

deviennent véritablement insupportables, au point d'arracher des cris au malade comme dans la névralgie de la face, on a affaire à une variété particulière : la *paralysie douloureuse* de la septième paire, bien étudiée par M. Testaz. Il ne semble pas que ces phénomènes douloureux, quelle que soit leur intensité, ajoutent rien à la gravité de la paralysie : on peut les voir survenir aussi bien dans les formes bénignes que dans les formes sévères.

L'*anesthésie* est moins exceptionnelle qu'on ne le pense communément ; tantôt elle se montre par plaques, consécutive à une névralgie, persistant même après la paralysie, tantôt elle occupe toute une moitié de la figure et s'étend même aux muqueuses de la bouche et de la langue. Elle peut porter sur un ou plusieurs modes de la sensibilité.

Ces troubles sensitifs, coïncidant avec une paralysie du nerf facial, sont dus à l'intervention du trijumeau. On retrouve le plus souvent les points de la névralgie de ce nerf indiqués par Valleix. Ainsi, le nerf sensitif et le nerf moteur de la face peuvent être touchés simultanément sous l'influence d'une même cause. Quelquefois celui-là est atteint beaucoup plus profondément ; il s'y développe une véritable névrite. C'est ce qui se passe dans les cas où l'on voit une éruption de zona précéder l'apparition d'une paralysie.

Les *troubles trophiques* s'observent seulement dans les paralysies rhumatismales graves, dans les paralysies par section ou compression prolongée du nerf. On voit, au bout d'un temps plus ou moins long, survenir l'atrophie musculaire ; elle s'accompagne généralement de contracture. La peau de la face, lisse, sèche, est tendue sur les os ; la lèvre est amincie et immobile. On n'a pas signalé la chute des poils ou de la barbe.

Les modifications de la *réaction sudorale* ont été bien étudiées par M. Straus¹. Dans les paralysies périphériques à forme grave, on constate, à la suite de l'injection locale de 1 à 4 milligrammes de pilocarpine, que la sudation apparaît du côté malade une ou deux minutes plus tard que du côté sain. Dans les paralysies légères ou dans les paralysies d'origine cérébrale, la réaction sudorale n'est pas modifiée.

Formes. Marche. — I. — La *paralysie essentielle ou rhumatismale*, celle des prédisposés, de beaucoup la plus fréquente, permet d'étudier la marche des paralysies périphériques du nerf facial. Elle commence toujours d'une façon brusque. Quelquefois son début est marqué par des douleurs assez vives, mais le plus souvent l'asymétrie du visage est le premier symptôme observé. Tantôt il y a une

1. STRAUS (*Gazette médicale de Paris*; 1880, n^o 2, 3, 5).

simple parésie des muscles, surtout appréciable quand le malade veut rire ou parler ; tantôt la déviation des traits est très accentuée : toute une moitié du visage, inerte et sans expression, est reportée en avant par les muscles demeurés sains. On n'observe pas toujours, même dans ce cas, de troubles des organes des sens.

Généralement, à ces différences dans l'intensité des symptômes correspondent des modifications variables de la *contractilité électrique* ; leur importance, d'après Erb et Duchenne, serait considérable ; elles permettraient de distinguer trois formes de la paralysie rhumatismale.

1^o Dans la forme *légère*, la contractilité électrique ne subit aucune modification. Les muscles du côté paralysé répondent aux courants galvanique et faradique aussi bien que du côté sain. Le pronostic est alors des plus bénins : la paralysie guérit en deux à cinq semaines.

2^o Dans la forme *grave*, la paralysie est généralement très accentuée, la déviation du visage portée à son maximum. Dès la deuxième ou troisième semaine apparaît la réaction de dégénérescence : abolition de la contractilité faradique des muscles et des nerfs, exagération de la contractilité galvanique des muscles, inversion de la formule, secousse de fermeture plus forte au pôle positif qu'au pôle négatif. Ici le pronostic est habituellement des plus sérieux : c'est seulement au bout de deux ou trois mois que les muscles commencent à recouvrer leur contractilité volontaire ; souvent la paralysie se termine par l'atrophie des muscles paralysés, mais surtout par la contracture.

Signalée pour la première fois par Duchenne (de Boulogne), en 1851, étudiée depuis par Trousseau et Jaccoud, la *contracture*¹ est la complication la plus redoutable de la paralysie faciale. Elle apparaît ordinairement du deuxième au quatrième mois ; elle n'est pas à craindre quand il y a seulement une diminution de la contractilité faradique ; mais, en cas d'abolition complète, elle survient assez souvent. Certains signes précurseurs permettent de la prévoir ; tels sont les spasmes, se produisant soit spontanément, soit sous l'influence d'une excitation artificielle des muscles, et surtout le retour trop rapide de la tonicité dans les muscles privés de leur contractilité électrique. Duchenne a fait voir que les muscles paralysés recouvraient leur tonicité dans un certain ordre : d'abord le buccinateur, puis les zygomatiques, l'élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre, et en dernier lieu, le frontal, le sourcilier, le dilatateur de l'aile

1. FOUCHER, *De la contracture secondaire des muscles de la face* (Thèse de Paris, 1886).

du nez, etc. Quand l'un d'eux recouvre sa tonicité d'une façon prématurée, on peut être presque certain qu'il sera atteint de contracture.

Généralement, elle est partielle au début, frappant seulement certains muscles, et de préférence parmi eux le buccinateur, le grand et le petit zygomatique, l'élévateur de l'aile du nez, etc. Quand tous les muscles paralysés sont atteints, on constate que d'abord le visage reprend son expression naturelle, et que les traits se régularisent, mais que bien vite le but est dépassé : « Le petit zygomatique creuse le sillon naso-labial et donne au visage une expression de tristesse, le grand zygomatique élève la commissure et donne une expression de gaieté, l'orbiculaire diminue l'ouverture des paupières, ... ou bien la face est comme crispée par le froid sous l'influence de la rétraction en masse de tous les muscles paralysés » (Duchenne). A la longue, en effet, il survient une rétraction qui peut donner lieu à une difformité incurable. Quelquefois la contracture s'accompagne de spasmes et de petites secousses fibrillaires¹.

3° A côté de cette forme grave et de cette forme légère, M. Grasset et Erb décrivent des formes *intermédiaires* de la paralysie rhumatismale dans lesquelles l'excitabilité des nerfs ne disparaît pas complètement; la contractilité faradique des muscles est notablement diminuée, il y a inversion de la formule de la contractilité galvanique. Le pronostic est assez bénin : la guérison survient en six à dix semaines.

II. *Paralysies traumatiques*. — Elles évoluent le plus souvent comme les paralysies rhumatismales graves, sauf dans les cas où il y a eu seulement compression passagère du nerf. Tantôt elles sont dues à une lésion du facial hors de l'aqueduc de Fallope (section, ganglions hypertrophiés, tumeur de la parotide); tantôt le nerf est détruit dans son trajet intra-temporal (fracture, carie du rocher); alors on observe des troubles de l'ouïe et du goût, une déviation de la lèvre : la paralysie est incurable. Dès la deuxième ou troisième semaine, les modifications de la contractilité électrique permettent de porter un pronostic défavorable. On se rappellera cependant que la loi d'Erb souffre quelques exceptions, et que parfois des muscles paralysés ont guéri au bout d'un temps plus ou moins long, après avoir présenté la réaction de dégénérescence.

III. *Paralysie faciale dans le tétanos (tétanos céphalique)*. — Cette

1. Erb explique cette contracture par des altérations histologiques de la fibre musculaire identiques à celles qui se produisent après la section des nerfs. Cette manière de voir est infirmée par ce fait que la contracture s'observe surtout au moment où les muscles commencent à recouvrer leur contractilité volontaire, où par conséquent la fibre musculaire n'est pas altérée. Pour Straus et Hitzig, il se produirait une irritation centripète du facial se propageant jusqu'à son noyau d'origine et donnant lieu à la contraction tonique permanente des muscles paralysés.

forme particulière de tétanos a été décrite pour la première fois par Rose. A la suite d'une blessure de la face, on peut voir survenir, au bout de sept à dix jours, une paralysie faciale suivie bientôt de tétanos et d'hydrophobie. Les accidents tétaniques ne se généralisent pas toujours. La mort s'observe dans plus de la moitié des cas¹. Dans la plupart des autopsies, le nerf a été trouvé intact. Cette paralysie a été diversement interprétée. On peut se demander s'il n'y a pas une simple coïncidence entre l'apparition d'une paralysie après un traumatisme de la face et le développement ultérieur du tétanos.

IV. *Paralysie obstétricale*. — Elle est bien connue depuis les recherches de Landouzy. Elle est due à la compression du nerf facial par le forceps au moment de l'accouchement. L'absence d'expression du visage chez le nouveau-né explique comment, au repos, la paralysie peut presque passer inaperçue; à l'occasion d'un cri, d'un effort, la déviation de la face devient manifeste. Quand le nerf a été comprimé après sa division en deux branches, il peut y avoir paralysie isolée du rameau temporo-facial ou cervico-facial. Le plus souvent la guérison survient en quelques jours.

V. *Diplégie faciale*. — La paralysie simultanée des deux nerfs faciaux est rare (Davaine). Elle peut se produire à la suite d'une fracture des deux temporaux, d'une double carie du rocher; presque jamais la paralysie rhumatismale n'est bilatérale. Au repos, il n'y a pas d'asymétrie; mais le visage a perdu toute expression; il ne peut plus traduire la gaieté ni la tristesse. Le clignement des paupières ne se fait plus; pendant le sommeil, les fentes palpébrales restent entr'ouvertes. La parole est difficile, la voix nasonnée; la mastication devient presque impossible à cause de la paralysie des deux muscles buccinateurs.

Quelquefois la paralysie guérit d'un côté seulement; l'autre peut être atteint par la contracture et la déviation de la face se produit même au repos. Le pronostic de cette forme, d'ailleurs fort rare, est variable : il est subordonné à la cause qui a déterminé la paralysie.

Diagnostic. — Il est ordinairement facile de reconnaître une paralysie de la face. L'hémiatrophie faciale, la déformation d'un maxillaire, une fluxion dentaire sont des causes d'erreur faciles à éviter. Quand les accidents ne sont pas très accusés, par exemple dans certaines variétés d'origine bulbaire, ou chez les enfants dont le visage au repos n'a que peu d'expression, la paralysie peut passer inaperçue; dans ce cas, c'est seulement à l'occasion d'un cri, d'un effort, qu'elle devient appréciable.

1. VILLAR, Du tétanos céphalique (*Gaz. des hôp.*, 22 déc. 1888).

La contracture étendue à toute une moitié de la face paralysée pourrait amener à méconnaître le siège de la paralysie; comme les muscles contracturés exagèrent leur action tonique et attirent quelquefois à eux le côté sain, on pourrait croire que c'est celui-ci qui est paralysé. Il faut alors faire rire ou parler le malade, et l'on voit que les muscles du côté qui, au premier abord, paraît paralysé, agissent seuls; ceux de l'autre côté — où existe la contracture — demeurent inertes.

Le *tic convulsif* de la face ressemble un peu à la paralysie avec contracture et contractions spasmodiques; mais dans ce dernier cas les secousses apparaissent dans une moitié du visage qui a antérieurement été paralysée, les mouvements sont moins intenses, ils ne surviennent presque jamais spontanément, ils sont provoqués par le rire, la parole, etc.

Dans l'*hémispasme glosso-labié*, presque toujours d'origine hystérique, la déviation excessive de la langue qui est tordue sur elle-même, la présence de petites secousses fibrillaires, feront reconnaître qu'il s'agit non d'une paralysie, mais d'un spasme.

La diplégie faciale devra être distinguée de la *paralysie labio-glosso-laryngée*. Dans cette affection, les troubles de la respiration et de la déglutition, la paralysie de la langue sont beaucoup plus accusés, la mimique est presque toujours conservée, les orbitulaires des paupières sont rarement touchés.

La *paralysie pseudo-bulbaire* peut simuler une paralysie faciale double, mais débute habituellement d'une façon brusque, elle survient à la suite d'une ou de plusieurs attaques apoplectiques, les réflexes ne sont pas abolis, il n'y a pas d'atrophie musculaire; enfin, elle s'accompagne d'un affaiblissement notable des fonctions cérébrales.

Ces réserves faites, on voit que d'ordinaire le diagnostic d'une paralysie faciale est assez simple; presque toujours il doit se borner à établir si l'on se trouve en présence d'une paralysie périphérique du nerf facial, et, dans ce dernier cas, en quel point de son trajet ce nerf a été touché.

I. — La paralysie faciale *d'origine cérébrale* intéresse seulement le facial inférieur. Cette localisation si spéciale est le meilleur élément de diagnostic; il est tout à fait exceptionnel de voir le facial supérieur touché dans une paralysie d'origine cérébrale et d'autre part la paralysie périphérique est presque toujours totale: c'est seulement dans certains traumatismes qu'une des branches du nerf est uniquement intéressée. En même temps, il y a habituellement une hémiplegie ou une monoplegie plus ou moins complète, siégeant du même côté que la paralysie des muscles du visage; les mouvements réflexes et associés sont conservés; la

réaction électrique n'est pas modifiée, il n'y a pas de retard de la sécrétion sudorale¹.

La paralysie faciale *hystérique*, connue depuis peu (Lombroso, Chantemesse, Ballet), ressemble le plus souvent à une paralysie d'origine centrale; le facial inférieur est d'ordinaire seul intéressé. Elle est fugace, légère, presque toujours accompagnée d'anesthésie, de spasmes musculaires du côté opposé; rarement elle est isolée; presque toujours on trouve en même temps une hémiplegie et d'autres stigmates hystériques. Fréquemment, elle est systématisée, c'est-à-dire qu'elle ne porte que sur quelques-uns des mouvements que les muscles doivent exécuter: un malade, par exemple, peut rire et siffler; mais, quand il veut parler, les mouvements des lèvres ne se font que d'un seul côté².

II. — Le nerf facial peut être intéressé en divers points de son trajet. Suivant le siège, la paralysie sera funiculaire, temporale, bulbo-protubérantielle.

Dans la paralysie *funiculaire*, tous les muscles de la face sont paralysés: il n'y a pas de déviation de la langue ni du voile du palais, pas de trouble des organes des sens.

Quand la paralysie est *intra-temporale*, on constate, outre la paralysie des muscles de la face signalée dans la forme précédente, une déviation de la langue et de la luette (rameau du stylo-glosse et du glosso-staphylin), des troubles du goût (corde du tympan) et souvent de l'hyperacousie (nerf du muscle de l'étrier). Les troubles du goût n'existent que si la lésion siège entre le ganglion géniculé et le point où la corde du tympan quitte le tronc du facial.

La paralysie d'origine *bulbo-protubérantielle* s'observe quand le nerf est touché au niveau de ses noyaux ou à sa sortie du bulbe au-

1. La paralysie cérébrale des muscles de la face peut être d'origine centrale ou d'origine corticale. Dans le premier cas (paralysie *centrale*), elle tient à une lésion des ganglions cérébraux ou de la capsule: elle accompagne l'hémiplegie vulgaire. L'intégrité presque constante du facial supérieur s'explique par ce fait que les fibres destinées à l'orbitulaire ne cheminent pas par la capsule interne, mais par la partie postérieure du noyau lenticulaire. Pour Broadbent, cette intégrité n'est qu'apparente: l'orbitulaire conserve ses mouvements au même titre que les muscles du larynx et du tronc qui paraissent toujours respectés: l'excitation produite du côté sain suffit à faire contracter les muscles du côté malade dont l'action est synergique. Dans le deuxième cas (paralysie *corticale*), la lésion siège généralement à la partie postérieure de la deuxième circonvolution frontale (ramollissement cérébral); la paralysie s'accompagne souvent d'aphasie, et l'hémiplegie concomitante est fréquemment suivie de contracture.

2. La paralysie hystérique n'a pas de caractère pathognomonique; l'orbitulaire des paupières que l'on croyait toujours respecté (Ballet) peut être touché. Aussi est-il permis de penser que certains faits de paralysie complète du nerf facial avec anesthésie de la face et des muqueuses relèvent de l'hystérie (GASNIER, *De la paralysie faciale hystérique*, Thèse de Paris, 1893).

dessous du pédoncule cérébral. D'ordinaire elle est associée à une hémiplégié croisée de l'autre côté du corps (paralysie alterne de Gubler) et à une paralysie de l'oculo-moteur externe du même côté¹.

Dans l'affection décrite sous le nom de syndrome de Weber, la paralysie du facial coexiste avec l'hémiplégié des membres et de l'hypoglosse du même côté et la paralysie de l'oculo-moteur commun du côté opposé. Elle est due à une lésion de la partie inféro-interne du pédoncule cérébral.

Toutes ces paralysies bulbo-protubérantielles sont des paralysies totales; les réflexes sont abolis et la réaction de dégénérescence peut s'observer comme dans les paralysies périphériques. Il n'y a pas de troubles du goût.

Traitement. — C'est celui des paralysies périphériques en général. Quand la paralysie est liée à une otite, à une tumeur ganglionnaire de la parotide, l'intervention chirurgicale est quelquefois utile.

Les frictions excitantes, la révulsion, les vésicatoires rendent peu de services. Le traitement électrique est de beaucoup le plus important². On peut faire usage soit de courants galvaniques, soit de courants interrompus.

On place le pôle positif au-devant de l'apophyse mastoïde du côté sain, le pôle négatif au point symétrique du côté opposé; il faut faire usage de courants assez faibles pour que le malade n'éprouve aucune sensation de brûlure.

Duchenne recommande de s'adresser surtout aux courants faradiques; ils doivent être toujours d'intensité moyenne. Dès que les muscles commencent à recouvrer leur tonicité, il ne faut pas employer des courants à intermittences trop rapides: ils ont été accusés quelquefois de déterminer l'apparition de la contracture.

Quand celle-ci s'est produite, on a proposé soit la myotomie, soit l'emploi de courants faradiques, destinés à provoquer la contracture des muscles du côté sain et à faire disparaître ainsi la déviation des traits.

PIERRE BOULLOCHE.

1. Le voisinage immédiat des noyaux de l'abducens et du facial rend aisément compte de cette association symptomatique.

2. Voir le chapitre de l'Électricité médicale.

PARALYSIE DU NERF SPINAL

Le *nerf spinal* est formé de deux branches: l'une, la *branche externe*, provenant principalement des racines issues de la moelle cervicale, innerve le trapèze et le sterno-cléido-mastoïdien; l'autre, la *branche interne*, se composant presque uniquement de fibres radiculaires venant du bulbe, se fusionne avec le pneumogastrique, puis aboutit au constricteur supérieur du pharynx, à tous les muscles intrinsèques du larynx, sauf au crico-thyroïdien, et au plexus cardiaque.

Description. — La paralysie de ce nerf, d'ailleurs très rare, porte presque toujours sur la BRANCHE EXTERNE; elle reconnaît pour cause la plus habituelle une blessure, une section du nerf ou sa compression à la suite d'une lésion de la colonne vertébrale, d'une arthrite cervicale, d'un mal de Pott, d'un abcès du cou; dans quelques cas, le refroidissement a pu seul être invoqué.

La paralysie du muscle *sterno-mastoïdien* est unilatérale ou bilatérale. Elle existe soit isolément, soit en même temps que la paralysie du muscle trapèze. La tête est inclinée sur l'épaule du côté sain, le menton relevé, la face tournée du côté paralysé; cette attitude est due à l'action prédominante du muscle demeuré sain. Elle est analogue à celle qu'on observe dans le torticolis vulgaire où elle est due à un spasme du sterno-mastoïdien. Mais dans le cas de paralysie, si les mouvements actifs de la tête ne s'effectuent plus que d'un seul côté, les mouvements passifs s'exécutent au contraire très bien: il est très facile d'incliner la tête du côté paralysé, ce que l'on ne peut pas faire dans le cas de torticolis où la tête est fixée dans son attitude vicieuse par la contracture musculaire.

Cependant à la longue, le sterno-cléido-mastoïdien demeuré sain peut être atteint de contracture et un torticolis spasmodique succède à la paralysie.

Dans la paralysie bilatérale, la tête est maintenue dans la rectitude, mais les mouvements d'inclinaison, de rotation de la face ne se font plus qu'avec un très grand effort; ils sont dus à l'intervention des muscles accessoires; dans les mouvements provoqués, on ne sent plus la saillie formée normalement par la contraction des muscles sterno-cléido-mastoïdiens.

La paralysie du *trapèze* donne lieu à une attitude particulière de l'épaule qui est abaissée; l'omoplate est éloignée du tronc, son bord interne s'écarte de la colonne vertébrale, le poids du membre déter-