

Cette perversion du goût est-elle la preuve que la corde du tympan est un nerf sensitif, ou bien le goût n'est-il modifié que parce que ce filet nerveux présidant à la sécrétion salivaire, comme l'a démontré C. Bernard, sa lésion entraîne des modifications dans cette sécrétion dont l'utilité est indispensable à la régularité des fonctions gustatives.

Non-seulement la sensibilité tactile est conservée; mais encore, en quelques cas, il y a dans les parties affectées un sentiment de douleur dépendant de l'affection rhumatismale sous l'influence de laquelle la paralysie s'est développée.

Messieurs, il semble qu'il n'y ait plus d'erreur possible quand il s'agit de reconnaître une paralysie faciale, ou que, du moins, toute la question du *diagnostic* se réduise à aller à la recherche des causes qui l'ont produite. Eh bien! une jeune femme qui était couchée au n° 7 de notre salle Saint-Bernard vous a fait voir que ce diagnostic n'était pas toujours aussi simple qu'on pourrait le croire.

Vous vous rappelez la malade dont je parle; elle entra à l'Hôtel-Dieu pour des accidents suites de couches, dont nous n'avons point à nous occuper ici, et qui, d'ailleurs, n'eurent aucune gravité. Mais dès notre première visite, nous avons été frappés de la difformité que présentaient les traits de son visage, et qui, au premier abord, donnait l'idée d'une paralysie faciale occupant le côté *gauche*. La face, en effet, était grimaçante et notablement déviée à droite. De ce côté, la lèvre supérieure et l'aile du nez étaient relevées; la commissure labiale était tirée en haut et en dehors; le sillon naso-labial, également relevé, était plus profondément creusé, en même temps que la narine correspondante était moins ouverte que l'autre. Cependant, de ce côté aussi, l'œil paraissait plus grand que le gauche, la paupière inférieure était abaissée, légèrement renversée en dehors, et les larmes, abondamment sécrétées, alors surtout que la malade avait regardé un objet, s'écoulaient sur la joue, ne suivant plus leur cours naturel; alors aussi la vue était un peu troublée.

En examinant attentivement le visage de cette jeune femme, on n'était pas longtemps sans s'apercevoir que du côté droit survenaient de petits mouvements convulsifs, analogues à ceux qui caractérisent le tic non douloureux. Ces mouvements, qui se produisaient spontanément, pouvaient être provoqués quand, par exemple, on frottait la joue ou la lèvre supérieure, soit avec le bout du doigt, soit avec le manche d'une plume, ou bien quand on chatouillait légèrement la peau de ces régions.

Si, au premier abord, on pouvait penser à une paralysie du côté gauche, déjà le fait de l'abaissement de la paupière, la moindre dilatation de la narine droites, suffisaient pour modifier le diagnostic; mais, quand on sollicitait des mouvements de la face, l'hésitation n'était plus permise, et il ressortait évidemment que l'affection siégeait du côté droit. Lorsque la malade parlait, et plus encore lorsqu'elle riait, la déviation des traits s'opérait énergiquement à

*gauche*; la lèvre supérieure et l'aile du nez se relevant obliquement, la commissure labiale se portant très-énergiquement en dehors et en haut. Lorsqu'elle voulait souffler, sa joue gauche se gonflait, sa bouche restait fermée de ce côté, tandis qu'à droite sa joue restait flasque et sa bouche s'entr'ouvrait. De plus, quelque effort qu'elle fit, elle ne pouvait parvenir à fermer l'œil de ce côté.

Enfin, cette jeune femme nous racontait ainsi la marche des accidents dont elle était affectée. Huit ans auparavant, elle avait été complètement paralysée du côté droit de la face, et cette paralysie était survenue brusquement à la suite d'un *coup de froid* qu'elle avait reçu en allant se promener au bord de la mer après s'être fait arracher une dent. Pendant huit mois on essaya inutilement des applications de sangsues et d'autres moyens thérapeutiques pour combattre ce mal qui était accompagné de violentes douleurs de tête; enfin, il céda après quatre mois d'un traitement par l'électrisation localisée. La guérison semblait radicale. Les traits du visage avaient repris toute leur régularité, quand s'opéra ce nouveau changement que nous constatons et dont la malade prétendait ne s'être aperçue que depuis peu de temps.

Plusieurs personnes, consultées depuis cette époque, s'étaient méprises, sinon sur la nature de la maladie, du moins sur le siège de la paralysie, mettant en cause le côté gauche, tandis que c'était bien incontestablement le côté droit qui était pris; car aucun d'entre vous ne doute que nous n'ayons affaire ici à une *convulsion* et à une *contracture des muscles de la face* consécutive à leur paralysie.

Dans le fait que je viens de vous rapporter, messieurs, on pouvait supposer, mais on ne pouvait affirmer l'existence d'une relation entre la paralysie faciale et la convulsion des muscles animés par la septième paire; mais cette convulsion pouvait bien aussi n'être qu'une coïncidence. En effet, ce que Graves a appelé le *spasme de la portion dure de Bell*, en d'autres termes, le spasme des muscles de la face, indépendamment de toute affection douloureuse, de toute paralysie, s'observe assez communément, et Graves en rapporte une très-curieuse observation dans sa trente-huitième leçon. Pour mon compte, je l'ai vue souvent, le plus souvent, il est vrai, liée à une névralgie de la cinquième paire, à cette espèce de névralgie que j'ai appelée *épileptiforme*, et dont je vous ai longuement entretenu.

Quant à la contracture simple des muscles de la face après la paralysie de Bell, elle est fort commune. Chez notre jeune femme, suivant la règle la plus générale, elle était partielle: la lèvre supérieure et l'aile du nez relevées, la déviation de la commissure labiale correspondante montraient que cette contracture ne portait que sur les muscles orbiculaires des lèvres et les zygomatiques, sur le buccinateur et sur le releveur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure; tandis que la paupière inférieure abaissée, la narine droite moins ouverte que la gauche, prouvaient que la paralysie persistait pour le muscle orbiculaire des paupières, pour le dilatateur de la narine

(le pinnal transverse). La contracture se liait d'ailleurs à un certain degré de paralysie, comme le prouvait le défaut de contraction volontaire dans les muscles affectés.

J'ai déjà bien souvent moi-même, et depuis longtemps, appelé votre attention sur cette contracture des muscles de la face, qui est la conséquence de la paralysie de Bell. Il se passe ici quelque chose d'analogue à ce que nous observons pour d'autres muscles dans les hémiplegies dues à une hémorragie cérébrale ou à un ramollissement. J'ai eu occasion de vous le dire, lorsque l'hémiplegie a été telle que les mouvements ont été abolis pendant quelques semaines, il est rare que les muscles du bras et de l'avant-bras ne deviennent pas le siège d'une contracture incurable. Parcourez les hospices de vieillards, et vous serez frappés de la grande fréquence de cette affection. Les malades ont l'avant-bras à demi fléchi sur le bras, la main fléchie sur l'avant-bras, les doigts, et plus particulièrement les deux dernières phalanges, et la phalange unguéale du pouce portés fortement dans la paume de la main. Cette contracture est quelquefois un peu douloureuse, et jamais nous ne pouvons essayer de la vaincre sans produire de vives souffrances, souffrances que l'on excite également quand on presse vivement les masses musculaires atteintes de ce spasme. La contracture, après la paralysie, est donc un fait extrêmement commun, et il était tout simple qu'on l'observât après la paralysie de Bell, lorsque celle-ci avait été portée très-loin et qu'elle avait duré longtemps.

L'année dernière, vous vous le rappelez, nous en avions dans le service de la clinique un autre exemple très-frappant. Bien entendu, ces faits ne se présentent pas toujours sous la même forme, en ce sens que tantôt la contracture portera sur un muscle, tantôt sur un autre : chez celui-ci, ce sera l'orbiculaire des paupières qui sera affecté, et il en résultera que l'œil, au lieu d'être plus ouvert que l'autre, se fermera et paraîtra plus petit; chez celui-là, ce seront les muscles zygomatiques, le buccinateur, comme chez notre jeune femme. Il peut arriver aussi que les muscles se rétractent à la longue, et alors il n'y a non plus seulement une simple difformité de la face, mais encore une gêne considérable dans les mouvements. Cette contracture des muscles du visage est, je vous le répète, une des terminaisons fréquentes de la paralysie dite rhumatismale de la septième paire. M. Duchenne, dans son *Traité de l'électrisation localisée*, a consacré à ce sujet un intéressant chapitre (1). Je m'étonne d'autant plus de voir que nos livres classiques en aient aussi peu fait mention, que la contracture musculaire consécutive à la paralysie des membres ou du tronc est un accident qui a été signalé par tous.

Il était nécessaire de combler cette lacune dans l'histoire de la paralysie faciale, pour vous prémunir contre les erreurs possibles du diagnostic : un peu d'attention suffira pour les faire éviter. Quant au diagnostic différentiel des

(1) Page 650.

diverses espèces de paralysies entre elles, il s'établira sur la connaissance des circonstances dans lesquelles l'affection est survenue, sur la marche qu'elle aura suivie dans son développement, sur les phénomènes concomitants.

Dans une de nos précédentes conférences, j'ai assez longuement insisté sur les caractères distinctifs entre la paralysie de Bell et la paralysie faciale symptomatique d'une affection cérébrale telle que l'hémorragie, pour que j'aie besoin d'y revenir. Il est cependant des cas embarrassants : c'est lorsque la paralysie faciale se lie à l'existence d'une tumeur encéphalique développée, soit dans les enveloppes du cerveau, soit dans le cerveau lui-même, soit dans l'os du rocher, au voisinage du point où le nerf de la septième paire s'engage dans l'aqueduc de Fallope. La cause de cette paralysie, alors surtout que celle-ci se montre brusquement, peut être méconnue et la maladie peut être prise pour une affection de nature rhumatismale. Ces cas sont heureusement très-rares, et d'ailleurs il ne se passe pas longtemps sans que d'autres phénomènes viennent éclairer le diagnostic.

La paralysie faciale dite idiopathique guérit généralement, elle guérit d'autant plus rapidement qu'elle est survenue subitement et que le malade est plus jeune. Il est toutefois un fait capital que vous devez connaître, c'est que, dans certaines circonstances, la maladie résiste opiniâtrement à toute action thérapeutique, sans que rien dans les phénomènes qui la caractérisent vous donne raison de cette opiniâtreté; tandis que dans d'autres circonstances, le mal, qui semblait se présenter avec des symptômes identiques, cède avec la plus merveilleuse facilité. M. Duchenne (de Boulogne) a démontré que nous possédions dans l'électrisation localisée un moyen de distinguer ces cas, l'abolition de la contractilité électrique dans les muscles paralysés étant considérée par lui comme un signe certain de l'incurabilité de l'affection.

Maintenant, messieurs, quelques mots du traitement. Avant toutes choses, n'oubliez pas que la paralysie faciale est quelquefois une affection tellement passagère, qu'elle guérit en vingt-quatre, quinze et même douze heures, avant que la médecine ait eu le temps d'intervenir. C'est là, il faut le dire, l'exception; le plus souvent il faut agir. La médication antiphlogistique, des applications de sangsues ou de ventouses scarifiées au-devant de l'oreille et au niveau de l'apophyse mastoïde, trouvent leur indication quand la douleur et un certain degré de tuméfaction de la région parotidienne semblent annoncer une irritation des parties.

Quand le mal revêt des allures moins aiguës, c'est aux remèdes excitants du système cutané qu'il faut avoir recours. Les vésicatoires occupent ici la première place. S'ils font défaut, on est obligé d'employer des moyens plus énergiques, la cautérisation transcurrente, les cautères, les moxas.

Une médication dont j'ai retiré d'assez bons effets est l'emploi des préparations de strychnine ou de vératrine par la méthode endermique. A cet effet, sur le derme dénudé par un emplâtre vésicant, je fais appliquer, soit de 2 à 10 milligrammes de sulfate de strychnine, soit la même dose de vératrine;

ces deux substances doivent toujours être mêlées à cinq ou six fois leur poids de sucre en poudre. Je me suis assez bien trouvé des applications sur la région parotidienne de compresses imbibées de teinture de noix vomique.

Enfin, l'acupuncture, l'électropuncture, ou plus simplement l'électrisation, ont été d'un utile secours; mais il faut être prévenu que la faradisation demande à être employée suivant certaines règles qui ont été parfaitement indiquées par M. Duchenne (1).

Est-il nécessaire d'ajouter que ce que nous disons ici du traitement n'a trait qu'à la paralysie dite rhumatismale? Il est trop évident que celle qui reconnaît pour cause ou une section accidentelle du nerf, ou sa destruction dans les maladies du rocher, est tout à fait au-dessus des ressources de l'art.

Messieurs, je ne vous ai parlé jusqu'ici que de l'hémiplégie faciale; quelques mots, en finissant, de la *paralysie double de la face*, affection qui ne se trouve même pas mentionnée dans les traités de médecine et de chirurgie que vous avez entre les mains. M. le docteur Davaine, à qui revient le mérite d'avoir rassemblé dans un long et substantiel mémoire les faits épars dans la science (2), en a résumé les caractères.

Ces caractères varient suivant que la paralysie est générale ou partielle, complète ou incomplète.

Dans la paralysie générale et complète, la seule dont nous nous occuperons ici, car c'est la seule qui ait été observée chez l'homme, la paralysie partielle des deux nerfs de la septième paire n'ayant été observée que chez les animaux, dans la paralysie générale et complète, les traits du visage n'ont rien perdu de leur régularité, ou, pour mieux dire, il n'y a plus ce défaut de symétrie qui dans l'hémiplégie est le fait de l'absence d'antagonisme entre les muscles du côté affecté et ceux de l'autre côté. La physionomie, immobile, prend une expression particulière, et ressemble à un masque inanimé sur lequel les impressions de l'âme ne se traduisent plus que par le changement de coloration. La peau du front est sans rides, la région sourcilière est abaissée; les paupières sont largement ouvertes sans pouvoir se fermer, l'inférieure est à demi renversée, et comme dans l'hémiplégie, les larmes s'épanchent constamment sur les joues, de même que les lèvres à demi entr'ouvertes laissent couler la salive hors de la bouche. Les narines rétrécies s'affaissent encore pendant l'inspiration, tandis que dans les fortes expirations, les joues sont soulevées pour retomber bientôt à la façon d'une voile mal tendue. Les phénomènes que nous avons analysés à propos de l'hémiplégie faciale, à savoir la gêne de la mastication, l'impossibilité de cracher, de souffler, de siffler, la gêne de la prononciation de certaines consonnes et des voyelles labiales, ces phénomènes sont bien plus marqués dans cette paralysie double de la face; de plus, la voix est

(1) *De l'électrisation localisée*. Paris, 1864.

(2) *Mémoire sur la paralysie générale ou partielle des deux nerfs de la septième paire* (Mém. de la Société de biologie, 1852, et Gazette méd. de Paris, 1852 et 1853).

nasillarde, et cela tient à ce que le voile du palais, qui, nous l'avons vu, est quelquefois compris dans la paralysie d'un seul côté, l'est généralement bien plus complètement dans la double paralysie. Si l'on examine le fond de la gorge, on ne retrouve plus, comme dans l'hémiplégie, ni la déviation de la luette, ni la diminution dans le diamètre d'une des arcades comprises entre celle-ci et les piliers correspondants; les deux arcades sont symétriques. Mais de cette paralysie complète du voile du palais résulte, indépendamment de la voix nasillarde, la gêne de la déglutition et le retour des boissons par le nez. La gêne de la déglutition dépend aussi d'autres causes; d'une part, de la paralysie du ventre postérieur du muscle digastrique et de celle du muscle stylohyoïdien qui, recevant un rameau du nerf facial, élève la base de la langue; d'autre part, de la paralysie du pharynx lui-même, auquel se rendent également des rameaux du nerf de la septième paire; enfin la langue ne peut plus être facilement portée hors de la bouche, ni sa pointe être recourbée en haut.

Vous comprenez, messieurs, qu'il est impossible de rien formuler d'une manière générale sur la marche, la durée, la terminaison de la paralysie double de la face; parce qu'en effet, sa marche, sa durée, sa terminaison, sont nécessairement subordonnées aux causes dont elle relève.

Tantôt ce seront des lésions du centre nerveux, comme des épanchements, du ramollissement, etc., dont les expressions symptomatiques resteront limitées aux muscles animés par les nerfs de la septième paire, ainsi que cela existait dans une des observations rapportées par M. Davaine, sans qu'il nous soit possible d'expliquer par la lésion cadavérique la localisation de la paralysie dans ce cas.

Tantôt ce seront des affections qui auront frappé sur les deux nerfs faciaux dans leur trajet à travers le rocher. Ainsi, M. Davaine cite un exemple de paralysie double survenue à la suite d'une commotion violente qui avait fracturé en même temps les deux os temporaux. Or, dans ce cas, la paralysie s'expliquait par la compression exercée sur les nerfs ou par la déchirure de ces nerfs. Mais on conçoit comment une cause morbide susceptible de porter son action sur plusieurs organes à la fois, et spécialement sur les os, comme la scrofule et la syphilis, sera plus propre qu'aucune autre à produire une lésion simultanée des deux rochers et à amener les accidents de paralysie double de la face. L'auteur que je nommais tout à l'heure emprunte à Ch. Bell le fait observé par Dupuytren, d'une jeune fille de seize ans qui fut atteinte de cette double paralysie, frappant d'abord le côté gauche et huit jours après le côté droit, et qui céda après huit mois d'un traitement antisiphilitique. Il y a quelques jours, je lisais dans le journal la *France médicale* une observation analogue tirée du *Dublin quarterly Journal*, et prise par le docteur O'Connor sur un malade qui avait eu depuis longtemps des symptômes de syphilis constitutionnelle, et qui était spécialement atteint de périostite des os du crâne. La paralysie de la face occupa également d'abord le côté gauche et bientôt l'autre côté. L'ouïe n'avait subi aucune atteinte, et il n'existait aucun trouble intel-

lectuel, bien qu'à en juger d'après sa physionomie le sujet parût complètement idiot. Les traits avaient perdu toute leur expression. Les yeux étaient continuellement fixes, injectés, rouges, et baignés de larmes qui coulaient goutte à goutte sur les joues. Les commissures labiales, flasques et pendantes, laissaient échapper la salive, ainsi que les liquides que le patient cherchait à avaler, la déglutition ne s'exécutant qu'avec beaucoup de difficulté. Les lèvres ne concourant plus à l'émission de la parole, la voix était gutturale et semblait sortir du fond de la gorge. Comme il n'y avait aucun danger pour la vie, l'aspect de la physionomie chez ce pauvre garçon faisait naître le rire plutôt qu'un sentiment de pitié. Aussi les plaisanteries de ses compagnons le forcèrent-elles à quitter l'hôpital, en sorte que M. O'Connor ne put connaître la terminaison de la maladie.

Dans un troisième ordre de causes de cette paralysie double de la face, il faut rapporter celles qui agissent sur le nerf de la septième paire à sa sortie du trou stylo-mastoïdien et sur ses divisions périphériques. A cet ordre de causes se rapportent donc celles qui, comme la compression exercée par le forceps au moment de l'accouchement, comme le froid, agissent si communément dans la production de l'hémiplégie faciale.

Je ne voudrais cependant pas, messieurs, abandonner cette question de la paralysie faciale double sans vous faire remarquer qu'elle a été confondue avec une autre forme de paralysie incomplète de la face, à laquelle j'ai donné le nom de *paralysie glosso-laryngée*, et qui a été décrite par M. le docteur Duchenne (de Boulogne), sous le titre de *Paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres*; affection étrange, longtemps ignorée et qui fera le sujet de notre prochaine conférence.

Vous vous rappelez certainement avec quel soin nous avons recueilli les observations de cinq malades qui en étaient atteints et qui pendant plusieurs mois sont restés dans mes salles Saint-Bernard et Sainte-Agnès. Chez ces malades il y avait paralysie du voile du palais, de la langue et des lèvres; la prononciation des mots, de certaines lettres, la déglutition de la salive et des aliments avaient été d'abord difficiles, puis étaient devenues presque absolument impossibles; mais jamais la paralysie ne s'était étendue à la moitié supérieure de la face, les muscles qui président à l'action du rire, ceux qui président à l'occlusion des paupières avaient conservé toute leur contractilité, et les malades, quelques instants avant de mourir, asphyxiés par la paralysie des muscles respirateurs ou par la présence du bol alimentaire dans la dernière portion du pharynx, conservaient encore sur leur visage assez d'expression pour témoigner leur reconnaissance aux gens qui les soignaient.

Dans la paralysie faciale double, au contraire, le masque reste muet, aussi la contractilité persistante de la moitié supérieure de la face dans les cas de paralysie glosso-laryngée suffirait à elle seule pour faire éviter une erreur de diagnostic.

Ajoutons que dans la paralysie de Bell jamais la langue n'est paralysée au

point de ne pouvoir être portée hors de la bouche. — Et si les malades parlent difficilement, c'est moins leur langue que leurs lèvres qui fait défaut pour l'articulation des mots.

Cependant M. Davaine, à une époque, il est vrai, où la paralysie glosso-laryngée n'était point encore décrite, n'avait pas su éviter l'erreur, et dans son mémoire on trouve deux faits (obs. VII et VIII) qui ont trait à la maladie dont étaient atteints nos cinq malades. Je conviens que l'on peut se tromper aisément, parce que, dans cette singulière paralysie partielle, le muscle orbiculaire des lèvres et la langue se meuvent à peine; et comme, dans l'acte de parler, la bouche est nécessairement la partie dont les mouvements sont le plus fréquemment répétés, que d'ailleurs la plupart des muscles de la face convergent vers les lèvres, celui qui est atteint de cette maladie semble avoir le masque immobile comme celui qui a une double paralysie faciale: mais, en y regardant de plus près, on voit que l'orbiculaire des paupières, que les autres muscles de l'expression ont encore toute leur énergie, ce qui n'a pas lieu dans la paralysie de Bell. De plus, les muscles conservent invariablement l'excitabilité électrique, tandis que dans la paralysie de Bell cette excitabilité est nulle ou à peu près.

M. Davaine donne, d'après Marshall-Hall, un moyen expérimental pour arriver à connaître si la cause de la paralysie double de la face siège dans l'encéphale ou sur le trajet des nerfs. Dans le premier cas, la faculté conductrice de ces cordons nerveux se maintient indéfiniment, de telle sorte qu'en appliquant le galvanisme au tronc et aux principales branches des nerfs faciaux, tous les muscles qui en reçoivent des rameaux entreront en contraction, comme si l'on appliquait le galvanisme à ces muscles eux-mêmes; tandis que lorsque la cause paralysante se trouve sur le trajet des nerfs, ils perdent très-facilement leur faculté conductrice. En outre, si l'on observe des mouvements réflexes dans les muscles paralysés, on aura la certitude que la cause de la paralysie réside dans les centres nerveux.

Le siège de la paralysie déterminée, la cause connue ou présumée, le *traitement* trouvera son indication, et j'aurais à vous répéter ici ce que je vous ai déjà indiqué tout à l'heure à propos de l'hémiplégie.