

OBSERVATIONS

OBS. CXXXII. — *Paralysie faciale par altération périphérique. — Troubles trophiques de la moitié de la langue du côté paralysé. — Abolition apparente de la contractilité farado-musculaire. — Persistance de la contractilité galvano-musculaire. — Amélioration progressive de la paralysie.*

Le nommé X... (malade venant du dehors), âgé de 31 ans, employé.

Renseignements. — Le malade, âgé de 31 ans, est employé de bureau.

Il n'a, jusqu'à ce jour, jamais été malade; depuis plusieurs années toutefois, il avait de violents maux de tête, qui survenaient au moindre excès et qui, très-souvent, étaient suivis de vomissement. Point de syphilis.

Sa grand'mère est morte d'un cancer du sein, et sa mère, atteinte d'une tumeur semblable au sein droit, a succombé un mois après l'amputation.

Le grand-père de X... est mort d'une hémorrhagie cérébrale; son père, à l'âge de 58 ans, eut une attaque apoplectique, suivie d'une hémiplegie persistante du côté droit; quatre ans plus tard, il succombe consécutivement à une seconde attaque.

Quant à X..., après des excès de coït auxquels il s'est livré, dit-il, aussitôt après le repas, chaque soir, pendant près d'un mois, il est pris le 6 avril, dans la matinée, d'une céphalalgie violente avec tendance à la syncope.

Il va néanmoins à son bureau, mais son travail est difficile. Il a perdu un peu la mémoire. Tout en ayant conscience de son erreur il écrit un mot, un chiffre pour un autre; sa main droite n'obéit plus à sa volonté, et cepen-

dant il n'y a jamais eu le moindre affaiblissement dans le membre supérieur droit.

Le soir, X... fait de nouveaux excès de coït, et le 7 avril, au réveil, il se plaint d'une céphalalgie gravative très-douloureuse et d'un engourdissement de la mâchoire inférieure.

Le lendemain, la lèvre inférieure est pendante et inerte; la commissure labiale gauche n'est que bien peu entraînée vers le côté gauche et un peu en haut.

Tout le côté droit de la face est lisse, uni, sans expression; on n'y distingue plus ni sillons, ni saillies.

La narine droite, aplatie, est sèche.

L'œil du même côté reste ouvert, la paupière supérieure ne pouvant plus s'abaisser. Les larmes, de ce côté, coulent sur la joue; — la conjonctive est légèrement injectée.

La parole n'est qu'un grognement; X... ne peut plus articuler; il n'arrive pas à se faire comprendre. Il lui est impossible de cracher, de siffler. Sa bouche, mal fermée, laisse couler la salive.

Les aliments, une fois mâchés, séjournent en partie dans les sillons gingivo-labiaux du côté droit. Le malade mord assez souvent la membrane muqueuse de la joue droite.

La langue, déviée à gauche, lorsque le malade la tire hors de la cavité buccale, est rouge et très-douloureuse à droite; elle est recouverte, de ce côté, d'une éruption aphteuse. Les amygdales sont rouges et tuméfiées; la luette est déviée à gauche, et le voile du palais affaissé dans sa moitié droite.

X... constate un peu de surdité du côté droit et une diminution dans le goût.

Toutefois, la sensibilité tactile n'est nullement affaiblie dans toutes les parties du côté paralysé.

Le 8 et le 9 avril, l'état du malade est le même; la douleur de la langue est si vive, que X... n'a pu dormir.

Il consulte le 9 dans l'après-midi.

On lui prescrit trois frictions par jour avec le baume de Fioraventi; 50 cent. d'iodure de potassium à chaque repas, et une mouche de Milan derrière l'oreille.

10 *avril*. — Fièvre violente; toute la tête est douloureuse.

12 *avril*. — Purgation avec de l'eau de Sedlitz.

13, 14 *avril*. — La fièvre a diminué, mais la céphalalgie et la douleur de la langue persistent (collutoire boraté).

15 *avril*. — La langue pèle, dit le malade; la fièvre, la céphalalgie disparaissent; la parole est moins difficile; mais la paralysie persiste, et, malgré six séances d'électrisation faradique et quatre frictions électriques à l'aide de la machine de Ramsden, le malade est à peu près dans le même état de paralysie.

Les courants faradiques sont douloureux, mais ne font aucunement contracter les muscles.

Etat actuel. 6 *mai*. — Homme brun, petit. Santé générale bonne. L'appétit paraît même plus développé qu'autrefois. Le sommeil est conservé. La parole est intelligible, quoique l'articulation des mots ne se fasse pas avec la facilité habituelle.

Le malade dit qu'il boit un peu plus qu'avant le début de l'affection.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Du côté des membres supérieurs, des membres inférieurs, on ne constate rien de particulier.

Face. — Lorsqu'on examine la face, on voit une différence très-tranchée entre le côté droit et le côté gauche.

A droite, les plis du front sont complètement effacés; la peau est lisse; le sillon naso-labial est abaissé et beaucoup moins marqué que de l'autre côté. — Très-légère déviation des commissures labiales, au repos. L'œil droit est un peu moins ouvert que le gauche.

La peau présente sa coloration normale.

Pas de troubles vaso-moteurs appréciables, ni de troubles de sensibilité; le malade raconte que, quelquefois, il éprouve dans les régions sourcilière et malaire, ainsi qu'au menton, quelques élancements douloureux.

Rien de particulier à gauche.

Aussitôt que le malade parle, la commissure labiale gauche est entraînée du côté correspondant; les muscles de la face, de ce côté seulement, participent au mouvement, ceux du côté droit restant immobiles.

Ces phénomènes sont surtout accentués quand le malade rit.

Quand on lui dit de fermer les yeux, la paupière supérieure de l'œil gauche seule obéit au mouvement, tandis que celle de l'œil droit reste entr'ouverte; l'œil exécute, comme celui du côté gauche, un mouvement de rotation qui porte la cornée en haut et en dedans, de telle sorte que la sclérotique se voit dans l'hiatus restant entre les deux paupières. L'œil de ce côté est plus larmoyant que l'autre. La conjonctive est plus vascularisée qu'à gauche.

La langue, lorsqu'elle est projetée hors de la bouche, se dévie légèrement à gauche.

Le malade, d'après les renseignements qu'il donne, aurait une perversion de la sensibilité gustative dans la moitié droite de l'organe; il n'y a plus d'affection de la muqueuse linguale.

Pas de déviation du voile du palais.

La luette occupe sa position normale.

Rien de particulier du côté des oreilles.

La narine du côté droit reste immobile.

Le sommet de la tête, du côté droit, est dépourvu de cheveux; de ce côté, il existe, un peu en dehors de la ligne médiane, une sorte de sillon qui part de la racine du nez et que l'on suit jusqu'à la région pariétale.

Le front paraît un peu atrophié en ce point.

Examen électrique (fait par M. Vulpian). — Du côté droit, sous l'influence du courant induit, on n'obtient aucune contraction des muscles de la face. Il est impossible de démêler si la sensibilité électrique est conservée dans ces muscles.

Avec ce même courant, mais plus faible, on produit de l'autre côté des contractions énergiques.

15 mai. — *Examen de la sensibilité gustative*. — Un grain de sel, posé sur le côté droit de la langue, même lorsque le malade l'applique contre le palais pour mieux goûter, ne donne lieu à aucune sensation. A droite, il est très-bien senti, et le goût salé est bien reconnu.

25 mai. — 2^e *examen électrique* (fait par M. Vulpian). — Les courants continus font contracter les muscles paralysés avec un minimum de cinq éléments.

Ils se contractent plus énergiquement que ceux du côté sain, à excitation égale. Le malade sent moins l'excitation du côté malade.

Les courants induits forts ne font pas contracter les muscles paralysés, alors que les précédents, même avec l'intensité minimum, citée plus haut, les font contracter énergiquement.

Après cette séance d'électrisation, on constate une rougeur très-marquée de tout le côté gauche de la face, tandis que le côté malade reste pâle et ne présente pas la moindre trace de troubles vaso-moteurs.

Traitement. — Le malade vient se faire électriser tous les jours avec la machine à courants induits (séance de quelques minutes de durée). Il prend en même temps une petite quantité d'iodure de potassium chaque jour (0,50, puis 1 gramme).

Au bout d'un mois environ, le malade fait mieux aller sa mâchoire; la parole est moins gênée, et quelques muscles de l'angle naso-génien entrent volontairement en

contraction, particulièrement le transverse du nez, ce qui n'avait pas lieu auparavant.

Ce malade a été obligé de retourner dans son pays. Il nous a écrit, en date du 30 septembre 1877. A cette époque, il n'était pas encore guéri. Il s'était soumis, pendant quelques semaines, à l'action des courants galvaniques. Il lui a semblé que ces courants avaient nettement amélioré son état. Plus tard, il serait revenu à l'emploi des courants induits, saccadés. Il y aurait eu, à un moment, un peu de contracture de certains des muscles qui ont été paralysés; puis la contracture a cédé peu à peu, et les mouvements volontaires ont reparu, mais ils n'offraient pas encore, à la date susdite, l'étendue et la force qu'ils ont dans l'état normal.

Remarques. — On s'est demandé quel était le siège de la lésion du nerf facial, chez ce malade. Il n'est pas douteux, d'après M. Vulpian, que l'on constatait chez lui les signes d'une paralysie dite périphérique, c'est-à-dire produite par une lésion atteignant le nerf soit dans ses noyaux d'origine bulbaire, soit dans son trajet entre ces noyaux et le ganglion géniculé. Mais il y a eu, au moment même où se manifestait la paralysie, et même dès l'avant-veille, une céphalalgie violente et quelques troubles intellectuels, entre autres une diminution de la mémoire. Et il y avait encore, en septembre 1877, au dire du malade lui-même, un peu d'alourdissement intellectuel. En outre, l'articulation des mots avait été difficile, presque impossible au début, puis les mouvements de la mâchoire inférieure avaient été eux-mêmes affaiblis. M. Vulpian a donc pensé que ce n'était point là un cas simple de paralysie faciale de cause périphérique: suivant lui, il y a eu, probablement en même temps qu'une lésion des noyaux d'origine des nerfs facial et trijumeau (surtout du nerf masticateur) du côté gauche, dans le bulbe rachidien et la protubérance annulaire, une

altération du cerveau proprement dit. Si cependant la pathologie ou la physiologie expérimentale avait démontré qu'une lésion de l'écorce cérébrale, dans un point déterminé, peut donner lieu à une paralysie faciale avec affaiblissement et même abolition apparente de la contractilité faradique des muscles du même côté, on aurait été autorisé, suivant M. Vulpian, à faire dépendre d'une lésion corticale de ce genre tous les phénomènes observés.

Obs. CXXXIII. — *Néuralgie de la branche ophthalmique du nerf trijumeau du côté droit. — Troubles trophiques de la peau de l'orbite, de la cornée, etc. — Anesthésie. — Inefficacité du traitement par l'iodure de potassium, les hautes doses de bromure de potassium et de chloral, l'aconitine.*

X..., 48 ans. Entrée le 18 octobre 1875 à l'hôpital de la Charité (service de M. Trélat).

Antécédents. — Cette femme a eu 3 enfants et une fausse couche. — En outre, elle a été atteinte d'une entérite, il y a quelques années; fièvres intermittentes à l'âge de 25 ans. Aucun des renseignements qu'elle donne ne conduit à l'hypothèse d'une syphilis plus ou moins ancienne.

Bien réglée depuis l'âge de 14 ans, elle a cessé d'avoir ses règles en janvier 1875. Trois mois après, au commencement d'avril, la moitié droite de la face se tuméfie et devient le siège, alternativement, de chaleur et de froid, et en même temps de douleurs excessivement vives, spontanées, surtout dans la région sus-orbitaire.

La malade constate aussi une diminution persistante de la sensibilité dans toute cette région. Ayant consulté un médecin, elle suivit un traitement à l'iodure de potassium pendant les six mois qui précédèrent son entrée à l'hôpital. En même temps apparurent les premiers troubles de la vision. Subitement, la vue était obscurcie par des brouillards qui disparaissaient rapidement; mais, à cette époque,

il n'y avait pas encore trace de lésions appréciables de l'œil.

Enfin, dans les premiers jours de novembre, elle fut prise tout à coup, dans une promenade, d'embarras de la parole. Il lui était impossible, dit-elle, de dire l'adresse de sa fille, chez laquelle elle voulait se rendre, tandis qu'elle prononçait bien tous les autres mots; cet état persista une demi-journée.

Etat actuel. — Femme âgée de 48 ans; pas d'émaciation bien manifeste. On ne constate pas d'expression habituelle de souffrance; il n'y a ni déviation des traits, ni mouvements spasmodiques de la face. L'examen de la malade, à son entrée à l'hôpital, permet de constater que l'œil gauche est sain; au contraire, on remarque, du côté droit, un léger trouble diffus, superficiel, de la cornée, qui a perdu sa transparence et sa sensibilité.

Légère hyperémie de la conjonctive sans injection du cercle périkératique. Sensibilité de cette muqueuse abolie; sécrétion notablement diminuée.

L'iris a une teinte jaunâtre; la pupille est régulière, mais se dilate péniblement par l'atropine. La tension du globe est diminuée. Champ visuel normal.

L'examen à l'ophtalmoscope ne révèle rien d'anormal dans les milieux et dans les membranes profondes de l'œil.

L'orbiculaire des paupières, le releveur de la paupière supérieure, les muscles de l'œil sont tous sains.

L'anesthésie de la peau et des muqueuses sous la dépendance de la branche ophthalmique du nerf trijumeau droit est complète. Il y a aussi une anosmie marquée, du côté droit. Les mouvements de diduction de la mâchoire inférieure sont difficiles. La malade souffre continuellement dans la profondeur de l'orbite, au pourtour de l'œil, au niveau de l'os malaire. La souffrance est continue; de plus, la douleur est exacerbante. — Par instants, en effet il

se produit de violents élancements douloureux, soit dans l'œil, soit sur le pourtour de l'orbite. — Au niveau de l'os malaire, du trou sous-orbitaire, aux échancrures du frontal, on provoque, par la pression, une vive douleur.

Pendant ces crises douloureuses, la conjonctive rougit, la cornée devient comme trouble, et la sécrétion des larmes est considérablement augmentée.

Les accès névralgiques se produisent jour et nuit; quelquefois, ils empêchent tout sommeil. Ces accès, qui se répètent vingt fois, trente fois, quelquefois plus, sont si douloureux, que souvent ils arrachent des cris à la malade. Lorsque la névralgie a été violente pendant la nuit, les paupières, surtout l'inférieure, sont, au matin, un peu œdémateuses.

La santé générale est assez bonne. — L'examen des organes thoracique et abdominaux ne révèle rien d'anormal. Urine normale.

Traitement. — On institue, comme essai, le traitement mercuriel spécifique. — Au bout d'un mois, il n'avait produit aucun résultat. La cornée transparente de l'œil droit est exulcérée par points.

18 novembre 1875. — Vésicatoire à la région sus-orbitaire.

La sérosité du vésicatoire ayant coulé dans l'œil, au moment du pansement, il y a une assez vive irritation des membranes oculaires.

19 novembre. — L'irritation oculaire de la veille a complètement disparu. L'œil offre le même aspect qu'avant l'accident. Toute la partie supérieure de cette membrane est le siège d'un pointillé ulcératif superficiel, tandis que le centre est creusé d'une vaste ulcération qui atteint les couches profondes de la cornée. La paupière supérieure est tuméfiée; mais la malade n'accuse aucune gêne, aucune douleur.

On fait des instillations d'atropine et la compression permanente.

20 novembre. — Même état, même traitement.

21 novembre. — Les ulcérations, moins celle du centre, marchent vers la réparation.

24 novembre. — Le pointillé ulcératif a complètement disparu; l'ulcération centrale existe seule, mais elle diminue d'étendue et de profondeur.

Du 24 novembre au 9 décembre, pas de modification sensible; on voit alors l'ulcération centrale guérie, et à sa place, comme à la place du pointillé, une coloration opaque, nacréée, de la cornée.

On modifie ainsi le traitement: collyre au borax; courants continus contre les douleurs. Le 15 décembre, la cornée avait repris sa transparence.

Jusqu'au 23 décembre, rien de nouveau; la sensibilité de la conjonctive commence à revenir.

A partir du 23 décembre, de gros vaisseaux sont vus sur le bord de la cornée. Ils envahissent rapidement toute la surface de cette membrane.

Le 1^{er} janvier 1876, on apercevait un petit infarctus hémorragique au pourtour de la cornée transparente. Toute la partie inféro-externe de cette membrane est grisâtre, opaque, et a l'aspect d'un verre dépoli.

Le 8 janvier, il y eut une mortification de la muqueuse de l'aile droite du nez.

L'aspect vitreux de la cornée s'accroît; toute la zone opaque s'entoure d'un cercle ulcératif plus marqué en dehors, de sorte que le centre est fermé par une petite eschare. L'iris devient terne, tomenteux; la pupille se resserre, malgré l'atropine. Le globe de l'œil est plus mou. La mortification augmente d'étendue; les parties saines de la cornée sont un peu moins brillantes que de coutume. Toute la face colorée est rouge et bouffie.

10 mars. — La nécrose fait des progrès; la conjonctive scléro-palpébrale est desséchée.

15 mars. — Le globe devient encore plus mou, et il diminue de volume.

17 mars. — Les douleurs sont très-vives. La sensibilité est revenue, excepté aux régions frontale et palpébrale, qui restent insensibles. On pratique, au pourtour de l'orbite, des frictions à l'onguent napolitain.

18 mars. — L'iris est de plus en plus terne; l'eschare de la cornée tombe; puis, dès ce moment, il y a un commencement de réparation de la membrane, sans que la sensibilité soit modifiée.

C'est alors qu'au milieu du mois de mars, la malade fut atteinte d'un érysipèle de la face. Cet érysipèle survint sans cause appréciable. Il débuta à droite, envahit le nez, le front, la joue gauche. La température arriva d'emblée à 40°. Cet érysipèle était phlycténoïde; il dura quelques jours seulement.

L'œil ne fut pas influencé par l'érysipèle. A cette époque, la sensibilité reparut un peu au menton.

Rien de notable en avril et mai, sinon les douleurs circum-orbitaires, douleurs vives, combattues par l'onguent gris et l'électricité.

Dans les premiers jours de juin, nouvel érysipèle, débutant à droite. Fièvre avec 40°, pendant 8 jours. Phlyctènes; cuir chevelu envahi; guérison.

Trois jours après, nouvelle poussée érysipélateuse, toujours phlycténoïde; elle dure encore 8 jours.

A la suite de ces accidents, les troubles de la cornée reparaissent dans les mêmes points.

La sensibilité tend à revenir au-dessous du globe oculaire droit; mais, depuis ces accidents, la malade est sujette à des bouffées de chaleur, de ce côté de la face. Il y a également du gonflement du nez et de la joue.

Soumise à l'électricité à courants interrompus, la malade éprouve un mieux sensible.

Elle entre dans le service de M. Vulpian dans le mois de janvier 1877. Pendant les premiers jours qui suivirent celui de son entrée, la malade eut des alternatives de mieux et de plus mal, mais ne présenta rien de particulier.

Jusqu'au mois de mars, l'électricité n'a pas été appliquée; les troubles de l'œil ont reparu. Aujourd'hui (avril), elle présente encore sur la cornée une opacité assez étendue, et la vue est très-affaiblie.

Les douleurs sont devenues plus fortes dans tout le côté droit de la face.

On donne du bromure de potassium à la dose de 6 grammes, et on le pousse jusqu'à 8 et 10 grammes. Les douleurs diminuent de temps en temps, puis reprennent de nouveau. On n'a d'ailleurs pas pu prolonger longtemps l'emploi de ce sel. Dès qu'on atteignait la dose de 8 ou 10 grammes par jour, il se produisait un affaiblissement considérable et une tendance très-marquée à la démence. La démence a été même très-manifeste, à deux reprises, après dix à douze jours d'ingestion quotidienne de 4 grammes de bromure. Affaissement cérébral, agitation légère et délire d'action pendant la nuit, défécation et miction à terre, etc. La suspension du médicament a été suivie du retour des facultés intellectuelles au bout de 2 ou 3 jours.

On supprime le bromure de potassium pour donner du chloral, puis de l'iode de potassium.

L'état de la malade reste le même; la vue seule s'améliore.

A la fin de juin, elle eut une nouvelle poussée du côté de l'œil; il existait alors une kérato-conjonctivite intense, qui disparut assez vite sous l'influence de l'action d'un collyre au borax.

L'électricité est également appliquée et ne donne pas de grands résultats.