

sation cutanée dont Duchenne (de Boulogne) vante les effets; afin de limiter l'action de l'électricité à la peau, on la dessèche avec de la poudre d'amidon, puis on l'électrise à l'aide du balai électrique; il faut que l'impression soit vive et subite. A la suite de l'électrisation cutanée on voit se produire des taches érythémateuses; les douleurs peuvent disparaître après une seule séance, il faut en général de six à huit séances; même dans les cas si rebelles de névralgie épileptiforme, on peut obtenir à l'aide de ce procédé des améliorations (Duchenne).

Le sulfate de quinine réussit quelquefois dans des névralgies qui, sans être d'origine palustre, affectent une tendance à l'intermittence. Trousseau recommande l'opium à haute dose à l'intérieur dans le traitement de la névralgie épileptiforme. On a conseillé encore la section ou la résection des nerfs douloureux; ces opérations apportent généralement un soulagement momentané, mais les douleurs ne tardent pas à reparaitre, soit que le nerf se régénère, soit que les douleurs qui ne se produisent plus que dans le bout central soient rapportées, par une illusion nerveuse très-fréquente, à la périphérie.

BASSEREAU. Essai sur la névralgie des nerfs intercostaux, thèse, Paris, 1840. — VALLEIX. Traité des névralgies, Paris, 1841. — GRISOLLE, Journ. des conn. médico-chirurg. 1845. — BEAU. De la névrite et de la névralgie intercostales (Arch. gén. de méd., 1847). — MARROTTE. Sur les névralgies périodiques (Arch. gén. de méd., 1852). — NOTTA. Sur les lésions fonctionnelles qui sont sous la dépendance des névralgies (Arch. gén. de méd., 1854). — ROMBERG. Lehrbuch der Nervenkrankh., 3^e édit., Berlin, 1857. — LABOULBÈNE. Des névralgies viscérales, thèse pour l'agrégation, Paris, 1860. — TROUSSEAU. Clinique, 3^e édit., t. II, p. 150 et 376. — LASÈGUE. Considér. sur la sciatique (Arch. gén. de méd., 1864). — LAGRELETTE. De la sciatique, thèse, Paris, 1869. — M. PETER. Des points de côté (Gaz. des Hôp., 1869). — Du même. De la névralgie diaphragmatique. (Arch. gén. de méd., 1871). — HUBERT VALLEROUX. Des altérations de la sensibilité cutanée dans la sciatique, thèse, Paris, 1870. — DUCHENNE. De l'électris. local. 3^e édit., Paris, 1872, p. 798. — TESTAUD. Névréalgie diaphragmatique thèse, Paris, 1873. — LANDOUZY, op. cit. — BOISSON. Névréalgie trifaciale, troubles trophiques, thèse, Paris, 1876. — POUÉY. Essai sur le diagnostic différentiel de la névrite et de la névralgie, thèse, Paris, 1877. — M. ROSENTHAL, op. cit. — HALLOPEAU. Article *Névralgies*, du Nouv. Diction. de méd. et de chirurg. pratiques.

PARALYSIES PÉRIPHÉRIQUES.

Les plus intéressantes des paralysies périphériques sont celles du *facial*, du *radial* et du *circonflexe* ou du *deltoïde*. La dénomination de paralysies *a frigore*, employée par quelques auteurs, doit être rejetée, car s'il est prouvé que le froid joue un rôle important dans la pathogénie de ces affections, il n'est pas moins certain

qu'elles relèvent souvent d'autres causes. Nous ne parlerons pas ici des paralysies des nerfs oculo-moteurs, parce qu'elles sont presque toujours symptomatiques d'affections des centres nerveux. Les paralysies saturnines et les paralysies diphthéritiques rentrent dans l'histoire du saturnisme et de la diphthérie.

PARALYSIE DU NERF FACIAL.

Synonymie: *Paralysie faciale*, *paralysie de la septième paire*, *hémiplegie faciale*.

ÉTIOLOGIE. — Le refroidissement est une des causes les plus communes de l'hémiplegie faciale; l'effet suit si rapidement la cause, dans bon nombre de cas, qu'il est impossible de contester l'étiologie *a frigore*; tantôt c'est un voyageur qui, en hiver, reste exposé dans un wagon à l'air froid d'une fenêtre ouverte ou mal fermée; tantôt il s'agit d'une personne qui, chez elle et pendant son sommeil, reçoit sur la figure un courant d'air froid; la paralysie survient très-vite, les malades s'aperçoivent avec étonnement que leurs traits sont déviés, ils n'éprouvent en général aucune douleur, mais seulement une gêne plus ou moins notable dans tous les mouvements qui nécessitent l'intervention des muscles faciaux.

La paralysie faciale peut être une suite de l'otite moyenne; chez les nouveau-nés elle est produite quelquefois par la compression des branches du forceps.

DESCRIPTION. — Ce qui frappe tout d'abord quand on examine un malade atteint d'hémiplegie faciale, c'est l'asymétrie du visage; l'irrégularité des traits dépend à la fois de la perte de tonicité des muscles du côté malade et de la prédominance d'action des muscles du côté sain qui n'ont plus d'antagonistes. La commissure labiale du côté sain est tirée en haut et en arrière, tandis que celle du côté malade est abaissée, la lèvre de ce côté ne retient plus la salive qui s'écoule au dehors; le sillon naso-labial du côté malade est effacé ainsi que les rides transversales du front; l'aile du nez suit passivement les mouvements d'inspiration et d'expiration; enfin, par suite de la paralysie du muscle de Horner, le grand angle de l'œil du côté de l'hémiplegie est déformé, les points lacrymaux sont portés en avant et les larmes s'écoulent le long des joues (Duchenne).

L'asymétrie de la face devient plus apparente encore lorsque le malade parle ou rit: la commissure labiale du côté sain est alors

entraînée fortement en arrière et en haut, et la différence entre les sillons naso-labiaux devient bien plus nette qu'à l'état de repos.

La prononciation des labiales est défectueuse; lorsque le malade parle ou qu'il respire un peu fortement, la joue du côté paralysé est soulevée à chaque expiration, puis retombe comme un voile inerte; on a indiqué quelquefois ce phénomène en disant que le malade *fume la pipe*. Il est impossible au malade de siffler, et lorsqu'on lui commande de gonfler ses joues comme s'il s'apprêtait à souffler, l'air s'échappe entre les lèvres paralysées, les joues se dégonflent immédiatement comme un ballon crevé. Pendant la mastication une partie des aliments s'accumule entre la joue et l'arcade dentaire du côté de l'hémiplégie, le malade est obligé de se servir de son doigt pour obvier à cet inconvénient; enfin par suite de la prédominance d'action du releveur de la paupière supérieure innervé par le moteur oculaire commun, l'occlusion de l'œil est incomplète ou impossible, ce qui gêne beaucoup les malades, principalement pour le sommeil. La sensibilité est intacte et en général il n'y a pas de douleurs.

Les symptômes de l'hémiplégie faciale ne sont pas toujours aussi accentués; dans la description qui précède nous avons eu en vue une paralysie faciale complète.

Lorsque l'hémiplégie dépend d'une lésion du nerf à son passage dans le rocher, comme il arrive dans certains cas d'otite, quelques symptômes nouveaux viennent s'ajouter à ceux qui précèdent; les rameaux nerveux qui se séparent du facial dans le trajet à l'intérieur du canal de Fallope et qui échappent à la paralysie *a frigore* sont, en effet, atteints dans ce cas; la luette est déviée du côté sain, le voile du palais présente du côté malade une flaccidité qui contraste avec la courbure régulière du côté sain (paralysie du grand nerf pétreux superficiel); la pointe de la langue est déviée du côté *malade* (paralysie du digastrique et du stylo-glosse); enfin on note dans quelques cas une diminution du goût, qui a été expliquée par la paralysie des muscles érecteurs des papilles de la langue, une diminution de la sécrétion salivaire (paralysie de la corde du tympan) et des troubles de l'ouïe qui paraissent dépendre de la paralysie des muscles moteurs des osselets.

Dans l'hémiplégie faciale *a frigore* la contractilité électrique est toujours diminuée; elle disparaît quelquefois dès le troisième ou le quatrième jour (Duchenne). L'état de la contractilité électro-musculaire a, comme nous le verrons, une grande importance au point

de vue du pronostic. D'après Erb, quand le gonflement du nerf facial reste limité à la portion extrapétreuse, l'électricité peut encore produire des contractions; dans le cas contraire, la compression du nerf étant plus forte, la contractilité électrique est perdue en même temps que la contractilité volontaire. Cette explication nous paraît très-vraisemblable, mais la démonstration anatomo-pathologique fait encore défaut. Lorsque l'hémiplégie faciale dépend d'une lésion du nerf dans le rocher, la contractilité musculaire disparaît également.

La paralysie faciale peut être double, *diplégie faciale*: on ne constate plus alors l'asymétrie de la face, mais seulement la disparition des sillons naso-labiaux et des rides du front; l'immobilité des traits donne à la physionomie une apparence caractéristique, il semble que le malade ait un masque sur la figure; les troubles fonctionnels, difficulté de prononcer certaines lettres, gêne de la déglutition, impossibilité de siffler, etc., sont naturellement beaucoup plus marqués que dans l'hémiplégie.

A la suite de la paralysie faciale *a frigore* on voit assez souvent se produire de la contracture des muscles primitivement paralysés; il en résulte que la déviation de la commissure labiale se fait non plus du côté sain, mais du côté malade; un examen superficiel pourrait faire supposer alors que la paralysie siège du côté sain; en interrogeant avec soin ces malades, en faisant exécuter des mouvements des lèvres, on évitera facilement cette cause d'erreur.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Le diagnostic de l'hémiplégie faciale ne présente pas en général de difficultés: la déviation des traits, l'impossibilité de siffler ou de gonfler les joues sont des signes caractéristiques qui se retrouvent même dans les cas légers; nous avons indiqué plus haut les causes d'erreur qui dépendent d'une paralysie faciale double ou d'une contracture secondaire des muscles paralysés. Mais le clinicien ne doit pas se contenter du diagnostic d'hémiplégie faciale, il doit se demander de quelle nature est cette paralysie: s'agit-il d'une hémiplégie *a frigore*? le nerf facial est-il comprimé dans le canal de Fallope?, ou bien la paralysie est-elle de cause centrale? On sait, en effet, que les maladies de l'encéphale et de la protubérance annulaire donnent souvent lieu, entre autres symptômes, à l'hémiplégie faciale.

Les lésions cérébrales ne donnent presque jamais naissance à la paralysie faciale sans provoquer, en même temps, une paralysie des membres qui siège du même côté; les paralysies faciales d'origine

cérébrale sont incomplètes, elles n'atteignent que les muscles innervés par les branches inférieures du facial ou facial inférieur, par suite le mouvement d'occlusion des paupières est conservé; enfin la contractilité électrique persiste pendant très-longtemps dans les muscles paralysés, contrairement à ce qui a lieu dans les hémiplegies faciales d'origine périphérique.

Lorsque l'hémiplegie est sous la dépendance d'une lésion protubérantielle, la contractilité électrique disparaît assez rapidement, ce qui pourrait faire croire à une paralysie périphérique; mais on observe alors soit une hémiplegie des membres du côté opposé à la paralysie faciale (hémiplegie alterne), soit une paralysie des nerfs dont les noyaux d'origine sont voisins de ceux du facial sous le plancher du quatrième ventricule, tels que les nerfs oculo-moteurs ou le trijumeau; s'il existe, par exemple, une hémianesthésie faciale chez un malade porteur d'une hémiplegie faciale, il faudra écarter l'idée d'une affection d'origine périphérique.

Nous avons indiqué plus haut quelques-uns des caractères qui distinguent l'hémiplegie faciale *a frigore* de celle qui est due à la compression du nerf dans la canal de Fallope; dans ce dernier cas, on constate le plus souvent d'autres signes d'une affection du rocher ou de l'oreille moyenne tels que: surdité, douleurs, écoulement purulent par l'oreille, polype, etc.

L'hémiplegie faciale *a frigore* dure rarement moins de deux septennaires; elle peut se prolonger bien davantage, soit que les muscles restent à l'état de flaccidité, soit qu'ils se contractent. L'exploration à l'aide de l'électricité fournit, au point de vue du pronostic, des renseignements précieux; on peut, avec Duchenne, distinguer deux degrés dans la paralysie faciale *a frigore*: les paralysies du premier degré se caractérisent par une simple diminution de la contractilité électro-musculaire, celles du deuxième degré par une diminution considérable ou une disparition de cette propriété; les premières sont d'un pronostic bien moins grave que les dernières.

La gravité des paralysies par compression ou destruction du nerf facial dans l'aqueduc de Fallope dépend de la nature des altérations primitives.

TRAITEMENT. — La médication révulsive et l'électrisation localisée sont les principaux moyens de traitement applicables à la paralysie du nerf facial. Les frictions avec le liniment ammoniacal, avec

le baume Opodeldoch, avec l'huile de croton, les vésicatoires appliqués en avant de l'oreille, donnent de bons résultats.

Lorsque la contractilité électrique a entièrement disparu, il est inutile d'électriser les muscles, il faut employer les révulsifs et attendre que la contractilité commence à reparaître pour faire usage de l'électricité. Lorsque la contractilité électrique est seulement diminuée, on peut employer tout de suite l'électricité; on évitera de provoquer des contractures en ayant soin de ne faire usage que de courants faibles et à intermittences éloignées (Duchenne). La contracture est annoncée par des spasmes partiels des muscles de la face du côté paralysé et par des douleurs musculaires ou névralgiques; lorsque des spasmes même partiels et passagers se produisent, il faut cesser à l'instant l'application de l'électricité. La contracture s'empare presque toujours en premier lieu du grand zygomatique, la commissure labiale est alors plus élevée du côté malade que du côté sain à l'état de repos.

On a conseillé l'emploi de la strychnine par la méthode endermique ou hypodermique dans les cas d'hémiplegie faciale rebelle; on saupoudre, par exemple, un petit vésicatoire avec 5 milligrammes de strychnine ou de sulfate de strychnine; on peut élever progressivement la dose jusqu'à 25 milligrammes (Bouchardat). Cette application est douloureuse.

OMNTAULT. Dissertation sur l'hémiplegie faciale, Paris, 1831. — ROMBERG. Casper's Wochenschr., 1835. — BÉRARD. Article *Hémiplegie faciale* du Diction. en 30 v. — LANDOUZY. Essai sur l'hémiplegie faciale chez les nouveau-nés, Paris, 1839. — Du même: De l'altération de l'ouïe dans la paralysie faciale (Gaz. méd. de Paris, 1851). — BERNARD. De l'altération du goût dans la paralysie du nerf facial (Arch. gén. de méd., 1843). — LIÉGEOIS. Physiologie du nerf facial, thèse, Paris, 1858. — MARCHAL (de Calvi). Remarques et observ. sur les affections névropathiques, (Rec. mém. méd. milit., 2^e série, t. IX, p. 188). — PIERRESON. De la diplégie faciale (Arch. gén. de méd., 1867, t. II, p. 159). — DUCHENNE (de Boulogne). Op. cit. p. 852. — GÉRARD. Étude sur la paralysie double de la septième paire, thèse, Paris, 1870. — ERB. De la paralysie faciale d'origine rhumatismale (Deutsch. Archiv f. klin. Med., 1875). — Du même, Maladies périphériques des nerfs cérébro-spinaux, in traité de Pathologie de Ziemssen, Leipzig, 1875. — ROSENTHAL. Op. cit. — H. GINTRAC. Article *Face*, du Nouv. Dictionn. de méd. et de chirurg. prat.

PARALYSIE DU NERF RADIAL.

ÉTIOLOGIE. — De même que la paralysie du facial, celle du radial dépend en général du refroidissement; elle se produit souvent chez des ouvriers qui, après un travail pénible, se sont endormis dans un endroit humide, l'un des bras appliqué sur le sol; à leur

réveil, les malades s'aperçoivent qu'ils ne peuvent plus relever le poignet ni étendre les doigts.

La compression vient en seconde ligne parmi les causes de cette paralysie; c'est par la compression qu'il faut expliquer la paralysie du radial chez les personnes qui s'endorment l'un des bras appuyé sur le dos d'une chaise, et probablement aussi celle qui a été décrite chez les porteurs d'eau de Rennes (Bachon).

DESCRIPTION. — L'invasion est le plus souvent brusque; on s'endort bien portant, on se réveille avec une paralysie des extenseurs de la main et des doigts; il existe de l'engourdissement ou des fourmillements dans le membre malade; du reste, pas de douleurs vives.

Voici, d'après Duchenne, les principaux caractères de la paralysie du nerf radial : 1° le poignet est constamment infléchi à angle droit; le malade ne peut ni le relever, ni le mouvoir latéralement lorsque l'avant-bras et la main reposent sur un plan horizontal (paralysie des radiaux et du cubital postérieur); 2° le bras étant dans l'extension et dans la pronation, la supination ne peut être obtenue qu'avec la flexion, ce qui s'explique par la paralysie du court supinateur et par l'action du biceps qui imprime un mouvement de supination à l'avant-bras en même temps qu'il le fléchit sur le bras; 3° l'avant-bras étant dans la demi-flexion et dans la demi-pronation, si l'on engage le malade à continuer avec force le mouvement de flexion, et si l'on applique la main au niveau du bord externe de la face antérieure du coude, on ne sent pas le long supinateur se contracter; 4° l'extension des premières phalanges est impossible par suite de la paralysie de l'extenseur commun; 5° les interosseux, innervés par le cubital, ne sont pas atteints, aussi les mouvements de latéralité des doigts sont conservés et le malade les exécute facilement quand la main est placée sur un plan horizontal; il en est de même des mouvements d'extension des deux dernières phalanges, quand on a soin de maintenir les premières en extension sur les métacarpiens; 6° quand on se fait serrer la main par le malade, on constate que les mouvements de flexion ont moins de force du côté de la paralysie du radial; les muscles fléchisseurs, n'ayant plus d'antagonistes, sont dans un état de raccourcissement continu qui diminue la force de leurs contractions; lorsqu'on maintient artificiellement le poignet dans la position d'extension sur l'avant-bras, les mouvements de flexion de la main et des doigts s'exécutent avec autant de force qu'à l'état sain.

Contrairement à ce qui a lieu dans l'hémiplégie faciale, les muscles atteints dans la paralysie *a frigore* ou par compression mécanique du nerf radial conservent leur sensibilité électrique.

La plupart des usages de la main sont perdus à la suite de la paralysie du nerf radial; la guérison est heureusement la règle lorsqu'on met en usage un traitement rationnel.

Dans les cas où la paralysie persiste longtemps, il se produit de l'amaigrissement des muscles extenseurs; en général, on n'observe pas de véritables troubles trophiques.

La paralysie du nerf radial ne peut être confondue qu'avec la paralysie saturnine des extrémités supérieures qui, elle aussi, porte sur les extenseurs. La paralysie saturnine s'observe en général des deux côtés; elle se produit lentement, progressivement, tandis que la paralysie du radial est unilatérale et s'établit très-rapidement. Ainsi que Duchenne l'a fait remarquer, la contractilité électromusculaire est considérablement affaiblie, sinon abolie, chez les saturnins, tandis qu'elle est conservée dans la paralysie du radial *a frigore* ou par compression; enfin le long supinateur est généralement épargné dans la paralysie saturnine, tandis qu'il est toujours atteint dans la paralysie du nerf radial. Pour savoir si une paralysie des extenseurs est ou non d'origine saturnine, il suffit, d'après Duchenne, de faire fléchir l'avant-bras avec force et de chercher si l'on sent le relief du long supinateur ou si ce relief fait défaut; dans le premier cas, on peut conclure à la paralysie saturnine. On trouvera du reste, dans la marche de la maladie, dans les antécédents et dans la profession du malade, dans les autres signes de l'intoxication saturnine : liséré plombique des gencives, paralysies multiples, coliques sèches, etc..., les éléments d'un diagnostic différentiel plus approfondi.

Les moyens de *traitement* sont les mêmes que dans la paralysie du nerf facial; on emploiera les révulsifs, les vésicatoires en particulier et l'électrisation localisée, qui est d'un maniement plus facile que dans l'hémiplégie faciale, car il est rare d'observer des contractures.

DUCHENNE (de Boulogne). Op. cit., p. 700. — PANAS. Communic. à l'Acad. de méd., 1871, et Archives gén. de méd. 1873, t. I, p. 657. — BACHON. Paralysie du nerf radial chez les porteurs d'eau de Rennes (Rec. Mém. méd. m^{re}, 3^{me} série, t. XI, p. 323). — TRANCHANT (J.). De la paralysie traumatique du nerf radial, thèse, Paris, 1873. — CHAPOY. De la paralysie du nerf radial, thèse, Paris, 1874. — VICENTE. Paralysie *a frigore* du nerf radial, thèse, Paris, 1876. — DUPLAY. Paralysie du nerf radial de cause périphérique (Progrès méd., 1877). — ERB. Op. cit. — DIEULAFOY. Gaz. hebdom. 1878, p. 341.

PARALYSIE DU DELTOÏDE.

Sous le nom de *rhumatisme deltoïdien* on a confondu : 1° la névralgie du nerf circonflexe ; 2° la paralysie atrophique du deltoïde qui est occasionnée très-probablement par une névrite du nerf circonflexe ; 3° le rhumatisme deltoïden proprement dit. L'absence de données anatomo-pathologiques précises explique les divergences des auteurs à ce sujet.

Les malades éprouvent des douleurs très-vives dans l'épaule, douleurs qui suivent le trajet du nerf circonflexe et qui s'exagèrent par les mouvements ; cette période douloureuse, après avoir duré un certain temps, fait place à la période paralytique et atrophique ; la paralysie peut se limiter à certains faisceaux du deltoïde, la contractilité électro-musculaire est diminuée ou abolie et l'atrophie ne tarde pas à se produire.

La paralysie atrophique du deltoïde peut être confondue avec le rhumatisme musculaire du deltoïde, avec l'arthrite de l'épaule, enfin avec la névralgie du circonflexe. La névralgie du circonflexe donne lieu à des douleurs identiques à celles qui précèdent la paralysie du deltoïde dans la névrite du circonflexe, mais ces douleurs disparaissent assez facilement sous l'influence d'un traitement approprié ; on ne voit survenir ni la paralysie, ni l'atrophie du muscle deltoïde, qui reprend ses fonctions dès que les douleurs ont disparu. Il est rare que le rhumatisme musculaire se localise dans le seul muscle deltoïde et qu'il donne lieu à des douleurs aussi vives que celles qui accompagnent la névrite du circonflexe ; ces douleurs en tout cas ne suivent pas le trajet du nerf, elles siègent plus spécialement aux insertions musculaires. L'arthrite scapulo-humérale s'accompagne de tuméfaction ou, s'il s'agit d'une arthrite sèche, de craquements dans les mouvements articulaires ; le diagnostic de la névrite du circonflexe et de l'arthrite scapulo-humérale présente du reste, il faut l'avouer, de sérieuses difficultés.

Duchenne fait un grand éloge de l'électrisation cutanée dans ce qu'il appelle le *rhumatisme deltoïdien simple* ; il est bien probable que les cas qui guérissent après quelques séances d'électrisation cutanée doivent être rapportés à des névralgies du nerf circonflexe. On se débarrasse moins facilement de la névrite ; l'électrisation rend encore des services en empêchant l'atrophie du

deltoïde, mais il faut surtout, à l'aide des révulsifs, s'efforcer d'arrêter les progrès de la névrite. Le chlorhydrate de morphine, employé comme dans les névralgies par la méthode endermique ou hypodermique, sert à calmer les douleurs.

DUCHENNE. Op. cit., p. 694.

ATROPHIE UNILATÉRALE DE LA FACE.

Synonyme : *Trophonévrose* (ROMBERG). *Aplasia lamineuse progressive* (LANDE).

En plaçant ici la description de cette singulière maladie décrite pour la première fois par Romberg, nous n'entendons pas affirmer qu'il s'agit d'une maladie du système nerveux périphérique ; on en est encore réduit aux conjectures sur la nature véritable de cette maladie, mais ses analogies avec les lésions trophiques consécutives aux névrites sont assez nombreuses pour la faire admettre provisoirement dans le cadre des maladies des nerfs. Nous ne discuterons pas les théories émises sur la nature de l'atrophie unilatérale de la face ; il faut laisser la parole aux faits qui bientôt, sans doute, viendront juger la question ; il est probable que s'il s'agissait d'une maladie plus commune nous serions déjà édifiés sur la nature des altérations qui la produisent.

DESCRIPTION. — Le premier phénomène morbide consiste d'ordinaire dans l'apparition d'une tache sur la peau du visage ; cette tache est colorée en jaune ou en brun, ou bien elle résulte d'une décoloration avec atrophie de la peau ; elle apparaît presque toujours sur le trajet d'un nerf.

L'atrophie envahit lentement et de proche en proche tout un côté de la face sans jamais dépasser la ligne médiane. La peau amincie, rétractée comme un tissu de cicatrice, est accolée aux os ; le système pileux est atteint de bonne heure, la barbe et les cheveux blanchissent ou tombent du côté atrophié, ce qui donne aux malades un aspect caractéristique, surtout s'ils laissent croître leur barbe du côté sain. La transpiration cutanée et la sécrétion sébacée sont souvent diminuées ou abolies. La circulation se fait régulièrement, il n'y a pas d'atrophie des artères ; les muscles amincis et en partie atrophiés, restent contractiles. Il existe souvent une légère déviation de la face du côté malade et des contractions fibrillaires des muscles. Dans presque toutes les observations on