparavant. La douleur a débuté dans la mâchoire inférieure droite, puis elle s'est étendue peu à peu à toute la moitié du visage. Elle était déjà nettement intermittente, survenait toutes les dix minutes, procédant par élancements qui partaient du milieu de la branche horizontale du maxillaire inférieur et s'irradiaient à la fois vers la région sus-orbitaire et vers l'oreille. Pendant les premiers jours la douleur fut très intense, puis elle s'apaisa en partie, mais le 20 janvier les élancements reprirent leur intensité du début, et c'est ce qui le décide à venir à l'hôpital.



Fig. 4. — Zone douloureuse (obs. 4).

État le 22 juin 1902. — *Caractères de la douleur.* — Elle se fait sentir sous deux formes, la première constituée par des élancements douloureux subintrants formant une crise douloureuse d'une dizaine de minutes environ. La douleur est très aiguë et s'irradie toujours suivant le même mode : partie des environs du trou mentonnier, elle suit le maxillaire inférieur, passe derrière

l'oreille, gagne la tempe et le front, d'où elle se rabat sur l'œil et sur la pommette. Le malade a cinq ou six crises par jour.

La seconde forme de la douleur qu'il ressent est représentée par de petites sensations douloureuses en éclair presque continuelles dans la région sous-mentonnière droite, s'irradiant quelquefois vers la fosse canine, et ceci d'une façon à peu près constante dans l'intervalle des grandes crises. Aussi bien lors de ses petites que de ses grandes douleurs la douleur est toujours *extérieure*, et il ne ressent rien dans la bouche, ni dans la moitié droite de la langue.

*Provocation des crises.* — Les grandes crises surviennent d'ordinaire spontanément. Le malade craint le froid et la trop grande chaleur. S'il marche contre le vent ou s'il se met dans un courant d'air la crise éclate de suite. La mastication, la parole, le bâillement ne la produisent pas.

La crise ne s'accompagne par de salivation, ni de larmoiement, ni d'aucun phénomène vaso-moteur ou convulsif du côté droit de la face.

*Examen objectif.* — D... ne présente pas d'asymétrie faciale.

La sensibilité à la piqûre est diminuée sur toute la moitié gauche du visage. Le goût est conservé sur la moitié droite de la langue.

La pression est douloureuse tout le long de la face externe de la branche horizontale du maxillaire inférieur. Il en est de même de la pression de la joue entre deux doigts si on l'exerce tout en bas à l'insertion sur le maxillaire inférieur. La pression des gencives est indolore.

La pression est très douloureuse sur le trou mentonnier, et à l'émer-

gence du sus-orbitaire. Elle l'est aussi mais à un degré moindre au niveau du trou sous-orbitaire, du trou malaire et un peu en avant du tragus.

La *dentition* est conservée en grande partie. A droite en haut la première grosse molaire n'a plus qu'une couronne cariée et découpée en chîcots. Il en est de même de la première molaire droite en bas. *La pression des gencives à ce niveau est indolore.*

Du côté gauche il y a plusieurs dents cariées en haut et en bas un point. L'examen des *cavités nasales* par M. le D<sup>r</sup> Brindel révèle du côté droit une hypertrophie du cornet inférieur.

Le sinus maxillaire est sain.

*La cocaïnisation superficielle du cornet inférieur hypertrophié amène la cessation complète des douleurs.*

Les *pupilles* sont inégales. La droite est un peu plus grande que la gauche. Elles réagissent à la lumière et à l'accommodation. Elles se dilatent légèrement lorsqu'on comprime le point sous-orbitaire droit.

Obs. V. — *Néuralgie faciale ou orbitaire datant de onze ans.*

A... Auguste, trente-trois ans, garçon de magasin, se présente à la clinique de M. le professeur Pitres le 31 janvier 1902, pour une néuralgie faciale du côté gauche.

Il a toujours été bien portant. Né à Bordeaux, il n'a jamais eu de fièvres intermittentes, ni syphilis. Il n'est pas alcoolique.

Son affection actuelle a débuté à l'âge de vingt-deux ans. Il souffrait des dents depuis quelque temps lorsqu'un jour, sans cause connue, il ressentit tout à coup des élancements dans tout le côté gauche de la face. Il se fit arracher la première petite molaire inférieure gauche qui lui en parut être le point de départ, mais la douleur ne fut pas modifiée. Jusqu'à l'âge de trente ans il souffrit ainsi presque constamment avec des exacerbations l'hiver et des rémissions l'été. Il y a trois ans, sans cause connue, les douleurs cessèrent. Elles ont reparu brusquement le 23 janvier 1902. Il venait de manger lorsqu'il ressentit des douleurs vives au-dessus des incisives et de la canine supérieure du côté gauche.

*État le 31 janvier 1902.* — Il éprouve une douleur sourde continuelle dans une zone large comme une pièce de cinq francs, occupant la face externe de la narine et la partie interne de la face gauche au-dessus de la naissance de la moustache. Sur cette douleur continue se greffent des élancements survenant spontanément le jour ou la nuit et surtout lors de la mastication rendue de ce fait très pénible. Les douleurs s'irradient alors dans la fosse sous-orbitaire et la paroi gauche du nez.

*Examen objectif.* — La pression est douloureuse, au niveau de l'émergence du nerf frontal externe, à l'angle externe de l'œil, au niveau de l'émergence du sous-orbitaire et dans la zone douloureuse sus-mentionnée.



Fig. 5. — Zone douloureuse (obs. 5).



Cette zone est hyperesthésique à la piqure. Le tiraillement de la moustache est plus douloureux à gauche qu'à droite.

Dans l'intérieur de la bouche il reste à la mâchoire supérieure droite les deux incisives et la canine, la deuxième incisive étant cariée et légèrement branlante, la première molaire qui est cariée profondément et réduite au collet, et la deuxième qui est intacte. Les 2 prémolaires ont été arrachées il y a huit ans. Dans la partie dépourvue de dents la gencive est plus rouge que dans la partie symétrique du côté opposé. Elle est hyperesthésique même à une pression légère. La pression forte dans le cul-de-sac gingivolabial au-dessus de la deuxième incisive supérieure gauche, est extrêmement douloureuse.

Pas de douleurs dans la langue. La salive au moment des crises s'écoule plus abondamment à gauche qu'à droite.

Les pupilles sont égales.

On pratique l'injection de 1 centimètre cube de la solution cocaïnée à 1/50<sup>e</sup> dans le repli gingivo-labial, au-dessus de la place vide de la première prémolaire. Cinq minutes après, cette région est anesthésique à la piqure et à la pression. Le malade ne souffre plus spontanément.

Le 3 février le malade revient : ses crises, dit-il, subsistent, mais elles ont diminué d'intensité. On lui fait l'avulsion de sa deuxième incisive et on lui ordonne de badigeonner ses gencives avec un mélange à parties égales de teinture d'iode et de teinture d'aconit.

Le 19 février le malade est très bien et ne souffre plus.

Oss. VI. — *Néuralgie faciale totale gauche datant de cinq mois.*

M... Amélie, quarante-quatre ans, piqueuse de bottines, entre le 26 février 1901 dans le service de M. le professeur Pitres pour une néuralgie faciale gauche datant de cinq mois.

Il y a dix ans qu'elle a cessé plus ou moins complètement de travailler, présentant depuis cette époque des troubles de la marche sur lesquels elle ne s'explique que d'une façon très vague. Elle ne sait à quoi attribuer le début de sa néuralgie.

*État le 26 février 1902.* — La néuralgie siège du côté gauche de la face. Elle est nettement intermittente. Les crises douloureuses surviennent soit spontanément (une toutes les heures environ) le jour ou la nuit, soit à la suite de causes provocatrices, la mastication, l'absorption de boissons surtout chaudes, la parole, la toux, les éternuements et le fait de se moucher. La crise apparaît brusquement : il semble à la malade « qu'on lui arrache une série de fils partant du bord inférieur de la mâchoire inférieure gauche et allant se terminer en traversant la face dans l'œil et la région temporo-pariétale ». En somme les douleurs naissent dans le maxillaire inférieur et s'irradient vers le haut de la face en éventail.

La crise dure au plus une minute pendant laquelle la malade reste les yeux hagards, la bouche ouverte, la respiration haletante, et pousse des gémissements en prenant sa tête entre ses mains. Dans l'intervalle des crises elle a un endolorissement continu, un « travail intérieur » dans la joue droite.

*Examen objectif.* — La face est asymétrique. Du côté gauche la commissure des lèvres est plus relevée et le pli naso-génien plus accentué que du côté droit. Il n'y a pas d'œdème de la face. La région du maxillaire inférieur, la pommette et la tempe du côté gauche sont douloureuses à la pression uniformément, sans exagération au niveau des points de Valleix. Toute cette zone est hyperesthésique à la piqure et à la température. Il n'y a pas de différence de coloration d'un côté à l'autre du visage.

Il lui manque à gauche quatre dents à la mâchoire supérieure et deux à la mâchoire inférieure. Elles ont été enlevées dans le but de guérir la névralgie, sans résultat appréciable; elles étaient du reste parfaitement saines. Le passage du doigt sur les gencives aussi bien en haut qu'en bas provoque presque constamment une crise. La malade ne souffre pas de la langue. Les muqueuses gingivales, labiale et buccale du côté gauche sont plus sensibles à la piqure que du côté droit.

Les pupilles sont égales et réagissent normalement à la lumière, à l'accommodation de la douleur.

Le 18 mars 1901, on pratique une injection de 1 centimètre cube de la solution cocaïnée sous la gencive qui recouvre le bord alvéolaire correspondant à l'alvéole vide des premières molaires inférieures. Quelques instants après la malade se sent notablement mieux, elle peut passer sa main sur sa lèvre inférieure; pendant un quart d'heure elle n'a pas eu de crise, puis elles reparaissent moins fortes pendant une heure.

Le 7 avril 1901, M. Bergonié lui applique une large électrode à trois branches sur la face gauche et élève progressivement le courant jusqu'à 45 milliampères, pendant vingt minutes. On le ramène ensuite à 0.

Après la cessation du courant la malade est souriante, elle parle et avale sans souffrir, et les frictions de sa joue gauche ne font pas éclater la crise.



Fig. 6. — Zone douloureuse (obs. 6).

Obs. VII. — *Névralgie faciale gauche datant de trois ans. Origine inconnue.*

P... Berthe, trente-quatre ans, se présente à la clinique de M. le professeur Pitres le 16 avril 1902, se plaignant d'une névralgie faciale du côté gauche.

C'est une femme qui a toujours été chétive et d'une constitution délicate. Elle souffre de la tête depuis 1889, avec des alternatives d'apaisement complet durant plusieurs mois, la douleur siégeant tantôt à la tempe droite, tantôt à la tempe gauche.

Depuis trois ans les phénomènes douloureux n'ont subi aucune rémission durable et la douleur s'est localisée définitivement à la tempe gauche.

État le 16 avril 1902. — La douleur vient par crises de durée très variable, les plus courtes étant d'une dizaine de minutes, les autres de une et deux heures, ou même durant une après-midi entière. La crise se



compose d'une série d'élançements qui partent toujours du même endroit, une zone large comme une pièce de cinq francs située sur la ligne qui joint l'extrémité externe de la fente palpébrale avec la partie supérieure de l'insertion de l'oreille. De là la douleur s'irradie dans l'œil et dans l'oreille et la tempe. Les crises sont spontanées, elles sont aussi provoquées par la



Fig. 7. — Zone douloureuse (obs. 7).

mastication et, quand la malade est dans une période particulièrement douloureuse, elle ne se nourrit que d'aliments liquides.

*Examen objectif.* — Il n'y a pas de déviation des traits, pas d'asymétrie, pas de différence de coloration d'un côté à l'autre. Cependant la peau paraît un peu plus chaude au niveau de la tempe gauche. Il existe de l'hypoesthésie dans une zone qui comprend les régions sus et sous-orbitaire, la tempe et l'oreille. Le frôlement du visage du côté gauche n'est pas douloureux. Il existe une légère douleur

à la pression aux points sus et sous-orbitaires de Valleix et dans la zone indiquée plus haut comme étant le point de départ des irradiations douloureuses.

La malade ne souffre pas de l'intérieur de la bouche. Néanmoins, depuis le début de son affection elle s'est fait arracher un certain nombre de dents, sans résultat d'ailleurs.

Le goût, l'odorat et l'ouïe sont conservés des deux côtés. La vue est bonne, mais elle a dû être soignée l'an passé à la clinique ophtalmologique.

Les pupilles sont égales et réagissent normalement à la lumière, à l'accommodation et à la douleur.

Le 17 avril on pratique une injection de 1 centimètre cube de la solution de cocaïne au point temporal d'où partent les douleurs. Cinq minutes après, cette région est devenue anesthésique à la pression, et la malade n'a plus d'élançements spontanés.

Le 18, elle revient et se déclare améliorée; elle a dormi la nuit, ce qu'elle n'avait pas fait depuis longtemps. En mangeant, sa douleur est revenue. La douleur à la pression du point temporal existe encore.

Le 1<sup>er</sup> mai, comme elle continue à souffrir, on lui fait au même endroit une injection de 1 centimètre cube d'alcool à 40°.

Le 13 mai, elle revient et raconte que pendant les deux jours qui ont suivi la dernière injection (alcool) elle a eu des douleurs toutes locales avec un léger gonflement de la région. Puis les douleurs névralgiques ont disparu presque complètement. Elle peut dormir, manger parfaitement. Mais il existe encore quelques petits élançements spontanés. Elle demande elle-même une seconde injection d'alcool, qu'on pratique séance tenante.

Elle revient le 29 souffrant encore un peu. L'hypoesthésie de la tempe a disparu. On lui fait une troisième injection d'alcool à 40°. Depuis elle n'est pas revenue.

Obs. VIII. — *Néuralgie faciale droite totale datant de cinq mois.*

B... Eulalie, trente-trois ans, ménagère, se présente le 11 mars 1903 à la consultation de M. le professeur Pitres, se plaignant de souffrir du côté droit de la face depuis quelques mois.

Les douleurs ont débuté au niveau des premières molaires supérieure et inférieure, puis elles se sont étendues à toute la moitié du visage.

Actuellement, la malade éprouve une *douleur continue* dans toute la moitié du visage, et des crises paroxystiques constituées par des élancements partant des premières molaires et s'irradiant en éventail dans l'œil, la tempe, la face, l'oreille, le côté droit du cou, les crises s'accompagnant de larmoiements; il n'y a pas de salivation, pas de douleurs irradiées dans la langue. Elles sont provoquées par le froid, mais surtout par la mastication.

La parole est sans action.

La malade s'est fait arracher récemment les deux premières molaires supérieure et inférieure, qui étaient gâtées et d'où partaient les douleurs. Les crises n'en ont pas été modifiées. Il ne lui manque pas d'autres dents du côté droit ni en haut ni en bas. L'extraction des molaires a été incomplète et en haut il est resté un morceau de racine dans la gencive.

La pression des gencives n'est nulle part douloureuse, sauf au niveau de l'alvéole supérieure vide.

Les pupilles sont égales, elles réagissent bien à la lumière, à l'accommodation et à la douleur provoquée par la pression gingivale.

Il n'y a pas de points de Valleix.

Le 19 mars on pratique une injection de un demi-centimètre cube de la solution cocaïnée au niveau de chaque alvéole vide. Quelques minutes après la pression n'y est plus douloureuse.

Le 20 mars, la malade revient et déclare qu'elle n'a souffert qu'à l'occasion des repas. On lui ordonne l'aconitine en commençant par 2/10 de milligramme pour atteindre progressivement un demi-milligramme.

Le 24 mars, elle ne souffre plus, même pendant les repas.

Il nous faut maintenant, suivant le plan que nous nous sommes tracé, examiner comparativement les divers éléments symptomatiques des huit observations précédentes.

#### *Caractères subjectifs de la douleur.*

1° *Ordre d'évolution dans le temps.* — A ce point de vue particulier il est assez remarquable de voir que sur les huit observations précédentes, une seule, l'observation II, offre l'exemple d'une douleur



Fig. 8. — Zone douloureuse (obs. 8).



vraiment intermittente, paroxystique, sans endolorissement continu. Les 7 autres paraissent être la répétition d'un même schéma : fond de douleur continue, se traduisant par des sensations variables, d'endolorissement, de fourmillement, de rongement, ou bien par une série discontinue de petits élancements rappelant en petit les grands paroxysmes; et surgissant de temps à autre spontanément, ou sous diverses influences extérieures, des paroxysmes courts très douloureux. Ceux-ci sont constitués par des sensations variables suivant les malades. C'est une brûlure (obs. I), une sensation rongeante indéfinissable (obs. II), mais le plus souvent c'est cette forme classique de la douleur névralgique que les malades appellent des élancements, et que quelques-uns comparent à un bouquet d'artifice éclatant dans la région douloureuse. Entre ces deux sortes de manifestations douloureuses il y a une autre différence essentielle : l'une, la douleur continue, est fixe, occupe toujours la même place généralement assez restreinte; l'autre, la douleur paroxystique, est *irradiée* autour d'un point de départ. En somme cet aspect particulier des douleurs névralgiques dans les névralgies faciales d'origine périphérique, cédant à la cocaïne loco dolenti, est assez généralement celui que les classiques, depuis Trousseau, donnent comme caractéristique de la névralgie simple.

2° *Topographie des zones douloureuses.* — Si on trace sur des schémas les contours des zones dans lesquelles les malades disent ressentir la douleur continue et si on représente dans chaque cas par des flèches les directions dans lesquelles s'irradient les douleurs paroxystiques, on obtient des zones généralement restreintes qui n'occupent qu'une partie d'un territoire nerveux. Le plus souvent dans le cas qui nous occupe, celui des névralgies d'origine périphérique, la zone douloureuse est localisée par le malade à la fois dans le maxillaire et dans la peau. Le maxillaire supérieur est en cause 3 fois (observations III, V et VIII), le maxillaire inférieur 3 fois (obs. II, IV et VI). Dans ce dernier cas la zone douloureuse correspond assez bien à la région du trou mentonnier; dans le premier cas par contre ce n'est pas dans la région du trou sous-orbitaire, mais plus bas au niveau de la fosse canine du maxillaire supérieur que se fait sentir le maximum de douleur. Dans deux autres observations la topographie est plus remarquable en ce sens que la douleur occupe seulement les téguments. Dans l'observation I, la zone douloureuse est située à la *face interne* de la joue; dans l'observation VII, elle occupe un espace relativement restreint de la tempe.

Les irradiations en dehors de cette zone, habituellement douloureuse, ne paraissent pas constantes puisque sur huit observations

on les retrouve seulement cinq fois (observations III, IV, VI, VII et VIII). Dans tous les cas elles ne se font pas suivant le trajet des nerfs intéressés, comme on l'écrit d'ordinaire dans les livres classiques. L'examen des schémas montre qu'elles paraissent seulement obéir à deux règles, toutes relatives, bien entendu.

1° Quand le point de départ siège dans la région du maxillaire inférieur, les irradiations se font en haut de préférence, vers l'œil et la tempe (obs. IV et VI).

2° Quand le point de départ est sur le maxillaire supérieur, il n'y a pas d'irradiations en bas et elles se font surtout vers l'œil, l'oreille et la tempe.

La topographie des douleurs spontanées apparaît donc comme assez irrégulière d'une façon générale dans les névralgies faciales d'origine périphérique. On ne peut pas cependant ne pas remarquer que ces douleurs siègent le plus souvent (6 fois sur 8) à la fois dans les maxillaires et dans la peau sus-jacente.

#### *Causes de provocation des crises paroxystiques.*

Les paroxysmes névralgiques dans les observations qui précèdent sont le plus souvent spontanés. Mais en dehors de leur ordre régulier de succession, il est de règle de voir apparaître des paroxysmes à l'occasion de différents actes qui ont pour caractère commun de mettre en mouvement les muscles de la face : la mastication, le bâillement, le fait de se moucher, la parole. Dans une observation, il n'y a même pas de crises spontanées et elles n'apparaissent que sous l'influence de ces causes (obs. II). Dans toutes les autres on les retrouve en plus ou moins grand nombre.

La *mastication* est la cause la plus fréquente des paroxysmes provoqués. Il n'y a que le malade de l'observation IV chez qui elle n'était suivie d'aucun effet douloureux. On la retrouve donc 7 fois sur huit.

Le *fait de se moucher* et les *éternuements*, la parole sont notés comme cause des paroxysmes trois fois (obs. II, III et IV). L'influence des excitations extérieures sur la provocation des crises est notée dans toutes les observations.

Les *frottements de la région endolorie* sont capables de provoquer la crise, à la condition d'être assez vifs, dans six cas au moins (obs. I, II, III, V, VI, VII). Parmi les actes de la vie quotidienne, l'acte de se raser est noté comme un des plus pénibles. Dans l'observation III et l'observation V c'est surtout le tiraillement des poils qui est pénible. Dans l'observation I, c'est le frôlement du blaireau et le frottement du rasoir. Il est à noter cependant qu'à l'exception de ce



dernier malade, il n'en est pas dans la série actuelle qui aient laissé pousser la barbe comme nous en rencontrerons plus loin des exemples.

L'influence du *froid* est notée deux fois (obs. IV et VIII). Elle est surtout manifeste dans l'observation VIII, où elle constitue la seule influence provocatrice. Elle se manifeste par l'ingestion de boissons froides, mais surtout par l'action des courants d'air.

En somme on voit que dans le groupe des névralgies faciales qui cèdent à la cocaïne loco dolenti, il n'en est pas une seule où l'influence des excitations périphériques ne soit manifeste en quelque manière et deux sont surtout à noter, la mastication et les frottements de la région endolorie.

### *Symptômes objectifs.*

Parmi les signes qu'on doit rechercher chez tout malade porteur d'une névralgie faciale, il n'en est pas auquel les classiques donnent plus d'importance que la *douleur provoquée par la pression aux points d'émergence des nerfs*, dont Valleix a donné pour chaque névralgie une description minutieuse. Nous avons recherché dans nos observations la douleur provoquée aux points sus et sous-orbitaires et au point mentonnier, quelle que fût du reste la localisation de la zone douloureuse. Dans toutes les observations précitées les zones douloureuses spontanément le sont aussi à la pression profonde, sans que cette douleur soit toujours le point de départ d'un paroxysme, fait qui, comme on l'a vu plus haut, ne se produit que 6 fois sur huit. Encore faut-il que dans ce dernier cas il y ait excitation très énergique et friction plutôt que pression. Quoi qu'il en soit, dans les cas où la douleur spontanée a son point de départ dans les maxillaires, c'est la gencive qui est douloureuse à la pression (obs. II, III, IV). Dans les autres cas c'est la pression de la peau (obs. VII) ou de la peau entre deux doigts (obs. I, VI et VIII).

Cette douleur provoquée par la pression au point de départ des irradiations douloureuses spontanée paraît donc être un caractère général du groupe qui nous occupe actuellement.

La douleur provoquée par la pression des points de Valleix n'est pas aussi constante puisqu'elle manque dans trois cas sur huit (obs. I, VI et VIII). On la retrouve dans tous les autres et elle peut présenter ce caractère remarquable d'apparaître sur des nerfs qui ne sont pas douloureux spontanément. C'est ainsi que dans l'observation IV, où la névralgie a son siège dans le maxillaire inférieur, le point sous-orbitaire et le point mentonnier sont tous deux douloureux à la pres-

sion. Dans les observations V et VII, les points sus et sous-orbitaires sont également douloureux. Par contre, dans les observations II et III, la douleur à la pression ne se montre qu'au point correspondant à la zone spontanément douloureuse. L'existence de la douleur provoquée aux points de Valleix, sans être absolument constante, a donc une certaine importance dans la symptomatologie de ce groupe de névralgies faciales.

L'anesthésie cutanée, ou plutôt l'hypoesthésie est mentionnée quatre fois, dans les observations I, II, IV et VII. Cette hypoesthésie au tact et à la piqure peut coïncider avec une hyperesthésie à la pression profonde comme dans l'observation VII. Une seule fois (obs. VI) il existait une hyperesthésie du tégument à la piqure. Dans tous les autres cas la sensibilité objective ne présentait rien d'anormal.

Les phénomènes qui accompagnent quelquefois les paroxysmes de la névralgie faciale, phénomènes spasmodiques (tic facial), sécrétoires, vaso-moteurs sont assez rares dans la série présente. Seul le malade de l'observation II présente quelques mouvements de mâchonnement au moment des crises. La salivation exagérée au moment des crises se retrouve seulement chez ce même malade, et chez celui de l'observation V. On peut donc considérer les symptômes spasmodiques et sécrétoires comme exceptionnels dans la forme de névralgie que nous étudions.

Enfin rappelons que dans tous ces cas les réactions pupillaires, à la lumière, à l'accommodation et à la douleur provoquée sont normales.

Il nous est maintenant possible de refaire de façon synthétique une sorte de schéma de ce type de névralgie faciale qui a pour caractère principal de voir ses paroxysmes cesser momentanément par l'action de la cocaïne loco dolenti, en réunissant les symptômes les plus constants rencontrés au cours de notre analyse. Ces symptômes principaux sont :

1° L'existence d'un endolorissement continu entre les paroxysmes névralgiques, endolorissement siégeant dans une zone plus limitée que le territoire de distribution du nerf correspondant;

2° La possibilité de faire éclater cette crise :

a) Par la mastication, ou le bâillement, la toux, etc.;

b) Par les excitations énergiques de la zone douloureuse;

3° L'existence constante d'une douleur provoquée par la pression profonde de cette zone;

4° La constatation fréquente de la douleur provoquée aux points de Valleix.

Accessoirement on peut y ajouter :



- 1° L'existence fréquente de troubles de la sensibilité à la piqure;
- 2° L'absence fréquente de symptômes spasmodiques sécrétoires;
- 3° L'état normal des réactions pupillaires.

On peut remarquer qu'il n'est pas fait état pour établir ce schéma des caractères dont se servent le plus les auteurs qui ont écrit dans ces dernières années sur la névralgie faciale, nous voulons dire l'intensité des douleurs et leur ténacité. Le premier de ces caractères est vraiment trop difficile à traduire d'une façon objective, outre qu'il est impossible d'établir des termes comparatifs entre beaucoup de malades, pour qu'on puisse en tirer réellement parti au point de vue qui nous occupe. Quant au second, qui est la durée des symptômes douloureux et leur résistance aux moyens thérapeutiques, nous réservant d'y revenir quand nous aurons fait l'analyse des observations de névralgies d'origine centrale, nous devons dès maintenant établir les données que nous fournissent à ce point de vue nos huit observations.

Pour trois malades la névralgie est relativement récente, un mois et demi (obs. IV), cinq mois (obs. VI et VIII). Mais pour les autres la durée est déjà beaucoup plus longue, trois ans (obs. III et VII), cinq ans (obs. I), onze ans (obs. V), quinze ans (obs. II). Dans les observations III et I les tentatives de thérapeutique médicale avaient toutes échoué. Le malade de l'observation II, outre un grand nombre d'avulsions dentaires injustifiées qu'on rencontre aussi dans les observations III et V, avait subi deux névrectomies avec le résultat habituel, c'est-à-dire une période d'apaisement d'un an environ suivie de récurrence.

Cette étude de la durée et de la ténacité des névralgies faciales de cause périphérique se lie à leur étude étiologique.

Nos huit observations ne nous fournissent malheureusement sur ce dernier point que des renseignements très incomplets. L'origine dentaire est probable pour les observations III, V, VI et VIII, non pas tant du fait des lésions de carie trouvée dans la bouche, qu'en raison du siège du point de départ des douleurs dans une alvéole vide.

Dans l'observation VI, où les douleurs ont cessé par la cocaïnisation du cornet inférieur hypertrophié, l'origine nasale ne paraît pas faire de doute. Pour les autres observations on est dans l'incertitude.

## II. — NÉVRALGIES FACIALES D'ORIGINE CENTRALE.

Nous étudions dans ce groupe toutes les observations où la cocaïne loco dolenti a eu des effets *négatifs*. Il a été dit plus haut pour quelles raisons on ne pouvait faire la distinction des névralgies funiculaires et ganglionnaires. On verra par contre qu'il est possible, dans une cer-

taine mesure, d'établir une division importante dans ce groupe des névralgies d'origine centrale.

OBS. IX. — *Névralgie faciale droite. Interventions chirurgicales sans résultats durables.*

T..., soixante-dix-sept ans, est vu par M. le professeur Pitres le 13 mars 1901.

Il souffre depuis dix ans, à intervalles irréguliers, avec des arrêts de six à huit mois, de névralgie faciale droite. La douleur a toujours eu pour point de départ le maxillaire supérieur au-dessus de la racine de la canine droite. Un an auparavant on avait fait la section du nerf sus-orbitaire, six mois plus tard celle d'une branche du nerf maxillaire supérieur (le malade présente une grande cicatrice au niveau de la région malaire), sans résultats durables.

Actuellement, le malade souffre par crises survenant le plus souvent sans provocation extérieure, quelquefois la nuit pendant le sommeil. Les crises sont provoquées aussi par la mastication, l'ingestion des boissons chaudes ou froides, par le bâillement, l'éternuement et à certains moments par de simples frôlements du crâne, le frissement des moustaches; en un mot, les excitations périphériques les plus banales et les plus légères. Mais ces excitations appliquées aussitôt la crise sont sans effet.

Les crises sont brèves (30 secondes) et la douleur rappelle celle d'une rage de dents. Les intervalles sont indolores.

Le malade n'a plus une seule dent ni en haut ni en bas. Sur le rebord alvéolaire droit, au niveau de la canine supérieure absente il existe quelques rugosités sous-gingivales dont le contact provoque une crise. Mais si ce contact est exercé aussitôt une crise, il ne s'en produit pas une nouvelle.

On conseille au malade le traitement mixte de Seguin par le sirop de Gibert et l'aconitine. En mars 1902, il revient : il a été amélioré pendant une vingtaine de jours par le traitement, puis les crises ont repris leur intensité et leur fréquence d'avant.

M. Pitres lui fait, le 20 mars 1902, une injection de chlorhydrate de cocaïne (1 centimètre cube de solution à 2 p. 100) au-dessus du cul-de-sac gingival recouvrant la partie du maxillaire supérieur où se trouvait jadis implantée la canine droite. Puis les jours suivants il en fait d'autres à la même place. Toujours le résultat est complètement négatif. Les crises douloureuses ne sont modifiées en aucune manière.

Le 15 mai le malade revient. Depuis quelques jours il est notablement soulagé par l'exalgine.

OBS. X. — *Névralgie faciale droite rebelle. Guérison par le traitement opiacé intensif.*

Mme Ch..., cinquante-six ans, sans profession, d'une bonne santé habi-



Fig. 9. — Topographie de la douleur (obs. 9).



tuelle, commença il y a huit mois, à éprouver des douleurs dans la joue droite, consistant dans de petits élancements douloureux et rapides qui survenaient à plusieurs reprises dans la journée. Tout d'abord la malade n'y prit pas garde et attribua son affection à un refroidissement. Mais les douleurs augmentèrent de fréquence et d'intensité; elles apparurent bientôt à l'occasion des repas, d'efforts de toux, de conversations prolongées. Mme Ch... avait à ce moment un grand nombre de dents cariées et de chicots; elle se fit arracher les unes et les autres. Chaque extraction était suivie d'une période de calme relatif, puis les douleurs reprenaient chaque fois plus intenses et plus fréquentes. Elle se fit alors extirper les dents saines qui restaient, sans aucun résultat. Elle avait cependant de véritables dents fantômes, car elle fait remarquer qu'au moment de ses crises il lui semblait posséder encore toutes ses dents et elle en souffrait cruellement, comme si elles avaient été chacune dans son alvéole.

Enfin, elle se présenta à la consultation de M. le professeur Pitres, le 15 janvier 1902.

*État le 15 janvier 1902.* — Les crises douloureuses débutent subitement à tout instant de la journée sous l'influence d'efforts de toux, dans les mouvements de la mastication ou quand la malade parle un peu longuement. Les sensations de froid ou de chaud ne paraissent pas les réveiller. La douleur part de la commissure droite des lèvres et s'étend immédiatement sur la joue, se propage vers l'oreille en dehors et la moitié droite de la langue en dedans; elle épargne toujours l'œil et le front. Elle consiste en piqûres excessivement désagréables et en élancements douloureux très pénibles. En même temps apparaît une salivation abondante. Ces crises se répètent un grand nombre de fois dans la journée, plus rarement dans la nuit.

En dehors des crises paroxystiques la malade éprouve d'une façon permanente des sensations moins douloureuses, mais gênantes cependant, dans les mêmes régions, avec un maximum au niveau de la commissure labiale droite.

Aucun point d'émergence nerveux n'est douloureux spontanément ou à la pression. La friction des alvéoles ne provoque ni douleurs ni crise paroxystique. La malaxation de la face et spécialement des régions d'où part d'ordinaire la douleur, est également indolore.

Les pupilles sont égales. Elles ne réagissent pas à la douleur.

Les deux côtés de la face sont symétriques, la sensibilité cutanée de la muqueuse est partout conservée, les organes des sens sont sains.

La malade n'a pas de tare diathésique, ni névropathique. Avant de venir à la consultation elle a usé sans résultat d'un grand nombre de médications.

On pratique aussitôt une injection de un centimètre cube d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 p. 100, à un demi-centimètre en dehors de la commissure labiale. La cocaïne détermine en quelques minutes une zone hypoalgésique à la piqure des dimensions d'une pièce de cinq francs. Néanmoins les élancements douloureux persistent, moins aigus peut-être pendant toute la durée de l'action de la cocaïne.

Dans les jours qui suivent la malade se déclare très améliorée. On lui fait, le 20, une injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'alcool à 40° au point précis où avait été faite l'injection de cocaïne.

Trois jours plus tard la malade n'a plus de grandes crises et peut tousser, manger, parler sans en provoquer le retour.

Cet état dans lequel elle fut présentée à la Société de Médecine de Bordeaux par M. le Dr Abbadie le 24 janvier 1902, dure jusqu'à la fin de janvier. A ce moment les élancements reparaissent. Les pilules de Méglin la calment pour un temps.

Le 18 mars 1902, la névralgie est revenue aussi vive et aussi fréquente qu'au premier examen. Une nouvelle injection d'alcool à 60° ne donne aucun résultat.

On essaie du traitement anti-syphilitique par les injections de bi-iodure de mercure également sans résultat.

Enfin le 4 juillet 1902 on commence un traitement par l'extrait thébaïque à doses progressives.

Elle est arrivée progressivement à 30 centigrammes par jour et le continue avec des intermittences. Depuis le mois de décembre 1902, jusqu'en mai 1903, elle n'a plus eu de paroxysmes, mais quelquefois de petites douleurs supportables qui paraissent surtout provoquées par le froid. Elle continue à prendre de l'opium de temps en temps.



Fig. 10. — Topographie de la douleur (obs. 10).

OBS. XI. — *Névralgie faciale droite rebelle. Interventions chirurgicales multiples. Ponction lombaire. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.*

Marie B..., quarante-sept ans, domestique, entre pour la première fois à l'hôpital Saint-André le 17 mars 1902, se plaignant de douleurs à type névralgique localisées dans la moitié droite de la face.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Elle-même est originaire du Lot et habite Bordeaux depuis une douzaine d'années. Dans son enfance elle eut plusieurs affections fébriles, la fièvre typhoïde, la rougeole et probablement la scarlatine. Elle a eu la chlorose vers l'âge de vingt ans. Depuis l'âge de douze ans elle dit avoir constamment souffert des dents, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, et elle a dû en faire arracher un grand nombre. Elle n'a jamais été mariée, affirme être vierge. Depuis un an ses règles ont cessé.

La maladie actuelle a débuté il y a une quinzaine d'années. Après un refroidissement elle ressentit une vive douleur dans la région du trou mentonnier du côté droit. Cette douleur, plutôt agaçante que véritablement intolérable, comme elle l'est devenue depuis, s'apaisa au bout de quelques jours. Après un mois d'accalmie elle revint de nouveau avec les caractères du début. Elle était discontinue, apparaissait par crises courtes ne durant que quelques secondes et apparaissant toutes les cinq minutes environ. Pendant la crise elle était soulagée par l'application de la main sur la région douloureuse.



Elle commença dès lors de consulter un grand nombre de pharmaciens, de médecins et d'empiriques, prit une énorme quantité de remèdes simples ou bizarres, sans aucun résultat.

Cet état dura deux ans, pendant lesquels la douleur resta cantonnée au même endroit. Puis les crises devinrent plus intenses et plus longues. Elles durèrent jusqu'à un quart d'heure, mais n'apparurent plus que toutes les demi-heures ou toutes les heures. Elle entra dans le service de M. le professeur Demons, qui lui fit en avril 1889 la résection du nerf dentaire infé-



Fig. 11. — Topographie de la douleur (obs. 11).

rieur droit. Elle resta environ un an sans souffrir, puis les douleurs réapparurent au même point. Elle revint trouver M. Demons, mais elle fut soulagée par des moyens médicaux et resta cinq années sans souffrir.

En 1894, la douleur réapparut dans le maxillaire inférieur, et en même temps s'installa dans la région sous-orbitaire droite, pour s'étendre rapidement à toute la joue et la tempe du même côté. Les crises devinrent très longues et d'une intensité extrême. Apparaissant aussi bien le jour que la nuit, elles empêchaient tout sommeil. M. le professeur Bergonié lui fit subir cinq séances d'électrisation par son procédé, mais elle n'en retira aucune amélioration.

M. Demons pratiqua de nouveau la résection du nerf dentaire inférieur droit, et fit en même temps l'arrachement du sous-orbitaire. Pendant un an elle fut complètement soulagée, puis la douleur reparut, mais seulement au niveau du maxillaire inférieur. En 1897, souffrant toujours, elle revint voir M. Demons, qui lui réséqua pour la troisième fois le nerf dentaire inférieur droit. Après un an de soulagement on lui fit une quatrième résection, qui lui procura une nouvelle accalmie de même durée.

Depuis 1900 elle a recommencé de souffrir avec des accalmies plus ou moins longues. Depuis le mois de janvier 1902 la douleur siège dans le maxillaire inférieur et dans la région sous-orbitaire.

A cette époque la malade vint voir M. le professeur Pitres, et fut soulagée de façon notable par le traitement opiacé. Cependant, les douleurs subsistant quoique atténuées, elle se décida à entrer dans son service le 17 mars 1902.

*État le 21 mars 1902.* — La douleur dont se plaint la malade est nettement intermittente. La crise apparaît tout d'un coup. La douleur part d'un point situé à un travers de doigt en arrière de la commissure labiale droite et s'irradie de là dans toute la joue droite. Puis au bout de deux à trois minutes la crise cesse brusquement. Après un intervalle indolore et qui dépasse rarement dix minutes une autre crise apparaît. Pendant tout le temps qu'elle dure, la malade se couvre la mâchoire avec son mouchoir et fait entendre un petit bruit de mâchonnement avec des gémissements étouffés.

La mastication et la déglutition des éléments liquides ou solides provo-

quent les crises. La friction, même énergique, des gencives ne provoque pas la crise. La malaxation de la joue faite quelques minutes après une crise en fait immédiatement éclater une seconde. Mais elle reste sans effet si elle est pratiquée aussitôt après qu'une crise vient de se terminer.

La *dentition* est très mauvaise. A droite, en haut, il manque la canine, la première et la troisième grosse molaire. En bas et à droite toutes les grosses molaires sont absentes. Les dents restantes de ce côté sont presque en entier recouvertes par une épaisse couche de tartre.

Il n'y a pas de douleur à la pression aux points de Valleix.

La *sensibilité* objective de la face à la piqure, au contact et à la température, est normale et égale des deux côtés. Il n'y a pas de différence de coloration d'un côté à l'autre de la face.

Les sécrétions nasales, lacrymales et salivaires se font également bien à droite et à gauche.

Les *pupilles* sont inégales, la droite étant légèrement plus grande que la gauche. Elles réagissent bien à l'accommodation, *pas à la lumière*, et très faiblement à la douleur. Pendant les crises elles restent immobiles.

La malade fut améliorée à ce moment par les pilules de Méglin.

Elle revint au service le 30 octobre 1902, souffrant derechef. On constata ce jour-là qu'une injection de un centimètre cube de chlorhydrate de cocaïne à 2 p. 100 faite au point de départ des crises n'empêchait pas les crises de survenir avec leurs intervalles et leur intensité ordinaires. L'injection loco dolenti d'alcool à 90° ne produisit aucun effet.

Les traitements par l'opium à dose normale, puis par l'extrait de belladone et enfin par le sulfate de stychnine ne produisirent qu'une amélioration peu appréciable.

Le 25 novembre 1902 on lui pratiqua la *ponction lombaire*, qui donna issue à quelques gouttes de liquide parfaitement limpide et dans lequel l'examen cytologique montra l'existence d'une *lymphocytose abondante*.

A partir de ce jour les crises paroxystiques disparurent complètement. Il lui resta seulement une petite douleur insignifiante produite par la mastication et la déglutition du point d'où partaient auparavant les élancements, mais sans irradiation. En ce point la pression reste douloureuse, mais ne provoque pas de crise. L'état des pupilles reste comme auparavant.

Le 20 décembre la malade sort de l'hôpital dans le même état, n'ayant pas eu de crise depuis un mois et se déclarant très satisfaite.

#### Obs. XII. — Névralgie faciale droite datant de trois ans.

Mme C..., soixante-sept ans, se présente à M. le professeur Pitres le 7 avril 1902, se plaignant d'une névralgie faciale du côté droit.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Il y a trois ans, sans cause connue, alors qu'elle s'était couchée le soir bien portante, elle fut réveillée dans la nuit par une douleur au niveau de la joue droite, douleur intense comparable à celle que produiraient plusieurs aiguilles traversant simultanément la joue. Cette crise fut plus intense que toutes celles qui ont suivi.



Pendant cinq mois elle a continué de ressentir par intermittences des élancements et des sensations de brûlure dans la joue droite. Puis survint une accalmie de six mois, après quoi la névralgie reparut avec des accalmies de temps à autre.

État le 17 avril 1902. — Il y a un mois et demi que les douleurs ont recommencé, sans cause connue. La crise douloureuse survint d'une façon



Fig. 12. — Topographie de la douleur (obs. 12).

brusque. La malade ressent dans la joue des piqures, suivies de sensations de brûlure interne, exactement au milieu de la joue droite. Chaque crise ne dure que quelques secondes, mais il y en a souvent un grand nombre qui se suivent sans répit pendant quinze à vingt minutes, continuant un véritable état de mal. Entre les crises elle ne souffre pas.

Les crises sont spontanées, mais elles sont aussi provoquées par la mastication, le fait de se moucher et quelquefois par la parole et l'ingestion de boissons froides.

Il n'y a aucun point de Valleix. On peut presser et frotter toutes les parties droites des gencives et le côté droit de la face sans provoquer aucun phénomène douloureux.

A la fin des crises il s'écoule un peu de liquide muqueux de la narine droite et l'œil droit est larmoyant.

La sensibilité objective de la joue droite est normale sur la face externe et sur la face interne.

Les pupilles sont égales. Elles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Elles ne réagissent pas à la douleur, et ne se dilatent pas pendant les crises.

Il ne reste à la mâchoire inférieure du côté droit que deux dents. En bas elles existent encore toutes. Les dents d'en haut qui manquent ont été enlevées les unes cariées, les autres étant parfaitement saines, au cours de la névralgie, sans aucun résultat du reste.

Une injection de chlorhydrate de cocaïne à 2 p. 100 est pratiquée sous la peau de la joue dans la zone douloureuse. Elle provoque une sensation d'engourdissement, mais n'empêche pas l'apparition de la crise. Il est vrai que le malade souffre alors au-dessus du point de l'injection.

Revue le 21 avril, on lui conseille un traitement interne à base de sulfate de strychnine.

Obs. XIII. — *Névralgie faciale gauche datant d'un an.*

Veuve P..., quatre-vingt-deux ans, se présente en mai 1902 à la consultation de M. le professeur Pitres, se plaignant de névralgie faciale gauche.

Elle a toujours été sujette aux migraines. Mais sa maladie actuelle ne remonte qu'à un an. A cette époque elle a commencé de souffrir de la gencive supérieure gauche au niveau de la canine, seule dent restante. On

avait dû lui arracher toutes les dents les unes après les autres, à la suite de carie vulgaire douloureuse.

Chaque fois, l'ablation de la dent malade amenait la disparition des douleurs. Aussi dès qu'elle ressentit les douleurs gingivales précitées elle n'hésita pas à faire arracher sa dernière dent. Pendant trois semaines elle ne souffrit plus, puis les douleurs reparurent.

Au moment de l'examen, elle se plaint d'une douleur localisée à la gencive supérieure gauche, au niveau de l'alvéole vide de la canine. Cette douleur est nettement intermittente et procède par élancements isolés, laissant entre eux des intervalles absolument indolores et d'une durée qui varie de quelques heures à plusieurs jours. Les crises douloureuses sont provoquées par la parole, la mastication, et l'ingestion de boissons froides. Elles s'accompagnent de quelques grimaces et de pleurs. La douleur reste localisée dans la gencive, la malade ne souffre ni de la peau de la face, ni de la moitié gauche de la langue.



Fig. 13. — Topographie de la douleur (obs. 13).

L'examen objectif ne révèle aucune douleur à la pression aux points de Valleix. La sensibilité de la peau de la face et de la muqueuse gingivale et buccale du côté gauche est conservée au contact et à la piqure. La friction de la gencive supérieure gauche n'est pas douloureuse, et ne provoque pas la crise névralgique.

Les deux yeux présentent une légère opacité du cristallin. Il n'y a rien de pathologique du côté des voies lacrymales. L'examen des fosses nasales et du pharynx est négatif.

Les pupilles sont égales et réagissent normalement à la lumière, à l'accommodation et à la douleur.

On pratique au niveau du point de départ des douleurs une injection d'un demi-centimètre cube de la solution cocaïnée dans l'épaisseur de la gencive. Mais quelques minutes après, spontanément, les élancements douloureux reparaissent au même endroit.