

Il n'est pas toujours possible de remonter à la cause de la paralysie; alors même que celle-ci est connue, on ne peut toujours lui opposer des moyens efficaces. Il n'en est pas moins vrai que l'on doit s'efforcer, dans tous les cas, d'instituer un **traitement étiologique**, avant de traiter la paralysie.

Il importe de ne pas confondre le tétanos céphalique (décrit par Rose), lequel revêt souvent au début les apparences de la paralysie faciale, avec cette dernière affection.

Une erreur de diagnostic serait d'autant plus préjudiciable qu'elle aurait pour effet de retarder l'emploi du sérum antitétanique et d'enlever au malade les chances de guérison, d'ailleurs limitées, qu'offre ce traitement. Le trismus, l'existence d'une plaie de la face ou de la tête, constituent les signes révélateurs. Comme toutes les affections des nerfs, la paralysie faciale reconnaît des causes locales et des causes générales. Comme dans toutes les affections nerveuses, la prédisposition névropathique joue un rôle des plus importants dans la pathogénie (Neumann), alors même que l'on peut invoquer concurremment une autre cause.

Parmi les causes locales, les otites jouent le principal rôle; la paralysie liée aux otites aiguës est de pronostic bénin; les otites tuberculeuses, avec nécrose osseuse, déterminent au contraire des paralysies incurables (Villemin); le facial perd bientôt toute excitabilité aux courants continus comme aux courants interrompus et le traitement électrique est inutile.

Une cause moins connue est représentée par les végétations adénoïdes du pharynx; il convient cependant de la rechercher, car l'ablation de ces végétations amène simultanément la guérison de la paralysie.

Le refroidissement était autrefois l'une des causes le plus souvent invoquées: on masquait ainsi l'ignorance où l'on se trouvait de la véritable cause de la paralysie; il est probable que le froid doit être relégué au rang de cause occasionnelle, et que d'autres facteurs interviennent avec lui dans la pathogénie des paralysies faciales dites *a frigore*. Quoi qu'il en soit, le *salicylate de soude* a paru parfois hâter la guérison dans les cas de cette catégorie (?).

Parmi les causes générales infectieuses, la syphilis et la tuberculose occupent le premier rang; dans le premier cas, le *traitement spécifique* est de rigueur. Il existe une forme de paralysie faciale, sans otite, qui peut constituer l'une des manifestations du début de la tuberculose et qui est d'ailleurs assez bénigne.

Parmi les intoxications et les maladies diathésiques, le saturnisme, l'alcoolisme, le diabète, affectent le nerf facial avec une fréquence plus ou moins grande. Quand une paralysie surviendra chez un saturnin, un alcoolique, on devra s'appliquer à *désintoxiquer* le malade par les moyens appropriés, en même temps que l'on instituera le traitement électrique. Les paralysies diabétiques sont en général fugaces, mais par contre, récidivent fréquemment. Il faudra, bien entendu, instituer le *traitement diététique et médicamenteux du diabète*, bien que son influence soit moins marquée en pareille occurrence que sur les névralgies si fréquentes au cours du diabète.

La paralysie hystérique est justiciable du traitement général de l'hystérie et de l'électrisation statique. Les paralysies de cause centrale se reconnaissent à la conservation des mouvements de l'orbiculaire et aux autres signes concomitants.

Le *traitement local* de la paralysie faciale est exclusivement *électrique*.

Avant de commencer le traitement, il importe de rechercher les réactions électriques du côté du nerf et du côté du muscle. La réaction de dégénérescence

fait défaut dans les paralysies d'origine centrale (bulbe et pédoncule excepté; en effet, elle existe quand la paralysie fait partie du syndrome Millard-Gubler); elle existe dans beaucoup de paralysies d'origine périphérique extra ou intra-temporales, ainsi que dans les lésions bulbaires intéressant les deux noyaux inférieur et supérieur du facial.

Rappelons que, quand la réaction de dégénérescence existe, on observe :

1° Du côté du nerf une diminution rapide et bientôt une abolition complète des réactions faradiques et galvaniques.

2° Du côté des muscles, des modifications quantitatives consistant dans la diminution et l'abolition de la contractilité faradique, une augmentation de la contractilité galvanique; d'autre part, des modifications qualitatives plus importantes, consistant dans une inversion de la formule normale des secousses galvaniques. Normalement, quand une large électrode est placée sur le thorax et une petite sur le muscle (méthode unipolaire), on observe à la fermeture du courant une contraction plus forte lorsque le pôle négatif est sur le muscle. Dans le cas de dégénérescence, on constate, au contraire, ou bien une égalité dans l'excitation de fermeture des deux pôles placés alternativement sur le muscle, ou bien une valeur plus grande du pôle positif. On observe enfin des modifications dans la forme elle-même de la contraction (retard, lenteur, persistance plus grande de la contraction, enfin fatigue plus précoce). Au point de vue du pronostic, on peut diviser les cas de paralysie faciale *a frigore* en trois groupes :

a) Forme légère, sans DR, qui guérit vite et bien.

b) Forme moyenne, avec DR partielle (augmentation de l'excitabilité galvanique). Durée : 9 à 15 semaines.

c) Forme grave avec DR totale. Durée 8 mois et plus. Chez les sujets déjà tarés ou âgés elle aboutit très souvent à la contracture.

Pour les autres paralysies périphériques (traumatique ou infectieuse), les indications précédentes ne sont plus exactement valables, pourtant l'existence de la DR complète accusera toujours une forme relativement grave :

a) Dans les cas légers, on emploiera les courants induits au moyen de la bobine à gros fil (avec deux intermittences par seconde) : 8 à 15 jours de traitement suffiront.

b) Dans les cas plus graves on emploiera le courant galvanique : large électrode positive, recouverte de plusieurs doubles de coton hydrophile bien mouillé, reliée au pôle positif de la pile et appliquée sur le côté malade; électrode négative sur la nuque ou la colonne vertébrale; courant de 8 à 15 milliampères pendant un quart d'heure environ.

Après cette séance on utilisera comme électrode active une petite électrode à bouton et on déterminera des excitations de chaque muscle par des secousses obtenues au moyen d'un interrupteur. Les séances auront lieu deux ou trois fois par semaine. Durée du traitement : trois à cinq mois environ.

c) Dans les cas très graves, avec réaction de dégénérescence complète, on emploiera le même traitement galvanique que précédemment. La durée du traitement sera toujours de plusieurs mois.

Nous avons vu que l'*électrisation statique* était indiquée contre la paralysie faciale hystérique.