

Bibliothèque numérique

medic@

**VERGER, H. - Essai de classification
de quelques névralgies faciales par
les injections de cocaïne loco dolenti
(2ème partie)**

*In : Revue de médecine, 1904,
pp. 134-164*



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?91143x1904x02>

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^e

1904

ESSAI DE CLASSIFICATION DE QUELQUES NÉVRALGIES FACIALES PAR LES INJECTIONS DE COCAÏNE LOCO DOLENTI

Par le D^r H. VERGER,

Médecin des hôpitaux de Bordeaux.

(Suite et fin¹.)

OBS. XIV. — *Névralgie faciale droite. Amélioration par le traitement opiacé intensif.*

V..., soixante et un ans, cultivateur, se présente le 26 décembre 1902 à la clinique de M. le professeur Pitres.

Dans ses antécédents personnels, on note seulement qu'il a toujours été sujet aux maux de tête. En septembre 1900, sans cause connue, il eut une première crise névralgique dans le côté droit de la face. Il se fit alors arracher quatre dents de ce côté à la mâchoire supérieure sans résultat.

Depuis cinq mois les crises sont devenues plus fréquentes et plus douloureuses. Elles durent de vingt à trente secondes, rarement plus, et reviennent environ tous les quarts d'heure la nuit et le jour. La crise débute par une sensation douloureuse dans les tissus de la joue, un peu en dehors et en bas de la commissure labiale, et de là la douleur monte vers l'œil et le front. Pendant la crise l'œil droit pleure, la moitié du visage rougit visiblement. Il ne fait aucune grimace et ne se frotte pas le visage. Il reste immobile, sans paroles, retenant sa respiration. La crise cesse brusquement. Entre les crises il ne souffre nullement. Les crises surviennent spontanément. Elles sont aussi provoquées par la parole, la mastication, l'ingestion des boissons chaudes ou froides, mais ces actions n'agissent qu'autant que la crise précédente est passée depuis quelques minutes.



Fig. 14. — Topographie de la douleur (obs. 14).

Les points de Valleix ne sont pas douloureux à la pression. La friction de la peau de la face et des muqueuses de la bouche et des gencives du côté droit est indolore si elle est pratiquée aussitôt après une crise douloureuse, mais si on fait cette manœuvre alors que la crise précédente est déjà éloignée, il s'en produit une nouvelle.

La sensibilité cutanée est partout normale.

La dentition est très diminuée. En haut et à droite il ne reste que les

1. Voir le numéro de janvier 1904.

deux incisives et une grosse molaire. En bas les grosses molaires manquent.

Les pupilles sont égales. Elles réagissent normalement à la lumière, *mais ne réagissent ni à l'accommodation, ni à la douleur*. Elles ne se dilatent pas pendant les crises.

L'œil droit a de la conjonctivite, et il y a un peu d'épiphora continu, mais la vue est bonne.

Rien du côté des fosses nasales et du pharynx.

Le 26 décembre on fait une injection de cocaïne au niveau du trou mentonnier (1 cent. cube de solution à 2 p. 100), mais six minutes après le malade a une nouvelle crise en tout semblable aux précédentes.

Le 28 on lui fait une injection semblable dans l'épaisseur de la joue au niveau du point de départ des douleurs, mais deux minutes après une crise se déclare spontanément.

Une pulvérisation de chlorure d'éthyle sur la face au moment d'une crise ne l'arrête pas.

Dans les jours qui suivent le malade est calmé par l'opium, mais il quitte l'hôpital très vite.

Obs. XV. — *Néuralgie faciale droite durant depuis trente-trois ans avec de longues accalmies.*

B.... Léonard, âgé de cinquante-huit ans, ligottier, se présente le 5 janvier 1903 à la clinique de M. le professeur Pitres.

Il souffre de la joue depuis 1870, soit depuis trente-trois ans, mais irrégulièrement. Il a eu tout ce temps de véritables attaques de néuralgie faciale survenant spontanément, durant quelques jours et disparaissant ensuite pendant des années. C'est ce qui fait qu'il n'y prêta qu'une médiocre attention.

Depuis un an la néuralgie s'est installée d'une manière permanente, sans qu'il puisse du reste rapporter cette aggravation à une cause connue.

La crise douloureuse débute par une sensation de picotement ayant son origine au sommet du nez et à la commissure labiale droite, qui remonte le long de la joue droite et gagne la moitié droite du front. Cette sensation est douloureuse et s'accompagne d'occlusion spasmodique de l'œil droit et d'élévation de la commissure labiale du même côté.

Les crises sont extrêmement rapprochées et très courtes : quelques secondes au plus. Elles surviennent presque toutes les minutes.

Dans l'intervalle il n'existe aucune douleur. Les crises spontanées augmentent de fréquence et d'intensité à certains moments de la nuit; alors le fait de s'asseoir sur le lit les apaise momentanément.

Au dire du malade, ni la parole, ni la mastication, ni l'ingestion de boissons chaudes ou froides n'ont d'influence apaisante ou provocatrice sur l'apparition des crises.



Fig. 15. — Topographie de la douleur (obs. 15).

Examen objectif. — La dentition du malade est restreinte. A droite et en haut, il existe seulement la deuxième grosse molaire. En bas les incisives, la canine, la première prémolaire et la deuxième grosse molaire subsistent. La pression sur les points de Valleix n'est douloureuse nulle part. La friction de la joue et des gencives et la pression du globe oculaire sont indolores et ne provoquent pas de crises.

La sensibilité au contact et à la piqure est partout conservée, sur la peau et les muqueuses.

Il n'y a rien d'anormal du côté de l'œil, des voies lacrymales ou des fosses nasales.

Enfin pas de troubles vaso-moteurs de la joue droite.

Les pupilles égales réagissent des deux côtés normalement à la lumière, à l'accommodation et à la douleur.

L'injection au niveau de la commissure labiale de un centimètre cube de la solution cocaïnée ne supprime pas les crises douloureuses.

On conseille au malade le traitement par l'extrait thébaïque à doses progressives. Depuis, il n'est plus revenu.

Obs. XVI. — *Tic douloureux de la face du côté droit. Insuccès du traitement opiacé intensif.*

B.... Paul, quinze ans, garçon de magasin, entre dans le service de M. le professeur Pitres, salle 16, lit 14, le 26 février 1901, se plaignant de névralgies dans le côté droit de la face.

Fils d'une mère sujette à des attaques de vertige (?), lui-même a toujours été bien portant jusqu'au début de sa maladie actuelle.

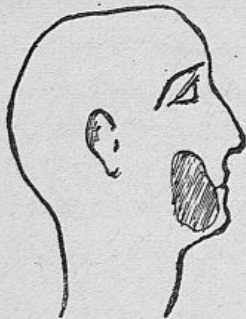


Fig. 16. — Topographie de la douleur (obs. 16).

Il y a trois ans, brusquement et sans cause connue, il ressentit dans la joue droite une sensation de fourmillement et de trémulation, qu'il compare à celle qu'aurait produite le passage d'un courant électrique, puis des crises semblables de courte durée se répétèrent un grand nombre de fois par jour, pendant lesquelles il grimaçait et tordait la bouche. La crise cessait brusquement. Il ne se rappelle pas que ce début ait coïncidé avec un traumatisme, un refroidissement local ou une maladie infectieuse.

Jusqu'à il y a six mois, il resta dans cet état plutôt incommodé que réellement souffrant. En septembre 1900, à la suite d'une course en voiture découverte de deux heures de durée, par un temps assez frais, il ressentit une première crise différente des précédentes et en tout semblable à celles qu'il présente actuellement.

État le 4 mars 1901. — Le malade souffre de la joue droite par intermittences. La douleur survient par crises entre lesquelles le malade ne souffre en aucune manière. Elle consiste dans un fourmillement très douloureux qui s'exaspère et diminue plusieurs fois de suite, et qui siège dans la surface cutanée comprise entre l'apophyse malaire et le bord inférieur de

la mandibule, les parties molles étant seules douloureuses. Chaque paroxysme dure une minute environ, et il est en général séparé du suivant par un temps variable, mais qui ne dépasse pas deux ou trois minutes. Il débute brusquement sans aucun phénomène prémonitoire. Le malade incline alors la tête sur l'épaule droite, ses yeux prennent une expression de lassitude douloureuse, puis il applique la paume de sa main droite contre la joue douloureuse et la frotte vigoureusement tout le temps que dure la crise. En même temps il rapproche et écarte les lèvres à plusieurs reprises et fait entendre un léger bruit de langue semblable à celui qu'on produit dans la succion.

Les crises sont diurnes et nocturnes; c'est à peine si depuis son arrivée à l'hôpital le malade peut dormir deux à trois heures chaque nuit. Les influences ordinaires telles que la mastication, la déglutition, l'effort, les frottements même énergiques de la face, sont sans effet aussi bien pour les produire que pour les arrêter.

L'examen somatique révèle une asymétrie manifeste de la face dont la moitié droite est plus aplatie que la gauche dans toute la partie située au-dessous de l'os malaire. La peau des joues a la même coloration des deux côtés, mais à droite les frottements répétés ont déterminé un léger état de desquamation furfuracée. Quand le malade ouvre la bouche toute grande, la demi-circonférence du côté droit apparaît plus grande que du côté gauche. La dentition est normale. Les gencives ne sont pas douloureuses à la pression. Les points de Valleix sont indolores à la pression, de même que toute la moitié droite de la face.

La sensibilité au contact, à la piqure et à la température est normale et égale des deux côtés.

Le 10 mars, on fait au niveau de la région malaire, à deux centimètres au-dessous de l'angle externe de l'œil droit, une injection sous-cutanée de un centimètre cube de la solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 p. 100, en pleine évolution d'une crise. Celle-ci n'est pas arrêtée. L'injection étant faite à 10 h. 15 du matin, le malade a d'autres crises à 10 h. 20, à 10 h. 23, à 10 h. 27, à 10 h. 30. En somme résultat négatif.

Le 20 mars on lui badigeonne la muqueuse nasale du côté droit avec la solution cocaïnée. Même résultat négatif.

Deux tentatives d'arrêt des crises par la galvanisation à une intensité maxima de 40 milliampères ne laissent non plus aucun résultat net.

On fait au malade le traitement par l'extrait thébaïque à doses progressives. Mais arrivé à la dose de 0 gr. 20 centigrammes par jour, le malade, n'étant nullement soulagé, se décourage et quitte l'hôpital à la mi-avril.

OBS. XVII. — *Névralgie faciale gauche. Guérison par le traitement opiacé intensif.*

B... Antoinette, soixante-trois ans, lingère, se présente à la clinique de M. le professeur Pitres le 31 juillet 1902 se plaignant de névralgie faciale du côté droit.

Son affection actuelle a débuté il y a un an, sans cause connue. Depuis elle est allée en s'accroissant. Aujourd'hui elle souffre par crises rarement spontanées, mais qui surviennent toutes les fois que la malade veut parler ou manger.

La crise débute brusquement par une série d'élançements qui partent d'un point situé un peu au-dessous de la commissure des lèvres du côté



Fig. 17. — Topographie de la douleur (obs. 17).

droit et s'irradient en arrière vers l'oreille. La douleur est dans la joue. Ni les dents ni la langue n'y prennent part, mais le maxillaire inférieur et supérieur est un peu douloureux. Dans l'intervalle des crises, qui sont courtes (1 à 2 secondes), la malade ne souffre pas. A chaque crise, elle a une courte grimace qui met en jeu tous les muscles du côté droit de la face et qui parfois la fait tressauter en portant la main droite à sa joue. Quand elle parle les crises se succèdent à des intervalles de quelques secondes. De même quand elle mange

et, de ce fait, elle est obligée de réduire son alimentation.

Il n'y a pas de douleurs à la pression aux points de Valleix. La friction de la peau et des gencives ne fait pas éclater la crise, quoique la malade les redoute également. La dentition à droite est très mauvaise. En haut, il ne reste que la première prémolaire, qui est cariée, en bas toutes les grosses molaires et la deuxième prémolaire ont été arrachées.

La sensibilité objective au contact, à la piqure et à la température est égale et normale des deux côtés.

Une injection de cocaïne à 2 p. 100, pratiquée dans l'épaisseur de la joue au point d'où partent les irradiations douloureuses, n'empêche pas les élançements de se produire. Quand la malade parle, peut-être la violence en est-elle un peu atténuée.

Le 2 août on lui fait au même point une injection d'alcool à 50° sans résultats.

Le traitement opiacé intensif est essayé. Arrivée à 0 g. 20 centigrammes d'extrait thébaïque par jour, les douleurs ne sont pas calmées. La malade désespérée se fait arracher la canine inférieure du côté droit, mais sans résultat. Elle revient le 24 octobre, on essaie d'une nouvelle injection d'alcool à 50° loco dolenti et comme, deux jours après, elle n'a obtenu aucun résultat on recommence le traitement opiacé progressif.

La malade est revue au mois de juin 1903. Elle a été traitée en mai pour une attaque de glaucome aigu du côté droit. Elle a continué le traitement opiacé jusqu'au commencement de 1903 et s'en est fort bien trouvée. Elle a de temps en temps de petites reprises névralgiques, qui sont aussitôt calmées par quelques pilules d'extrait thébaïque.

OBS. XVIII. — *Tic douloureux de la face du côté droit. Insuccès des traitements médicaux. Gassérectomie. Mort.*

M... Antoine, cinquante-deux ans, valet de ferme, entre à l'hôpital Saint-

André dans le service de M. le professeur Pitres le 20 décembre 1901, pour un tic douloureux de la face du côté droit.

Dans ses antécédents héréditaires on note seulement chez son père et son unique frère des rhumatismes.

Lui-même a été bien portant jusqu'à vingt ans. A cette époque, pendant la campagne de 1870, il a contracté la fièvre typhoïde, dont il a fort bien guéri.

A vingt-quatre ans il a souffert d'une sensation de brûlure au niveau de la gorge, sensation surtout nocturne, qui s'apaisait par le fait de remplir la bouche d'eau et qui disparut vite.

A partir de trente-deux ans jusqu'à quarante-sept, moment où débuta sa maladie actuelle, le malade a souffert très fréquemment des dents du côté droit, tantôt à la mâchoire inférieure, tantôt aux deux à la fois.

Sa maladie actuelle a débuté brusquement le 15 novembre 1897. Il était en train de tailler un arbre, lorsque tout à coup, sans aucune raison apparente, il eut une première crise douloureuse semblable à celles qu'il présente aujourd'hui. A partir de cette époque son état n'a guère varié. Il a eu des périodes d'amélioration relative. En 1898, on lui fit une opération sur le sous-orbitaire à la suite de laquelle les crises diminuèrent d'intensité sans disparaître pendant deux mois. Depuis le mois d'octobre 1901, elles sont devenues à la fois plus fréquentes et plus douloureuses. En novembre il s'est fait arracher huit dents sans aucun résultat.

État le 23 décembre 1901. — M... présente un facies amaigri, triste, avec des pommettes saillantes. La joue droite apparaît plus déprimée que la joue gauche. Il porte sa barbe courte, taillée au ciseau depuis un mois. Il a dû en effet cesser de se raser à cause des crises que provoquait chaque fois cette opération.

La douleur chez lui est nettement intermittente et se présente sous deux types : des crises intenses espacées de 6 à 7 minutes, et des petites crises, sortes de paroxysmes avortés qui surviennent beaucoup plus fréquemment, presque toutes les minutes. Entre les crises il ne souffre en aucune façon. Les petites crises sont constituées par une douleur diffuse siégeant dans la mâchoire supérieure, du côté droit et qui ne s'irradie pas au delà. Elles s'accompagnent de petites grimaces convulsives de la commissure droite des lèvres.

Quand une grande crise éclate on voit brusquement la commissure labiale droite tirillée en haut et en dehors, puis le malade porte vivement les mains à sa joue droite sur laquelle il appuie fortement. Puis la crise se déroule et on voit la bouche s'ouvrir et se fermer alternativement et convulsivement, de façon qu'ouverte elle dessine une raquette dont la partie élargie est tout entière formée par la moitié droite des lèvres. La tête dans son ensemble exécute les mouvements de flexion et de torsion de

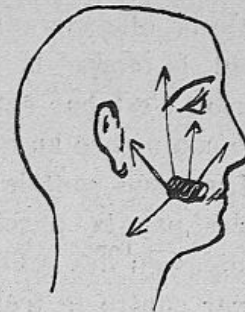


Fig. 18. — Topographie de la douleur (obs. 18).

gauche à droite. Les paupières sont grandes ouvertes, le globe de l'œil convulsé en haut. *Les pupilles ne se dilatent pas.*

Pendant tout ce temps le malade pousse des gémissements plaintifs, étouffés, ressemblant au cri d'un petit chat.

Après un temps qui varie de 35 à 45 secondes, la crise cesse brusquement. Le malade laisse retomber ses mains et toute sa face prend un air d'étonnement tout à fait remarquable.

D'après son récit, la douleur de la crise débute dans le maxillaire supérieur droit au-dessus de la canine.

De là, elle s'irradie dans l'aile droite du nez, l'œil, la moitié droite du front, la tempe, la mâchoire inférieure, et la moitié droite de la langue. Parfois c'est par cette dernière partie que la crise débute; plus rarement elle commence au niveau de l'apophyse zygomatique.

Les crises sont le plus souvent spontanées, mais elles sont aussi provoquées par la parole, la mastication, le bâillement, la déglutition des liquides ou des solides et le fait de se raser.

Par contre le frôlement de la face ne les produit pas, pas plus que la pression du globe de l'œil ou la friction des gencives.

Dans l'intervalle des crises la pression au niveau du trou malaire et du trou sous-arbitaire est douloureuse et si on la prolonge on peut provoquer un paroxysme. Sur le trou sus-orbitaire et le trou mentonnier, la pression est indolore.

La dentition est très incomplète, le malade s'étant fait arracher un grand nombre de dents du côté droit, cariées et même saines. En haut il n'en reste plus. En bas, il reste les deux incisives, la canine et la première prémolaire, toutes recouvertes d'une épaisse couche de tartre. Le rebord des mâchoires édentées est aminci, la cicatrisation des alvéoles paraît s'être faite normalement. Les gencives ne sont pas douloureuses à la pression.

La bouche ouverte se présente avec une déviation oblique ovalaire découvrant les deux incisives et la canine inférieure du côté gauche.

La langue tirée fortement hors de la bouche a une légère tendance à se dévier du côté droit. Elle présente le long de son bord droit à un centimètre de la pointe une ulcération linéaire de 2 centimètres de large, vraisemblablement causée par le frottement sur les dents. Au moment des crises si on prend soin de ne pas toucher la surface ulcérée, la pression de la moitié droite de la langue entre deux doigts n'est pas douloureuse. La force des muscles masticateurs est conservée.

La sensibilité objective au contact et à la piqure de la peau, des muqueuses conjonctivales, nasale, buccale et linguale est normale et égale des deux côtés.

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

Il n'y a pas de différence de coloration du visage d'un côté à l'autre, ni d'hypersécrétion lacrymale du côté droit pendant les crises ou pendant les intervalles indolores.

L'examen des fosses nasales et du pharynx pratiqué à la clinique de M. Moure révèle une déviation de la cloison nasale du côté gauche avec un éperon.

L'état somatique général est bon. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Le 27 décembre, on pratique une injection sous-cutanée de un centimètre cube de la solution cocaïnée à 2 p. 100 au point de départ des douleurs et dans l'épaisseur de la joue droite. Une crise légère survient cinq minutes après, et d'autres suivent avec leurs caractères et leurs intervalles habituels.

La cocaïnisation de la muqueuse nasale droite reste aussi sans effet.

Les pulvérisations de chlorure d'éthyle sur la joue droite au début d'une crise n'arrêtent pas son évolution.

A partir du début de janvier 1902, on commence le traitement par l'extrait thébaïque à doses progressives. Le 21 janvier M... est arrivé à la dose de quarante-cinq centigrammes par jour. Il est manifeste que non seulement il n'est pas soulagé, mais encore que ses crises augmentent de fréquence et d'intensité. On cesse le traitement par l'opium. Le 22, le malade se trouve mieux. Mais le 27 janvier, il se retrouve dans le même état qu'à son entrée à l'hôpital.

Une tentative de traitement par l'extrait de Cannabis indica à haute dose ne donne pas de résultats. Devant ces insuccès, étant donné que l'état général du malade paraît se ressentir de cette continuité des douleurs intenses qui ne lui laissent presque aucun instant de repos, on lui propose une intervention chirurgicale qu'il accepte avec empressement.

Il est donc transféré à l'hôpital Tastet-Girard, dans le service de M. le professeur Demons.

M. Demons pratique sur lui la *Gassérectomie* du côté droit le 15 février 1902. Il enlève le ganglion de Gasser en entier. L'opération se fait normalement sans incidents.

Le 22 février, le malade remis complètement du choc opératoire est satisfait, car depuis l'opération il n'a plus eu de crises douloureuses.

L'examen de la face révèle une anesthésie complète au tact et à la douleur de toute la moitié droite respectant la partie inférieure de la région maxillaire inférieure, passant à un travers de doigt en avant du tragus. La conjonctive et la cornée du côté droit, la muqueuse de la narine droite, la muqueuse buccale et gingivale de ce côté et la moitié correspondante de la partie antérieure de la langue sont complètement anesthésiques.

L'œil droit est fortement injecté de sang, la cornée est dépolie et vitreuse. De ce côté le malade voit à peine. Les mouvements du globe oculaire sont normaux, mais il abaisse difficilement la paupière supérieure qui recouvre incomplètement l'œil. Les filets palpébraux du facial ont été en partie sectionnés par l'incision opératoire.

Il n'y a pas de différence de coloration d'un côté à l'autre du visage.

Le 1^{er} mars le malade présente des phénomènes généraux graves : état typhoïde, langue rôtie, grandes oscillations de la température, rachialgie

dorso-lombaire très vive. Il meurt le 12 mars avec des signes de méningite cérébro-spinale.

L'AUTOPSIE est pratiquée le 13 mars 1903. Elle révèle une méningite purulente étendue avec des nappes de pus sur le cerveau, le cervelet et tout le long de la moelle épinière.

La cavité de Meckel du côté droit est remplie de pus ainsi que la fosse zygomatique.

L'examen macroscopique du cerveau, du mésencéphale et en particulier de la protubérance ne révèle aucune lésion particulière, sauf un athérome généralisé au tronc basilaire et aux artères de la base.

L'examen microscopique a porté sur le ganglion de Gasser enlevé à l'opération, et sur la protubérance.

La protubérance apparaît absolument saine.

Sur les coupes du ganglion de Gasser faites suivant son grand axe, et colorées au picro-carmin ou à l'hématéine-éosine on constate de la sclérose interstitielle très marquée. Le tissu conjonctif est épaissi. Les cellules sont toutes plus ou moins ratatinées dans leurs loges. Sur les coupes colorées par la méthode de Nissl on les trouve altérées à des degrés divers. Les unes sont colorées diffusément par le bleu (état chromatophile), les granulations de Nissl ne sont plus visibles. Le noyau n'est pas apparent, mais le nucléole se voit encore. Dans quelques-unes, on constate des amas de pigment couleur vieil or. D'autres ont aussi la même coloration diffuse, mais le noyau est visible avec son nucléole; il est ectopié et tout à fait à la périphérie de la cellule. Les contours cellulaires ne sont pas nets.

Ces altérations cellulaires sont diffuses et irrégulièrement distribuées sur une même coupe. Les vaisseaux ont des parois épaissies.

En résumé, ce sont surtout les lésions de sclérose interstitielle qui dominent. Les lésions cellulaires sont banales, il n'est pas une seule cellule qui soit en état de chromatolyse avancée ou d'achromatose. Quant au pigment jaune d'or, on sait qu'il se rencontre assez fréquemment chez les vieillards.

En faisant pour les dix observations qui précèdent le même travail d'analyse qui a été fait pour les observations du premier chapitre on arrive aux constatations suivantes :

Caractères subjectifs de la douleur.

1° *Évolution dans le temps.* — La névralgie dans ces dix observations est nettement intermittente. Elle se manifeste par des paroxysmes, séparés par des intervalles indolores. Cependant dans l'observation X le malade accuse une gêne plutôt qu'une douleur au point de départ des irradiations paroxystiques. Mais ce n'est pas là la douleur permanente dont il a été parlé au chapitre précédent. Ce caractère est donc constant, et les malades sont très affirmatifs là-

dessus. Les différences qui existent portent seulement sur la durée des paroxysmes et sur celle des intervalles indolores. Le paroxysme apparaît brusquement dans toutes les observations : *la douleur éclate*, pour se servir d'une expression qui revient souvent dans la bouche des malades et qui est absolument typique. Ce paroxysme est court, sa durée dépasse rarement une minute. Elle a pu être chronométrée dans quelques observations, et on trouve les chiffres suivants :

Observation	IX.....	30 secondes
—	X.....	2 à 3 minutes
—	XI.....	2 à 3 —
—	XII.....	10 secondes
—	XIV.....	30 —
—	XV.....	2 à 3 —
—	XVI.....	1 minute
—	XVII.....	1 à 2 secondes
—	XVIII.....	30 à 45 —

Ces durées sont évidemment des moyennes qui ne sauraient avoir de valeur absolue, et il y a chez un même malade des paroxysmes plus longs que les autres. Le malade de l'observation XVIII avait même deux variétés de crises, les unes intenses et durant de 35 à 45 secondes, les autres plus bénignes et beaucoup plus courtes. De même que le paroxysme éclate brusquement, il cesse tout d'un coup et le malade passe sans transition de l'état le plus douloureux au calme presque parfait. Ceci était particulièrement remarquable chez le malade de l'observation XVIII qui brusquement retirait les mains de son visage et montrait alors une physionomie étonnée, un air hagard tout à fait particulier qui faisait vite place à sa physionomie ordinaire.

L'ordre de succession des paroxysmes et la durée des intervalles qui les séparent sont choses beaucoup plus variables d'un malade à l'autre. Il est remarquable de voir que ces intervalles varient aux diverses périodes de l'évolution de la maladie. Celle-ci semble le plus souvent procéder par étape, chaque étape étant constituée par une période pendant laquelle le malade souffre de paroxysmes rapprochés, après laquelle il traverse des accalmies plus ou moins longues, complètes ou traversées de petites reprises de la névralgie.

On trouve ces accalmies dans plusieurs observations. Dans l'observation IX le malade souffre depuis dix ans avec des accalmies de sept ou huit mois. Dans l'observation XI on voit la névralgie apparaître, durer quelques jours, s'apaiser spontanément pendant un mois, et se réinstaller de nouveau pendant deux ans. La malade de l'observation XII avait eu au début une période douloureuse de

cinq mois, puis une accalmie de six mois, et ensuite des reprises irrégulières de la névralgie avec des périodes indolores plus ou moins longues. Dans l'observation XV le malade avait eu des intervalles d'accalmie durant plusieurs années, avec des périodes douloureuses durant seulement quelques jours. Ces exemples sont typiques par la grande longueur des périodes d'accalmie, mais il n'est pas de malades chez lesquels l'observation n'enregistre des périodes suivies de calme complet, au moins d'atténuation très notable. Nous voulons parler seulement des accalmies qui surviennent spontanément, laissant de côté provisoirement, pour y revenir plus tard, celles qui suivent des interventions sur les nerfs périphériques, et peuvent alors atteindre près d'une année (obs. XI), ou être presque insignifiantes (obs. IX, XVIII). Quelquefois l'accalmie succède à des interventions beaucoup plus bénignes, comme l'avulsion de dents cariées, et elle est alors très courte (obs. X et XIII).

Chacune des périodes douloureuses que traverse le malade peut quelquefois présenter un type propre non seulement comme intensité et comme fréquence des paroxysmes, mais aussi par la topographie des douleurs. Ceci apparaît très nettement dans l'observation XI.

Quoi qu'il en soit, il vient un moment où les grandes accalmies diminuant de durée jusqu'à disparaître, l'affection atteint en quelque sorte son acmé. C'est presque toujours à ce moment qu'ont été examinés nos malades. On voit alors que chez certains des paroxysmes courts se succèdent régulièrement à intervalles plus ou moins longs, que chez d'autres les paroxysmes se groupent en *attaques* de durée variable, pendant lesquelles ils se suivent à courts intervalles, ces attaques étant elles-mêmes séparées par des temps assez longs. D'autres fois l'apparition des paroxysmes est très irrégulière. Ainsi dans l'observation XVII, la malade n'a pour ainsi dire par de paroxysmes spontanés. Celle de l'observation XI souffre tout le long du jour, ses paroxysmes revenant assez régulièrement toutes les dix minutes environ. Dans l'observation XII, toutes les deux ou trois heures, le malade a un grand nombre de crises rapprochées mais distinctes, pendant un temps qui varie de quinze à vingt minutes. La malade de l'observation XIII a quelquefois des paroxysmes toutes les heures, d'autres fois ils sont séparés par des intervalles de plusieurs jours. Les cas les plus atroces sont ceux où le paroxysme revient à intervalles presque fixes, avec la régularité d'une horloge, comme dans l'observation XVIII.

En général les paroxysmes névralgiques apparaissent surtout le jour. Dans quelques cas assez rares ils s'apaisent complètement la

nuit. C'est le cas pour l'observation XVII. Par contre, chez les malades des observations XV et XVI, la fréquence des crises était sensiblement la même la nuit que le jour, rendant par là tout repos à peu près impossible.

Les différences de détail qui existent au point de vue de l'évolution de l'affection sont, on le voit, assez peu marquées pour qu'on puisse dire que le type de névralgie que nous étudions a une marche caractéristique : *Début brusque par un paroxysme douloureux survenant le plus souvent en pleine santé ; périodes douloureuses séparées par des accalmies, plus ou moins longues ; puis établissement d'une véritable période d'état caractérisée par des paroxysmes brefs que séparent des intervalles absolument indolores ; tels paraissent être les caractères évolutifs auxquels il faut ajouter cette notion, de la plus haute importance, que cette évolution peut durer des années.*

2° *Topographie des phénomènes douloureux.* — L'absence de douleur continue interparoxystique rend cette détermination assez délicate. Aussi bien les malades questionnés indiquent-ils seulement le plus souvent un *point de départ* et la direction approximative des irradiations douloureuses au moment de la crise. Ce caractère se retrouve nettement dans les observations X, XI, XIV, XV, XVII, XVIII. Comme on s'en rend compte par les schémas, dans tous ces cas le point de départ de la douleur est situé au voisinage de la commissure labiale, dans les parties molles de la face. Les irradiations ont presque toujours la même direction, vers l'œil, la tempe et l'oreille, et on peut à leur sujet répéter ce qui a été dit à propos des névralgies d'origine périphérique ayant leur point de départ dans la zone du nerf maxillaire inférieur. C'est en haut que s'irradie la douleur. Il ne nous semble pas qu'on puisse dire avec certains auteurs, avec Zimmern en particulier, que la douleur s'irradie suivant le trajet d'un rameau connu. Ne la voyons-nous pas partie de la zone du sous-orbitaire, gagner celle du sus-orbitaire dans la plupart des cas. On peut dire qu'en général elle s'irradie à toute la joue et à la tempe, et que parfois elle atteint l'œil en haut, la langue en dedans. En fait elle n'a aucun caractère topographique superposable à un nerf périphérique donné. Le point de départ est plus rarement que pour le groupe précédent localisé dans les gencives. Nous ne le trouvons ainsi que deux fois (obs. XIII et XVI). Enfin les irradiations étendues, la *sensation de douleur en feu d'artifice* ne sont pas une règle absolue, puisque sur les dix observations de ce chapitre il en est trois (obs. XII, XIII, XVI) où la douleur reste en place dans une zone assez restreinte, le milieu de la joue pour l'observation XII, les maxillaires pour les deux autres.

Topographiquement la névralgie d'origine centrale a donc surtout ce caractère d'affecter par ses irradiations une zone très étendue et empiétant le plus souvent sur plusieurs territoires nerveux, mais elle peut être aussi plus rarement localisée étroitement.

Modes de provocation des crises.

Sauf dans l'observation XVII, où les crises n'apparaissent qu'à l'occasion de la mastication ou de la parole, dans tous les autres cas les paroxysmes peuvent apparaître spontanément. Mais il n'en existe pas moins une influence particulièrement marquée des mouvements qui mettent en jeu les muscles de la face et du pharynx, soit pour les faire apparaître en dehors de leur périodicité habituelle, soit pour les exaspérer. Ces mouvements sont les mêmes qui ont été étudiés à propos du groupe précédent : la mastication, la phonation, la déglutition, l'acte de se moucher, de bâiller, etc. C'est la *mastication* qui parmi ces agents provocateurs est le plus constant. On retrouve son action dans huit cas sur dix (obs. IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XVII et XVIII). L'action provocatrice de la parole est moins marquée, mais on la retrouve dans les mêmes observations. Dans l'observation XVII, les crises n'éclataient qu'à l'occasion de la mastication et de la parole, et quand la malade voulait soutenir une conversation elles devenaient presque subintrantes. Aussi ne parlait-elle guère que par monosyllabes. L'*action de se moucher* provoque presque inévitablement la crise. Un fait digne de remarque c'est que dans les cas où les paroxysmes spontanés sont très rapprochés et surviennent à intervalles à peu près réguliers, ces agents provocateurs ne sont efficaces que lorsqu'un certain temps s'est écoulé depuis le dernier paroxysme. Aussi voit-on certains malades chez lesquels le début du repas provoque inévitablement une crise la laisser passer et aussitôt après se dépêcher de manger bien vite, sachant que pendant quelques minutes il leur est loisible de le faire impunément. C'était le cas pour le malade de l'observation XIV. Ce fait a une grande importance et il est regrettable qu'on n'ait pas songé à le vérifier plus souvent d'une façon précise. Dans l'observation XVIII, il existait, mais d'une manière peu manifeste, parce que la phase d'excitabilité ne dépassait pas quelques secondes. Dans les observations XV et XVI ces divers agents de provocation n'avaient aucune action.

Dans quelques observations on trouve manifestement une influence provocatrice de l'*ingestion des boissons trop chaudes et trop froides*

(obs. IX, XII, XIII, XIV). Elle est négative trois fois (obs. X, XV, XVI). L'influence du froid extérieur n'est notée que dans les observations XI et XVI. Le malade de cette dernière vit reprendre ses douleurs après une accalmie prolongée, à la suite d'une longue promenade en voiture découverte.

Les *excitations artificielles*, la friction énergique de la peau et des gencives, au point de départ des douleurs, paraissent, dans le cas qui nous occupe, avoir une influence assez inconstante. Si en effet elles ont un effet nettement positif dans trois cas (obs. IX, XI, XIV), dans toutes les autres observations, c'est-à-dire dans la proportion de 7/10, ces excitations sont inefficaces. Du reste, dans les trois observations où ces excitations ont un effet positif, il est à noter que, de même que pour l'action provocatrice des mouvements, cet effet ne s'exerce qu'à la condition que le paroxysme précédent soit un peu éloigné. Il y a donc une phase d'*inexcitabilité post-paroxystique*, phase qui, d'après nos observations, est toujours courte et ne dure pas au delà de deux ou trois minutes dans les cas extrêmes.

Il n'y a donc pas une formule absolue qui puisse exprimer l'influence des agents provocateurs du paroxysme dans les névralgies d'origine centrale. Toutefois, en tenant compte de la proportionnalité, on peut dire que : *le plus souvent les mouvements spontanés des muscles de la face et du pharynx ont une action provocatrice, tandis que les excitations artificielles et les excitations thermiques sont, en règle générale, inefficaces, etc., ajoutant que dans les cas où leur influence est positive, elles agissent d'autant mieux que le paroxysme précédent est plus éloigné.*

Symptômes objectifs.

La douleur provoquée par la pression aux points d'émergence des nerfs n'existe que dans deux cas (obs. IX et XVIII). Ici les nerfs sous-orbitaire et malaire sont seuls douloureux, ce qui correspond à la prédominance des symptômes névralgiques dans la zone du nerf sous-orbitaire. Dans toutes les autres observations, soit dans les 8/10 des cas, il est noté qu'*il n'existe aucune douleur à la pression des points de Valleix, ni aucune zone d'hyperesthésie.*

La *sensibilité de la peau* du visage au contact, à la piqure et à la température est notée comme absolument normale et égale du côté malade et du côté sain dans toutes les observations. Cette constatation est intéressante d'autant qu'un certain nombre de malades avaient antérieurement subi des névrectomies, mais on sait qu'en pareil cas le rétablissement de la sensibilité est chose habituelle au bout d'un certain temps.

Nous ne notons que pour mémoire les lésions dentaires qui existent chez presque tous les malades. On est ici d'autant moins porté à leur attacher de l'importance que les crises douloureuses ont plus rarement leur point de départ dans les gencives, et que c'est un fait qui comporte bien peu d'exceptions de voir ces malades se faire arracher, dès le début, un grand nombre de dents, *même saines*. Les dents restantes du côté malade, cariées ou non, sont généralement recouvertes d'une épaisse couche de tartre très dur. C'est là non point une cause de la névralgie, mais un effet provenant de ce que ces malades ne se servent pour ainsi dire jamais de leurs dents du côté malade.

Dans l'observation XVIII il est noté que le malade était porteur d'une lésion nasale consistant dans une déviation de la cloison du côté gauche. La névralgie siégeait à droite et toute l'histoire du malade rend peu vraisemblable une influence étiologique de ce côté.

L'examen des pupilles et des réactions pupillaires n'est pas pratiqué d'ordinaire dans la névralgie faciale. Il révèle pourtant quelques particularités intéressantes. C'est ainsi que sur neuf malades où cet examen a été pratiqué on note une seule fois de *l'inégalité pupillaire* (obs. XI). Les réactions à la lumière et à l'accommodation sont en général normales. Par contre la réaction à la douleur provoquée manque souvent (Obs. X, XI, XII, XIV et XVIII), soit dans 5 p. 100 des cas.

Enfin nous avons maintes fois remarqué que *la pupille ne se dilate pas* pendant les paroxysmes névralgiques même les plus atroces. Ce sont là des faits fort intéressants qu'il faut noter avec soin, mais qu'il ne paraît pas possible d'expliquer dans l'état actuel de nos connaissances, étant du reste bien entendu qu'il n'y avait pas ailleurs aucun signe d'une maladie organique telle que le tabes, susceptible de les produire en dehors de la névralgie.

Phénomènes accessoires du paroxysme névralgique.

La douleur constitue essentiellement le paroxysme névralgique et, comme cela se produit dans le groupe des névralgies d'origine périphérique, elle peut en être le seul symptôme. Le paroxysme reste alors réduit à ses éléments subjectifs et peut ne se traduire au dehors par aucun phénomène visible.

Phénomènes spasmodiques. — Mais cette subjectivité complète du paroxysme névralgique est en somme rare. Dans les cas où la douleur est tant soit peu intense, elle se traduit au dehors par l'expres-

sion toute spéciale de la physionomie qui se fige pour ainsi dire dans un type particulier, tant que dure la crise. Il est remarquable qu'en ce cas cette expression est souvent plus celle de l'étonnement, de la surprise que celle de la douleur, en ce sens que la face reste immobile, les yeux grands ouverts et fixes. En même temps le malade fait le geste de porter la main ou les mains au visage. C'est ce qu'on trouve dans les observations IX, X, XII et XIV.

Un autre mode un peu plus fréquent de réaction de la physionomie est constitué par des phénomènes spasmodiques dans les muscles du visage. C'est ce que les auteurs appellent le *tic douloureux*. Mais entre l'immobilité et le véritable tic douloureux constitué par des convulsions cloniques de toute une moitié du visage on peut trouver tous les intermédiaires. Ainsi le malade de l'observation XIII, au cours du paroxysme, exécute quelques légères grimaces seulement.

Dans l'observation XVII chaque paroxysme très court se traduit par une brève grimace qui tire la commissure gauche de la bouche en haut et en dehors.

Dans l'observation XV, c'est un mouvement d'un autre ordre, une contraction tonique de l'orbiculaire des paupières qui tient l'œil fermé tout le temps que dure le paroxysme.

Les malades des observations XI et XVI présentent un degré plus élevé, et déjà une esquisse du vrai tic douloureux; ils exécutent pendant toute la durée du paroxysme une série de mouvements des lèvres et de la mâchoire inférieure, se traduisant par un bruit de mâchonnement lent.

En même temps la malade de l'observation XI presse sa joue douloureuse; le malade de l'observation XVI la frotte avec tant de vigueur que les traces de ces frottements répétés se traduisent par un état psoriasiforme de la peau de la face.

Enfin dans l'observation XVIII ces phénomènes spasmodiques sont beaucoup plus marqués. Toute la face grimace, la bouche s'ouvre et se ferme alternativement, la tête s'incline rythmiquement et le malade, qui appuie fortement ses deux mains sur sa face malade, pousse de petits gémissements étouffés et brefs. Peut-on dans ces divers cas différentier, comme le fait Zimmern, les mouvements en *grimaces* et en *tic vrai*? Cet auteur dit à ce propos : « Le caractère différentiel du tic et de la grimace est que le tic produit des phénomènes spasmodiques d'ordinaire simples, décomposés pour ainsi dire, tandis que la grimace amène le plus souvent une distorsion du visage ».

A s'en tenir à ses propres termes, la distinction est au moins délicate. Elle est en tout cas inutile. On peut dire plutôt qu'il est des

malades qui pendant la crise ont une convulsion tonique des muscles du visage qui lui donne une certaine expression soutenue, tandis que d'autres ont des contractions cloniques de ces muscles qui produisent une suite de mouvements simples toujours les mêmes. Du reste l'examen des autres symptômes, que ces malades présentent par ailleurs, ne montre entre ces deux catégories aucune différence essentielle, et il paraît superflu de faire du tic douloureux une variété spéciale de névralgie du trijumeau. Il est à remarquer qu'à côté des convulsions du visage qui ont le caractère net de mouvements involontaires, on peut dans une certaine mesure donner la même caractéristique aux mouvements des mains qui frottent ou compriment la joue douloureuse. Il y a là de toute évidence un ensemble réflexe presque impossible à dissocier.

La conclusion paraît être celle-ci : *La névralgie faciale d'origine centrale s'accompagne, dans la règle, de spasmes du visage qui peuvent être toniques ou cloniques. Dans ce dernier cas il existe une infinité de degrés entre la grimace brève et le tic douloureux complet formé de mouvements spasmodiques de la face et de mouvements réflexes exécutés par les membres supérieurs.*

Troubles sécrétoires et vaso-moteurs. — On trouve dans quelques observations la coïncidence de sécrétions exagérées avec le paroxysme névralgique. Les deux plus importantes sont la salivation et l'épiphora du côté de la face qui est le siège de la névralgie.

La *salivation* paroxystique est notée dans l'observation X, l'*épiphora* dans les observations XIII et XIV.

Les troubles vaso-moteurs sont rares dans nos observations; chez le malade de l'observation XIV on observait que pendant les crises la moitié douloureuse du visage rougissait visiblement. Dans l'intervalle des paroxysmes il est expressément noté que chez aucun des malades il n'y avait de différence de coloration d'un côté à l'autre du visage.

Une seule fois on a noté une asymétrie faciale manifeste. C'est dans l'observation XVI où on remarquait un aplatissement de la joue droite dans toute la partie située au-dessous de l'os malaire. Il faut ajouter que ce malade se frottait violemment la joue au cours de ses paroxysmes. Ce phénomène n'avait donc vraisemblablement rien à voir avec l'hémiatrophie faciale. Chez ce malade et chez celui de l'observation XVIII, il existait aussi un signe trompeur qui aurait pu faire croire à une paralysie faciale concomitante. Ces malades présentaient de la déviation oblique ovulaire de la bouche, c'est-à-dire que la bouche étant grande ouverte une moitié apparaissait plus grande et découvrait davantage les dents de ce côté. Pour le malade

de l'observation XVI (névralgie droite) c'était la moitié droite qui était la plus ouverte, pour le malade de l'observation XVIII, c'était la moitié gauche (du côté opposé à la névralgie). D'autre part ces malades ne présentaient par ailleurs aucun signe de paralysie faciale. On peut, semble-t-il, sous réserves du reste, expliquer ce fait anormal par une espèce d'inhibition volontaire ou instinctive, le malade craignant par un mouvement exagéré de faire éclater une crise.

L'analyse symptomatique que nous venons de faire nous met en présence d'un certain nombre de signes importants dont la constance est remarquable dans la névralgie faciale ne cédant pas à la cocaïne loco dolenti et qui peuvent, par conséquent, servir à la caractériser au point de vue clinique.

Ces caractères sont :

1° Une évolution longue, par étapes, avec des accalmies spontanées qui peuvent être très prolongées;

2° La manifestation intermittente des douleurs sous forme de paroxysmes brefs, apparaissant et disparaissant subitement et séparés par des intervalles d'indolence complète;

3° L'absence habituelle de véritable zone douloureuse, la douleur revêtant le type de la douleur en feu d'artifice autour d'un point central avec des irradiations centrifuges;

4° L'influence provocatrice habituelle des mouvements de mastication, de déglutition et de phonation, et de l'ingestion des boissons trop chaudes ou trop froides;

5° L'impossibilité habituelle de provoquer les paroxysmes par les irritations périphériques, impossibilité complète, ou n'existant que dans la période post-paroxystique;

6° L'absence de points de Valleix;

7° L'absence de troubles par défaut de la sensibilité du visage;

8° L'existence de phénomènes spasmodiques toniques ou cloniques au cours des paroxysmes.

Aucun de ces caractères n'est absolument constant, bien entendu, mais l'ensemble, même quelque peu incomplet, reste suffisamment caractéristique. On peut encore accessoirement constater :

a) Des troubles pupillaires consistant dans l'absence de réaction du paroxysme douloureux et à la douleur provoquée;

b) Des troubles paroxystiques sécrétoires ou vaso-moteurs.

Ce syndrome qui se retrouve avec ses variantes insignifiantes dans les dix observations précédentes rappelle dans ses grandes lignes le tableau tracé par Trousseau de la névralgie épileptiforme. Nous avons vu au chapitre précédent que les résultats de notre analyse des

observations où l'effet de la cocaïne loco dolenti était positif, nous amenait à une description rappelant de très près celle que le même auteur donnait de la névralgie simple. Cette double constatation peut au premier abord apparaître comme entachant d'inutilité ou tout au moins de superfluité l'épreuve de la cocaïne qui formait notre seul criterium.

Cette critique serait injustifiée et cela pour deux raisons. La première est que, comme on a pu le voir, la question qui se pose dans chaque cas donné est quelquefois très complexe et que l'examen clinique révélant des caractères propres à chacun des deux types peut être absolument insuffisant à trancher le diagnostic. Dans ce cas l'épreuve de la cocaïne peut être d'un grand secours. La seconde raison qui justifie notre effort est que, étant donnée l'insuffisance manifeste des éléments que fournit l'anatomie pathologique à la solution du problème des névralgies faciales, il est important de ne négliger aucun moyen d'investigation. Nous avons exposé au début de ce travail les raisons théoriques qui militaient à priori en faveur de l'épreuve de la cocaïne. Les conclusions auxquelles aboutissent ces deux premiers chapitres nous montrent à posteriori en quelque sorte sa justification, puisque les résultats en sont identiques à ceux qu'avait fournis jusqu'ici l'expérience clinique.

Au reste si les indications que fournit cette épreuve sont précieuses, comme nous l'avons vu, elles sont incomplètes, car elles nous laissent dans l'incertitude la plus complète au sujet de la véritable nature de ces névralgies qu'elle nous montre comme d'origine centrale. Nous nous sommes déjà expliqué là-dessus. Mais nous pouvons comparer ces névralgies dont la cause et la lésion restent obscures avec d'autres dont la cocaïne nous montre aussi l'origine centrale et où il nous est possible par ailleurs de faire un diagnostic topographique plus précis.

Il est des cas en effet où la névralgie faciale se montre comme partie intégrante d'un syndrome dont on peut rapporter la cause anatomique à une lésion organique le plus souvent néoplasique, agissant sur les racines de plusieurs paires crâniennes. La névralgie dans ce cas est le symptôme qui attire le plus l'attention des malades. Elle a des caractères particuliers qu'il est intéressant de connaître, tant parce que, à notre connaissance, cette étude différentielle n'a guère été faite que parce qu'elle peut servir à marquer les dissemblances qui existent entre deux variétés de névralgies centrales. Les deux observations suivantes peuvent servir à cette étude. Dans aucune l'autopsie n'a pu être faite, mais il est absolument vraisemblable qu'il s'agissait dans les deux cas de lésions radiculaires.

OBS. XIX. — *Paralysie faciale et des muscles masticateurs. Névralgie faciale. Ophthalmoplégie et amblyopie unilatérale. Surdité unilatérale.*

Emma D..., cinquante et un ans, loueuse de chaises dans une  glise, entre le 18 juillet 1902 à l'hôpital Saint-André, salle 7, lit 16, dans le service de M. le professeur Pitres.

Sans antécédents héréditaires dignes de remarque, elle-même a eu la variole en 1870. Mari e à vingt ans, elle a eu cinq grossesses dont la troisième et la cinquième se sont terminées avant terme l'une à quatre mois, l'autre à cinq mois, par l'expulsion de fœtus morts et macérés. On ne retrouve rien autre chose dans son interrogatoire qui permette de soupçonner des accidents syphilitiques. Son mari est mort subitement. Elle n'est plus réglée depuis huit mois.

Le début de son affection actuelle remonte à un an. Un matin en s' veillant elle s'aperçut qu'elle avait de la peine à fermer l'œil droit. Quelques jours après elle commença à ressentir des douleurs dans la moitié droite du crâne, puis les douleurs s'étendirent peu à peu à toute la moitié droite de la face en même temps qu'elles augmentaient d'intensité.

Il y a quelques mois elle s'aperçut qu'elle entendait mal de l'oreille droite, qu'elle avalait de travers et qu'elle nasonnait en parlant, en même temps que la vision de l'œil droit s'affaiblissait. Elle alla consulter le Dr Ménard qui, pendant un mois, lui fit un traitement syphilitique intensif sans aucun succès.

Elle entre alors à l'hôpital.

 tat le 21 juillet 1902. — E. D..., vue dans son lit, appar it plus âgée qu'elle n'est en réalité. Elle est amaigrie, l'amaigrissement, d'après ce qu'elle dit, ayant débuté en même temps que ses douleurs faciales.

Vue au repos, la face est nettement asymétrique. La joue droite appar it plus pleine et plus tombante que la joue gauche, le sillon naso-génien est effacé, la commissure droite des lèvres est plus pincée. L'œil droit est plus saillant que l'œil gauche, mais à droite la fente palpébrale est moins ouverte.

Lorsque la malade parle ou veut faire la moue, la parésie du côté droit est manifeste.

Elle est incapable d'écarter les mâchoires de plus de deux centimètres, non point que ce mouvement soit douloureux, mais il est arrêté par un obstacle qu'elle situe dans le masséter du côté droit. Les mouvements d'élévation de la mâchoire sont possibles, mais ils se font avec une force très limitée, les mouvements de diduction sont peu étendus. La mastication est impossible et la malade ne se nourrit que de matières liquides ou de laitage.

La palpation montre que la joue droite est plus épaisse et plus dure que la joue gauche.

La langue tirée hors de la bouche n'est pas déviée, ses mouvements sont parfaitement libres dans tous les sens.

La déglutition est difficile et la malade s'engoue souvent.

La voix est nasonnée, le voile du palais se contracte paresseusement.

L'excitabilité faradique des muscles de la face et des muscles masticateurs du côté droit est conservée.

La *sensibilité* au contact et à la piqûre est très diminuée sur toute la partie droite de la face dans une zone qui comprend le front, est limitée en arrière par le tragus et en bas par le rebord du maxillaire inférieur. Les muqueuses nasale et buccale sont aussi hypoesthésiques du côté droit, de même que la moitié droite de la langue. La cornée et la conjonctive droite sont insensibles, leur contact ne provoque pas de réflexe palpébral.

Symptômes névralgiques. — La malade souffre à peu près continuellement de l'œil droit et des dents supérieures et inférieures de ce côté, mais la douleur n'est pas partout identique. Dans l'œil c'est une sensation de distension, au niveau des dents ce sont des élancements douloureux comparables, d'après les dires de la malade, à ceux de l'odontalgie vulgaire. De plus elle a constamment l'impression d'un masque de bois appliqué sur le côté droit de la face. Tous les deux ou trois jours les douleurs subissent des exacerbations, et alors pendant plusieurs heures il existe un véritable état de mal douloureux constitué par des élancements irradiant en bouquet d'artifice des dents dans toute la moitié droite de la face.

Le sous-orbitaire et le mentonnier du côté droit sont douloureux à la pression.

La *mastication* et la *friction énergique des gencives* sont un peu douloureuses, mais n'amènent pas de crises aiguës.

L'*œil droit* est plus saillant que le gauche, sa tension est un peu plus élevée. Il y a du ptosis incomplet du côté droit. L'examen des mouvements du globe oculaire du côté droit montre une paralysie complète du droit externe, et de la parésie des autres muscles de l'œil. La pupille droite est dilatée, plus grande que la gauche. Elle ne réagit ni à la lumière, ni à l'accommodation, ni à la douleur.

La vision de l'œil droit est très affaiblie. L'examen ophtalmoscopique montre de ce côté des lésions de névrite optique légère.

Du côté de l'œil gauche rien d'anormal.

L'*ouïe* est diminuée pour l'oreille droite.

La mobilité des muscles innervés par la branche externe du spinal est normalement conservée.

On constate du côté droit sur le sterno-mastoïdien, à sa partie supérieure, l'existence d'une masse allongée, ovoïde, dure et résistante, mobile sur les plans superficiels et profonds, et qui paraît formée de plusieurs petites masses ganglionnaires accolées. Cette tumeur n'est pas douloureuse spontanément ni à la pression.

Il n'y a rien d'anormal du côté des membres, ni du côté de la circulation et de la respiration.

L'*épreuve de la cocaïne* est pratiquée au niveau de la région sous-mentonnière droite. Elle donne un résultat négatif.

On fit, d'après ces constatations, le diagnostic de néoplasie juxta-protubérantielle englobant les racines des 3^e, 4^e, 5^e, 6^e, 7^e, 8^e paires crâniennes, qu'elle irritait sans les avoir détruites complètement.

Un premier essai de traitement antisypilitique était resté négatif. On en tenta néanmoins un second, qui ne donna aucun résultat nouveau. La malade quitta l'hôpital dans le milieu du mois d'août.

OBS. XX. — *Névralgie faciale gauche avec paralysie faciale et paralysie des masticateurs du même côté.*

Mme B..., soixante-quatre ans, se présente à la clinique de M. le professeur Pitres le 20 septembre 1902.

Elle a été opérée, il y a quelques années, d'un squirrhe du sein du côté gauche. Cette tumeur a fait trois récidives sur place, qui ont été enlevées successivement, la dernière il y a deux ans et demi. A cette époque elle a commencé de ressentir des fourmillements dans tout le côté gauche de la face, fourmillements qui devinrent bientôt de véritables douleurs. Puis apparurent, à des époques qu'elle ne précise pas, du ptosis, et enfin de la paralysie faciale du côté gauche.

Au moment de l'examen elle se plaint de tiraillements continuels siégeant dans tout le côté gauche de la face, mais surtout dans l'œil et les dents supérieures et inférieures. Ces tiraillements font souvent place à des sensations de brûlure très pénibles. En outre, tous les deux ou trois jours elle a des crises de fulgurances dans les mâchoires et l'œil qui lui font pousser des cris et durent plusieurs minutes.

L'examen de la sensibilité montre de l'hyperesthésie de toute la moitié gauche de la face à la piqure. Le contact est craint par la malade, mais il n'est pas véritablement douloureux. On constate une paralysie faciale gauche et du ptosis de ce côté.

La malade abaisse difficilement la mâchoire supérieure. La mastication est impossible. On constate que les mouvements d'élévation ne se font qu'avec une force insignifiante et que les mouvements de diduction sont impossibles.

La vue est complètement perdue pour l'œil gauche. Cet œil est plus saillant que le droit, il est dur et douloureux à la pression. Ophtalmoplégie complète, externe et interne.

La malade est revue au mois de juin 1903. Les symptômes douloureux subsistent ainsi que les signes parétiques. L'état général est devenu très mauvais et elle porte en plusieurs points, sous la peau, des nodules squirrheux.

Dans ces deux cas le diagnostic de lésion néoplasique ressort : dans le premier, de l'existence d'une masse ganglionnaire cervicale, dans le second, du passé pathologique et de l'existence concomitante de petits squirrhes cutanés. Le diagnostic topographique repose sur l'étude des fonctions atteintes, sans qu'il soit utile d'y insister. Le diagnostic de lésion radiculaire est confirmé par l'absence de signes paralytiques du côté des membres qui exclut l'idée d'une lésion intra-bulbo-protubérantielle et ne peut s'expliquer que par l'idée d'une lésion juxta-protubérantielle osseuse ou méningée.

On peut donc considérer dans ces deux cas la névralgie faciale comme une *névralgie de cause radiculaire*. Sans refaire longuement le même travail d'analyse que précédemment, voyons tout de suite les caractères, qui sont les mêmes dans les deux observations. On trouve :

1° Une douleur continue, consistant dans des tiraillements, des sensations de torsion et de brûlure ;

2° Des exacerbations en fulgurances survenant par intervalles d'un ou de plusieurs jours par crise ;

3° Des troubles manifestes de la sensibilité objective du visage, peau et muqueuses ;

4° Influence nulle ou peu marquée des excitations extérieures sur la production des crises paroxystiques ;

5° Enfin la généralisation des symptômes douloureux à toute une moitié du visage, surtout au niveau de l'œil et des dents.

On peut ajouter que, dans le cas de névralgie radiculaire, la névralgie est rarement le seul symptôme, et qu'elle s'accompagne au moins de paralysie des masticateurs du même côté. Mais on peut concevoir qu'il y ait des cas où, à un moment donné de l'évolution, la névralgie existe seule.

En comparant les caractères de la névralgie d'origine radiculaire avec ceux que nous avons trouvés dans la névralgie centrale ordinaire, on est frappé des différences que présentent ces deux types. La névralgie radiculaire du trijumeau rappelle surtout les douleurs de la paraplégie par cancer du rachis. La névralgie épileptiforme a été comparée aux douleurs fulgurantes des ataxiques par les partisans de l'origine ganglionnaire. L'assimilation est un peu forcée, ne fût-ce qu'au point de vue de l'évolution par crises rapprochées pendant un temps presque indéfini et de la provocation des crises par des influences périphériques, caractères qui manquent dans les crises tabétiques. Elle reste néanmoins exacte dans une certaine mesure.

Il en résulte vraisemblablement que la névralgie épileptiforme ordinaire n'est pas d'origine radiculaire. Il n'entre pas dans notre intention de rechercher si on doit lui attribuer une origine névritique ou ganglionnaire. Le seul document anatomique venu à notre connaissance immédiate est celui de l'observation XVIII. Dans ce cas l'examen microscopique du ganglion de Gasser a montré des altérations scléreuses et des altérations parenchymateuses. Le fait est certain et confirme ce qui a déjà été vu par d'autres auteurs. Il est cependant plus sage, nous semble-t-il, de ne pas établir d'emblée un lien étroit entre des lésions aussi banales et un syndrome aussi nettement caractérisé que la névralgie épileptiforme. Aussi bien nous

contentons-nous de la considérer comme d'origine centrale sans plus. Nous restons ainsi dans le domaine des faits acquis.

III. DES TOPOALGIES FACIALES « SINE MATERIA », ET DES ACCALMIES DURABLES PAR L'ACTION DE LA COCAÏNE « LOCO DOLENTI ».

Les névralgies faciales dont nous venons de faire l'étude présentent ce caractère commun d'être sous la dépendance d'une cause anatomique permanente dont la localisation seule diffère. Cliniquement elles se comportent comme des affections de cause organique. L'épreuve de la cocaïne ne donne avec elles que des effets temporaires d'anesthésie qui sont les effets physiologiques du médicament. Mais il est des cas plus rares où l'injection de cocaïne loco dolenti a une action curative définitive, c'est-à-dire que non seulement les symptômes douloureux s'apaisent momentanément, mais ils restent apaisés indéfiniment, en tout cas pendant un temps qui dépasse de beaucoup celui pendant lequel s'exerce l'action physiologique connue du médicament injecté. M. le professeur Pitres considère ces cas comme des topoalgies hystériques ou neurasthéniques, provoquées selon toute vraisemblance par l'émergence d'images psycho-sensorielles analogues à celles qui nous donnent le souvenir des impressions antérieurement perçues.

De tels cas sont assez rares dans l'histoire de la névralgie faciale. Nous avons cherché en particulier s'il existait des cas où l'hystérie ne fût pas en cause, et qu'on pût cependant rapporter avec une vraisemblance suffisante à une névralgie « sine materia ». Nous n'en avons pas trouvé. Les deux observations suivantes nous permettront d'esquisser l'étude des névralgies hystériques de la face.

Obs. XXI. — *Névralgie faciale gauche atypique. Guérison définitive par la cocaïne loco dolenti.*

Mlle Ch..., dix-neuf ans, corsetière, se présente à la clinique de M. le professeur Pitres, se plaignant d'une névralgie faciale du côté gauche, le 3 mai 1902.

La malade a toujours été très nerveuse, très émotive, mais n'a jamais eu d'attaques de nerfs. Deux ans auparavant elle a eu des douleurs faciales moins vives que celles qu'elle éprouve maintenant, mais affectant la même topographie. Elles disparurent définitivement à la suite d'une piqûre de morphine.

Le 1^{er} mai, c'est-à-dire trois jours avant de venir à la clinique, elle eut une émotion vive. On lui avait parlé quelques jours auparavant d'une personne qui souffrait beaucoup d'une violente névralgie faciale. Ce récit, dit-

elle, l'avait vivement impressionnée. Aussitôt elle commença de souffrir.

La douleur est continue, elle siège autour de l'œil gauche, sur la tempe et remonte sur le cuir chevelu. Le point qu'elle désigne comme étant le plus douloureux est situé à un travers de doigt environ en dehors et au-dessous du lobule de l'oreille. La douleur est diurne et nocturne, mais plus vive la nuit.

L'examen somatique ne montre rien de particulier sur la face. Il n'y a pas de points de Valleix. On constate un rétrécissement concentrique assez marqué du champ visuel et une hypoesthésie cutanée généralisée.

On pratique alors dans la zone douloureuse une injection sous-cutanée d'un centimètre cube de la solution cocaïnée à 2 p. 100. Une demi-heure après la malade a une pseudo-syncope sans modifications des pupilles ni du pouls.

Elle revient quelques jours après enchantée et guérie.

OBS. XXII. — D... Justine, vingt-six ans, domestique, se présente à la clinique de M. le professeur Pitres, le 22 juin 1900, se plaignant de souffrir du côté gauche de la face.

La malade a, depuis sa puberté, de grandes crises de nerfs avec perte de connaissance.

Son affection actuelle remonte à cinq mois. A cette époque elle se fit arracher une dent dont elle souffrait. C'était la première petite molaire supérieure du côté gauche. Quelques jours après, elle commença à ressentir les symptômes qu'elle présente actuellement.

Ces symptômes consistent dans une douleur continue au niveau de l'alvéole vide, sur laquelle se greffent des paroxysmes très douloureux, constitués par des élancements en série envahissant toute la moitié gauche de la face et s'étendant jusque dans le cuir chevelu. Ces paroxysmes sont plus ou moins fréquents dans la journée et leur intensité varie. Ainsi la malade affirme qu'ils augmentent notablement de fréquence et d'intensité toutes les fois qu'elle éprouve une contrariété.

L'examen somatique ne révèle rien de particulier du côté de la face. Il n'y a pas de points douloureux à la pression. Des deux côtés la conjonctive oculaire supporte le contact d'une épingle. Il n'y a pas d'hémianesthésie ni de zones hystérogènes, pas de dyschromatopsie.

Le champ visuel est rétréci concentriquement des deux côtés.

Le même jour on lui fait une injection de cocaïne dans l'alvéole vide de la première prémolaire gauche. Quelques minutes après, on observe de l'analgésie gingivale locale. A ce moment la névralgie redouble d'intensité, puis la malade perd connaissance et présente une crise hystérique typique avec convulsions toniques, puis attitudes cataleptoïdes, prise du regard, etc. La crise se calme après un quart d'heure et la malade rentre chez elle.

Le 25 juillet, elle revient et se déclare très soulagée, n'ayant eu depuis le 22 que des crises rares et peu intenses.

On lui fait une nouvelle injection, il n'y a pas de phénomènes bruyants. Au contraire, après quelques minutes, la douleur continue au niveau de

l'alvéole a disparu. Elle se déclare complètement guérie le surlendemain. Enfin elle est revenue à la fin de juillet, mais pour une autre raison. Depuis le 25 juin, elle n'avait plus souffert de sa névralgie.

Dans les deux observations précédentes, la guérison définitive par la cocaïne n'a fait que confirmer un diagnostic déjà rendu très vraisemblable par les circonstances extrinsèques de la névralgie. Dans l'observation XXI l'origine, par imitation inconsciente, l'existence de stigmates hystériques; dans l'observation XXII des symptômes d'hystérie avérée faisaient forcément songer à une névralgie fonctionnelle.

Gilles de la Tourette, qui a étudié avec soin les paroxysmes hystériques à forme de névralgie faciale, leur assignait les caractères suivants : existence d'une aura, longue durée des paroxysmes, leur fréquence relativement petite, et enfin leur terminaison fréquente par une crise convulsive. Chez les deux malades précédents il s'agit de phénomènes un peu différents. Ce ne sont pas des paroxysmes névralgiques qu'on puisse absolument considérer comme des équivalents cliniques de l'attaque convulsive. Ce sont des névralgies hystériques simulant la vraie névralgie faciale au même titre que la méningite ou la péritonite hystérique simulent la méningite et la péritonite vraies. Aussi bien n'y retrouve-t-on pas les caractères de Gilles de la Tourette; pas d'aura, paroxysmes courts et fréquents, pas d'alternance ni d'association avec des crises convulsives. La crise qui éclata chez la malade de l'observation XXII ne paraît pas autre chose qu'une crise banale provoquée par l'émotion de la piqure gingivale.

Mais on peut voir que ces deux cas de névralgie se présentent avec certains caractères qu'on peut classer de la même manière que pour les séries précédentes. Ces névralgies sont *atypiques* à plusieurs points de vue :

1° Au point de vue topographique, elles affectent des zones plus vastes et plus mal délimitées que les névralgies ordinaires;

2° Au point de vue objectif, elles paraissent indépendantes des excitations extérieures;

3° Au point de vue évolutif, elles sont sensiblement influencées par les causes morales, pour leur apparition, leur évolution et leur disparition;

4° Au point de vue des symptômes extrinsèques, elles s'accompagnent le plus souvent de stigmates hystériques et par contre on ne retrouve aucune lésion susceptible de les expliquer.

Les caractères précédents appartiennent sinon à toutes, du moins à certaines névralgies hystériques, et les deux exemples cités mon-

trent que la cocaïne peut avoir une action curative définitive en pareil cas. Mais il ne faut pas croire que la seule disparition d'une névralgie, sous l'influence de la cocaïne, autorise à la considérer comme de nature hystérique. Une telle opinion serait absolument injustifiée. Il arrive fréquemment que l'injection de cocaïne, après la sédation absolue de quelques minutes qu'elle procure dans les névralgies périphériques, amène une sédation relative qui peut durer quelques jours. Il n'est pas absolument certain qu'une pareille action ne puisse survenir dans certaines névralgies périphériques ou centrales. Nous-même avons eu l'occasion d'étudier ailleurs des faits absolument surprenants de métatarsalgies et de talalgies définitivement guéries par des injections de cocaïne loco dolenti¹. Il faut donc être réservé en pareil cas et lorsque les effets sédatifs de la cocaïne se prolongent il ne faut faire le diagnostic de névralgie hystérique que si ce diagnostic est rendu vraisemblable par les autres caractères de la névralgie. L'observation suivante est très instructive à cet égard.

OBS. XXIII. — *Névralgie faciale droite. Accalmie de quatre mois consécutive à une injection de cocaïne loco dolenti.*

T... Anna, soixante-deux ans, ménagère, entre à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Pitres, le 19 juillet 1902.

Fille d'un père alcoolique et d'une mère bien portante, elle-même a toujours joui d'une assez bonne santé. Mariée deux fois, elle a eu quatre enfants encore vivants. Jamais de crises d'hystérie. Pas d'alcoolisme. Sujette aux migraines.

A cinquante ans elle a la grippe, garde le lit un mois, mais après une convalescence assez longue, revient complètement à la santé. A cinquante-cinq ans, à la suite d'une colère violente, elle eut un évanouissement d'une heure. Enfin, à cinquante-sept ans, ménopause sans accidents notables.

En septembre 1901, elle se trouvait dans son jardin, lorsqu'on vint lui annoncer qu'un de ses fils se battait. Elle en fut très troublée, mais réussit à aller le chercher, toute tremblante. A partir de ce moment, elle s'aperçut d'une douleur dans le côté droit de la face au moment où elle se mouchait. A partir de février 1902, les douleurs devinrent spontanées et augmentèrent d'intensité.

État le 23 juillet 1902. — La malade souffre par crises nettement intermittentes survenant trois ou quatre fois par jour, avec des accalmies de plusieurs jours. Elle n'en a jamais la nuit. La douleur commence dans la gencive supérieure droite au-dessus de la canine, puis elle s'irradie vers l'angle interne de l'œil. La crise se compose d'une série d'élancements

1. Verger, Sur quelques algies du pied, C. R. Société de Médecine de Bordeaux, juillet 1903.

subintrants pendant plusieurs minutes. Elle débute brusquement, cesse par degrés et laisse encore quelque temps après une sensation de brûlure qui finit par se dissiper entièrement. Ces crises surviennent le plus souvent spontanément; elles éclatent quelquefois, mais pas toujours à l'occasion d'une conversation prolongée ou quand la malade mange.

L'examen objectif de la face montre une légère bouffissure générale.

La joue droite est plus gonflée que la gauche.

La dentition est mauvaise. A droite et en haut il reste les incisives, la canine et deux molaires légèrement cariées. La pression et la friction des gencives ne sont pas douloureuses.

On trouve à la pression une légère douleur aux points sus et sous-orbitaires de Valleix.

Le côté droit de la face dans l'ensemble est hyperesthésique au contact et à la piqure.

L'examen de la gorge ne révèle rien d'anormal. La malade raconte que la narine droite coule abondamment après chaque crise.

L'œil droit pleure pendant la crise. Au repos, il a l'aspect normal.

Il n'y a pas de stigmates hystériques. Le champ visuel est normal.

Les pupilles sont égales et toutes leurs réactions sont normales.

Le 22 juillet, au cours d'un paroxysme très douloureux qui arrache des cris à la malade, on lui fait une injection de cocaïne dans la gencive droite. La crise est arrêtée presque immédiatement. Elle n'en a pas d'autres de la journée.

Le 23, elle a une crise très légère. Le 24, une plus forte, et à partir de ce jour les crises ne se renouvellent plus jusqu'au 30 juillet, où elle quitte l'hôpital.

Jusqu'en décembre elle va très bien, n'ayant plus de crises spontanées et pouvant manger et parler avec des douleurs très supportables.

Le 17 décembre, elle vient au laboratoire de M. Pitres, racontant que ses crises ont recommencé depuis quelques jours. Elle a une crise à ce moment, qui est arrêtée par une nouvelle injection de cocaïne loco dolenti. Elle reste mieux pendant quatre jours, n'ayant que des douleurs légères.

Elle rentre de nouveau à l'hôpital le 23 décembre 1902, avec des crises pareilles à celles du début mais moins violentes. Comme elle présente de la gingivite en haut et à droite et que le frottement de cette région fait éclater les crises, on lui fait faire un traitement local (teinture d'iode) en même temps qu'on lui fait prendre de l'aconitine à la dose d'un quart de milligramme, puis d'un demi-milligramme. Après quelque temps, les crises spontanées s'atténuent et disparaissent.

Le 20 janvier 1903, elle se plaint seulement d'une douleur assez légère et sans irradiation au niveau de la canine supérieure droite survenant quand elle mange. La canine n'est pas cariée. Une injection d'alcool en ce point la soulage sans la guérir complètement. Elle quitte l'hôpital le 2 février 1903.

Nous la revoyons en juillet 1903. Elle ne souffre plus du tout depuis sa sortie de l'hôpital.

D'après ce qui été dit au chapitre I, le diagnostic de névralgie faciale d'origine périphérique ne pouvait faire de doute chez cette malade. Pourtant l'amélioration persistante pendant plusieurs mois, sous l'influence d'une injection de cocaïne loco dolenti, était de nature à faire naître des doutes, réserves faites bien entendu sur la coïncidence d'une accalmie spontanée. Cet effet prolongé et presque curatif n'est pas fréquent puisque sur tous les cas rapportés dans ce travail nous ne l'avons obtenu qu'une fois, mais il méritait d'être signalé. Il présente un intérêt au point de vue particulier qui nous occupe en montrant que l'épreuve de la cocaïne comporte des difficultés d'appréciation. A un point de vue plus général, qu'on invoque l'influence suggestive, ou une action modificatrice, la possibilité de guérison définitive au moyen d'un médicament dont l'effet est ordinairement temporaire constitue un phénomène bien digne d'attirer l'attention. C'est du reste une règle assez générale de voir les névralgies s'apaiser momentanément sous des influences extérieures banales, l'injection d'eau distillée ou de tout autre liquide par exemple. Mais cet apaisement est tout relatif et quand il s'agit d'une névralgie d'origine périphérique, si les crises spontanées disparaissent pour un temps, il reste possible de les faire reparaître par les excitations habituelles. C'est ce qui distingue la véritable action constante de la cocaïne de son action prolongée. Dans le premier cas l'apaisement est momentané, mais absolu ; dans le second il est souvent relatif, au moins dans le cas particulier de la névralgie faciale.

CONCLUSION.

Ce travail ayant été entrepris, en prenant pour base une épreuve clinique nouvelle, n'a pu être mené à bonne fin qu'avec des observations personnelles étudiées dans ce but spécial. Il ne peut donc avoir la prétention de traiter complètement de toutes les formes cliniques de la névralgie faciale. Il en est un certain nombre, d'étiologie spéciale et de pathogénie douteuse comme les névralgies paludéenne, syphilitique, post-grippale, etc., qui sont en dehors de notre cadre. Il en est de même pour ce que les auteurs appellent les névralgies faciales réflexes, qui comprennent les cas où la cause morbide paraît résider le plus souvent dans l'existence d'une affection des voies lacrymales ou du naso-pharynx. C'est là assurément une lacune regrettable, mais on peut remarquer que pour ces variétés le problème clinique est facile à résoudre. La cause morbide saute

pour ainsi dire aux yeux, et soit qu'elle comporte un traitement spécifique comme le paludisme ou la syphilis, soit qu'elle relève d'un traitement chirurgical direct comme les polypes du nasopharynx, ces névralgies sont le triomphe de la thérapeutique et justifient l'adage : *sublata causa, tollitur effectus*. Les cas que nous avons eus en vue sont bien plus complexes en ce sens que la cause en est le plus souvent obscure et veut être cherchée avec soin. Nous avons vu que cette obscurité était telle, que le plus souvent la nature de la cause morbide reste inconnue, quelque effort que fasse le clinicien, et qu'on doit se contenter de la recherche de sa situation topographique.

L'épreuve de la cocaïne nous a permis de distinguer :

- 1° Des névralgies faciales d'origine périphérique;
- 2° Des névralgies faciales d'origine centrale, parmi lesquelles on peut par ailleurs distinguer les névralgies d'origine radiculaire;
- 3° Des névralgies *sine materia*.

Nous avons minutieusement résumé de façon schématique les caractères cliniques de ces divers groupes, en sorte que dans les cas typiques le diagnostic est facile. Est-ce à dire pour cela que l'épreuve de la cocaïne soit un moyen bon seulement pour la recherche nosographique, mais inutile et superflu dans la pratique courante? Celui qui penserait ainsi ferait bon marché de la variabilité symptomatique inhérente à la clinique. Il suffit de lire avec attention les observations que contient ce travail pour voir qu'il en est un certain nombre où les caractères différentiels n'apparaissent pas d'une façon absolument nette, et peuvent induire en erreur. Les conclusions pratiques que comporte cette étude sont donc les deux suivantes :

1° Dans un cas de névralgie on doit toujours, à défaut du diagnostic étiologique, souvent impossible, faire le diagnostic du siège de la lésion algésiogène;

2° Ce dernier diagnostic peut être fait d'après les caractères cliniques dans la plupart des cas, mais il doit être confirmé par l'épreuve de la cocaïne.

3° A fortiori cette épreuve est indispensable dans les cas douteux.

Nous avons, tout au début, exposé les desiderata de la clinique. Il nous semble que cette façon de procéder les remplit en partie, sous cette réserve qu'il n'est pas en médecine de moyen absolument sûr et qu'il existera toujours une minorité de cas douteux. On a pu voir comment nous avons utilisé les notions que nous a fournies l'épreuve de la cocaïne dans l'établissement de notre ligne de conduite thérapeutique.

Sans vouloir aller au delà de notre tâche et prétendre à poser des

règles pour le traitement de la névralgie faciale, il nous semble que cette ligne de conduite peut se résumer en quelques principes généraux.

En cas de névralgie d'origine périphérique préférer les interventions locales soit par les injections modificatrices loco dolenti qui nous ont donné de bons résultats (obs. III et IV), soit, si cela devient nécessaire par les opérations dont la résection du rebord alvéolaire de Jarre représente le meilleur exemple.

En cas de névralgie d'origine centrale, s'attacher de préférence au traitement médical, surtout au traitement opiacé progressivement intensif. Ne recourir au chirurgien qu'en dernier ressort. Il semble qu'alors il soit au moins inutile de suivre la ligne de conduite habituelle qui consiste à faire d'abord les opérations sur la périphérie des nerfs, puis sur les troncs nerveux. L'expérience répétée des médecins et des chirurgiens montre qu'en pareil cas le résultat est quelquefois nul, et le plus souvent temporaire, la névralgie reparaissant au bout d'un certain temps. On obtient ainsi des rémissions précieuses si l'on veut, mais on s'expose aussi à désespérer les malades par les récurrences inévitables. Ne vaut-il pas mieux dès lors s'attaquer de suite au siège probable du mal et faire la gassérectomie ou la résection étendue des troncs à la base du crâne par la méthode de Chipault et Bejarano? A vrai dire, si l'on se rappelle que ce travail contient un seul cas de gassérectomie avec mort consécutive, si d'autre part on songe aux méfiances de certains chirurgiens, et pas des moindres, et quand enfin on lit les résultats du travail auquel s'est livré Zimmern sur les statistiques des cas connus de gassérectomie, concluant à une moyenne de 1 mort sur 3 cas, avec 1 guérison absolue seulement sur 5, il est permis de considérer la chirurgie du trijumeau comme un pis-aller et de croire que tout l'effort doit porter sur les méthodes médicales et électrothérapiques, appliquées patiemment et sagement, à la lumière de connaissances cliniques et pathogéniques plus complètes.