

de la réaction de dégénérescence étant indiqués ailleurs avec détail, nous n'y insistons pas davantage ici. Cette forme guérit d'ordinaire en six ou en dix semaines sans laisser de traces. Dans la forme *grave*, il y a réaction complète de dégénérescence, soit immédiatement, soit après un ou deux jours pendant lesquels l'excitabilité du nerf est légèrement augmentée; on voit cette dernière décroître, puis disparaître, et demeurer absente pendant des semaines, des mois, indéfiniment dans les cas incurables. L'excitation du muscle met en évidence les caractères de la réaction de dégénérescence comme dans la forme précédente. En pareil cas, il n'est pas rare que la paralysie dure une année et plus; elle persiste au moins plusieurs mois; elle peut être définitive, et alors le muscle perd toute espèce d'excitabilité, vis-à-vis des courants galvaniques aussi bien que des faradiques. Nous avons vu que les perversions de la sécrétion sudorale provoquée par la pilocarpine (Straus) appartiennent aux paralysies sévères.

La paralysie faciale peut, dans les formes graves, guérir incomplètement, et laisser à sa suite des secousses musculaires, des contractures d'abord partielles, puis plus étendues, qui donnent à la physionomie des expressions diverses suivant les muscles sur lesquels elles prédominent; parfois il subsiste des mouvements associés; enfin il peut exister de l'atrophie des muscles et même de la peau.

M. Bergonié⁽¹⁾ a vu dans un cas de paralysie faciale droite, datant du premier âge, le facial gauche arriver à faire mouvoir les muscles du côté droit de la face les plus voisins de la ligne médiane.

Il n'est pas rare que la paralysie *a frigore* récidive. Cela arrive dans 7 pour 100 des cas, d'après Bernhardt⁽²⁾. On n'observe, en général, qu'une seule récidive, et qui apparaît quelques semaines ou quelques années après la première atteinte. Cela laisse planer des doutes sur la réalité d'une immunité conférée par la paralysie faciale considérée comme maladie infectieuse.

Diagnostic. — La paralysie faciale saute aux yeux, pour ainsi dire, et ne saurait guère demeurer inaperçue que chez des vieillards ou chez des enfants très jeunes, dont le masque est peu expressif et peu mobile. Pourtant certaines erreurs possibles doivent être signalées.

On pourrait prendre une contracture faciale (contracture hystérique) pour une paralysie faciale du côté opposé; mais, en pareil cas, on s'assure que la motilité volontaire est intacte du côté qui est paralysé en apparence.

On pourrait croire, quand la paralysie flasque a fait place à de la contracture, que l'affection s'est transposée; la méprise serait grossière.

Le *spasme glosso-labié* des hystériques s'accompagne d'une torsion excessive de la langue; il se distingue franchement de la paralysie faciale avec contractures et secousses musculaires.

Il en est de même du *tic convulsif* de la face. Dans la paralysie faciale, les secousses musculaires, quand elles existent, sont légères, et se montrent surtout à l'occasion d'excitations sensibles ou de mouvements volontaires locaux; dans le *tic*, les secousses sont plus fortes et surviennent sans cause provocatrice.

La *paralysie faciale double* a quelque analogie d'aspect avec la paralysie

⁽¹⁾ Soc. de biol., 1905, p. 992.

⁽²⁾ Neurol. Centralbl., 1^{er} février 1899, p. 98.

labio-glosso-laryngée et avec la paralysie pseudo-bulbaire. Mais la paralysie labio-glosso-laryngée présente une évolution particulière, et surtout elle affecte profondément la déglutition, la phonation, la respiration. Quant à la paralysie pseudo-bulbaire, elle survient le plus souvent à la suite d'ictus apoplectiques, et s'accompagne de phénomènes cérébraux variés.

En somme, il est aisé de reconnaître une paralysie faciale; il ne s'agit guère que d'en déterminer la *cause*. Or cette cause peut être d'ordre purement dynamique (hystérie) ou d'ordre organique.

La paralysie faciale *hystérique*, dont la réalité, autrefois mise en doute par Charcot, a été établie par Ballet et Chantemesse, se distingue de la paralysie faciale organique, ainsi que l'a montré principalement Babinski, par certains caractères que nous allons passer en revue: 1^o la paralysie faciale hystérique est ordinairement une paralysie *systématique*, c'est-à-dire qu'elle ne porte que sur un ou plusieurs systèmes de mouvements volontaires que les muscles de la face sont appelés à exécuter (Babinski). Chez tel malade, par exemple, les deux côtés de la face fonctionnent à peu près de la même façon dans l'acte de parler et celui de siffler, tandis que les mouvements unilatéraux sont abolis d'un côté, que de ce côté le mouvement d'élévation de la commissure labiale est tout à fait impossible; 2^o les troubles sont rarement limités d'une manière rigoureuse à un côté de la face, comme dans la paralysie organique, et de plus, des phénomènes spasmodiques s'associent généralement dès le début avec les phénomènes paralytiques (König, Babinski); 3^o dans la paralysie hystérique la tonicité musculaire n'est pas troublée; aussi dans l'hémiplégie faciale hystérique ne constate-t-on jamais l'abaissement du sourcil ni l'effacement des plis du front qui dépendent dans la paralysie organique d'une diminution ou d'une abolition de la tonicité musculaire (Babinski); 4^o la présence du signe de Ch. Bell dû à l'association d'une altération du nerf facial avec l'intégrité du moteur oculaire commun appartient exclusivement à la paralysie organique, car l'hystérie est absolument incapable de réaliser cette dissociation de mouvements, cette variété d'asynergie (Babinski); 5^o la réaction de dégénérescence fait toujours défaut dans la paralysie hystérique; 6^o enfin, l'évolution de la paralysie faciale hystérique est capricieuse et n'est pas soumise aux règles de la paralysie organique.

Un caractère important a été signalé par M. Babinski: la paralysie faciale hystérique est systématique, c'est-à-dire ne porte que sur un ou plusieurs des divers systèmes de mouvements que les muscles sont appelés à exécuter. Le diagnostic deviendrait délicat si une paralysie hystérique se superposait à une paralysie organique préexistante⁽¹⁾.

L'hystérie éliminée, la paralysie faciale peut avoir sa cause dans des lésions du cerveau, du bulbe ou du nerf. Bien que la paralysie de cause périphérique (à laquelle se rattache, comme nous le verrons, la paralysie bulbaire) nous occupe seule dans cet article, nous devons rappeler sommairement, à propos du diagnostic, les caractères de la paralysie faciale de cause cérébrale.

A. Paralysie faciale d'origine cérébrale. — La pathologie et la physiologie démontrent qu'il existe pour la face une localisation motrice corticale distincte. Celle-ci siège à la partie postérieure de la 2^e circonvolution frontale. Les fibres qui la relient au noyau bulbaire passent par la couronne rayonnante de Reil et par le faisceau géniculé de la capsule interne (sauf les fibres correspon-

⁽¹⁾ Voy. A. GASNIER. Thèse de Paris, mars 1895.

dant à l'orbiculaire qui ont peut-être un trajet distinct); plus bas, dans la partie inféro-interne du pédoncule cérébral, elles côtoient les noyaux de l'oculo-moteur commun, puis, parvenues presque en regard des noyaux bulbaires du facial, elles traversent la ligne médiane pour gagner le noyau du côté opposé. Dans tout ce trajet, elles cheminent côte à côte avec le faisceau cortico-bulbaire de l'hypoglosse.

Une lésion portant sur l'un de ces divers points entraîne une paralysie de la face du côté opposé; mais il est rare que la face soit exclusivement frappée. Simultanément, en raison des connexions anatomiques que nous venons de rappeler, on observe souvent une paralysie des membres et presque toujours une paralysie linguale. Si la lésion se trouve dans la partie inféro-interne du pédoncule cérébral, elle peut donner lieu au *syndrome de Weber* (paralysie de l'oculo-moteur du côté de la lésion, hémiplégié du côté opposé). Ces notions permettent non seulement de reconnaître l'origine cérébrale de la paralysie faciale, mais encore de préciser le siège des lésions qui l'ont causée.

Le principal caractère des paralysies de cause cérébrale est de respecter l'orbiculaire des paupières, au moins dans la grande majorité des cas. Cependant, d'après Mirallié⁽¹⁾, ce serait là un dogme trop absolu: d'après lui, la paralysie du facial inférieur, dans toute hémiplégié d'origine cérébrale, s'accompagne d'une paralysie du facial supérieur, mais extrêmement atténuée.

Ajoutons qu'on observe en pareil cas l'intégrité des réflexes, l'absence constante de la réaction de dégénérescence et de l'atrophie musculaire, le défaut d'anomalie dans la sécrétion sudorale provoquée par la pilocarpine.

Parfois, dans la paralysie de cause cérébrale, on note la conservation de certains ensembles de mouvements liés aux diverses expressions de la physiologie: le rire, le pleurer peuvent se produire sous l'influence de stimulations psychiques appropriées, et revêtent alors le caractère de mouvements automatiques, sur lesquels la volonté n'a point de prise. Pour que ces phénomènes soient possibles, il semble nécessaire (entre autres conditions), que la lésion siège au-dessus de la couche optique, où réside probablement le centre de coordination de la mimique faciale (Brissaud)⁽²⁾.

B. Paralysie de cause bulbaire. — Le noyau du facial est contigu au noyau de l'abducens. Non loin de ces deux noyaux cheminent les fibres du faisceau pyramidal, répondant aux membres du côté opposé. Aussi voit-on le plus souvent la paralysie faciale de cause bulbaire se combiner avec une paralysie de l'abducens du même côté, et avec une paralysie des membres du côté opposé (*hémiplégié alterne* de Gubler).

Lorsque le noyau bulbaire du facial est altéré, le nerf dégénère en totalité et l'on observe, en pareil cas, les mêmes phénomènes que si le tronc nerveux est directement lésé. Aussi la paralysie faciale d'origine bulbaire peut-elle être considérée comme une variété de la paralysie périphérique, dont il nous reste à indiquer les caractères distinctifs. Toutefois, certains faits cliniques ont semblé confirmer une hypothèse de Mendel, à savoir que, si les fibres de l'orbiculaire figurent parmi celles de la 7^e paire, elles ne proviennent pourtant pas du 7^e noyau, mais bien du noyau de la 5^e paire (Turner, Hughlings Jackson).

C. Paralysie périphérique proprement dite. — Les caractères de la paralysie faciale périphérique, par opposition à ceux de la paralysie d'origine cérébrale,

⁽¹⁾ *Arch. de neurol.*, janvier 1899, p. 1.

⁽²⁾ BRISSAUD. Le rire et le pleurer spasmodiques. *Revue scientif.*, 15 janvier 1894.

sont les suivants: 1^o le facial supérieur est intéressé: l'orbiculaire est paralysé (hormis, bien entendu, les cas spéciaux où la lésion porte exclusivement sur la branche inférieure du facial et non sur le tronc même du nerf); 2^o on peut observer tous les troubles qui appartiennent aux névrites périphériques et qui n'ont rien de particulier au facial: perte des réflexes, réaction de dégénérescence, atrophie musculaire, perversions vaso-motrices, sécrétoires, trophiques.

Il est souvent possible de préciser davantage le siège des lésions, de distinguer les paralysies *intra-crâniennes*, *intra-temporales* et *extra-crâniennes*, suivant que telle ou telle fonction est affectée ou respectée. Nous avons indiqué, à propos des formes de la paralysie faciale, les éléments de ce diagnostic topographique.

La diplégie faciale peut également être soit supranucléaire, soit nucléaire ou bulbaire, soit périphérique⁽¹⁾.

Pronostic. — Le pronostic ressort de ce qui a été dit; il est variable comme la cause. Nous avons vu combien, d'après Erb, la recherche des réactions électriques est importante pour augurer de l'évolution probable. Il faut savoir néanmoins, comme Charcot l'a fait observer, que dans certains cas la guérison est rapide malgré des réactions électriques graves, et inversement.

Traitement. — La thérapeutique doit avant tout s'adresser, s'il se peut, à la cause elle-même; la médication antisiphilitique, une intervention chirurgicale, un traitement dirigé contre une maladie de l'oreille, conviennent dans certains cas. La salicylate de soude serait indiqué dans le cas de paralysie rhumatismale.

Quoi qu'il en soit, sauf dans les formes absolument bénignes, l'électrothérapie doit être mise en œuvre aussi bien pour abrégé la durée de la maladie que pour prévenir l'atrophie des muscles, en attendant que reparaisse la motilité volontaire. Quand la lésion siège dans l'intérieur du crâne ou dans le canal de Fallope, on recommande de faire passer pendant 2 à 5 minutes, trois ou quatre fois par semaine, un courant galvanique entre les deux apophyses mastoïdes, en appliquant de préférence le pôle positif sur le côté malade. Il faut éviter les courants trop intenses, produisant de la douleur ou des vertiges. Par des courants faradiques s'ils sont efficaces, ou par des courants galvaniques dans le cas contraire, on fera contracter successivement plusieurs fois chacun des muscles paralysés, et cela tous les jours ou tous les deux jours, en s'abstenant de prolonger chaque séance au delà de 4 à 5 minutes. Les règles générales du traitement électrothérapique sont d'ailleurs les mêmes pour la paralysie faciale que pour toute autre paralysie périphérique.

Lorsqu'il existe des contractures ou des secousses musculaires, on peut tirer profit des courants galvaniques appliqués sur le nerf, ou d'un massage méthodiquement conduit.

Un traitement chirurgical, proposé par M. J.-L. Faure, a été appliqué par divers chirurgiens: il consiste à anastomoser la branche trapéziennne du spinal avec le facial; on possède actuellement 44 observations d'anastomose spino-faciale; les résultats obtenus sont encourageants⁽²⁾.

⁽¹⁾ Revue générale du sujet, par SAINTON. *Gaz. des hôp.*, 16 novembre 1901.

⁽²⁾ *Soc. de chirurgie*, 22 juillet 1905.