

que le facial inférieur; en pareil cas, la partie inférieure du visage est seule paralysée, la partie supérieure reste indemne; la bouche est déviée, la commissure labiale est entraînée par les muscles du côté sain, la joue est flasque, l'acte de siffler et de souffler est difficile ou impossible, mais les muscles qui sont innervés par le facial supérieur n'ont rien perdu de leurs fonctions, l'œil se ferme aussi bien que celui du côté opposé, il ne reste pas ouvert, le clignement est normal, il n'y a pas d'épiphora, bref le facial supérieur est indemne, le facial inférieur est seul paralysé. En pareil cas, la lésion est d'origine cérébrale; la contractilité électromusculaire des muscles paralysés est conservée.

Du reste, examinez votre malade et vous verrez que sa paralysie n'atteint pas seulement la partie inférieure de la face; le bras et la jambe du même côté sont également paralysés; en un mot, il y a *hémiplégié*. Les symptômes de cette hémiplégié peuvent être légers ou intenses, mais pour si légers qu'ils soient, ils existent néanmoins; interrogez votre malade, il répondra qu'il a moins de force dans la main, le bras lui paraît lourd, la démarche est défectueuse; il bronche facilement en montant un escalier « et tout cela, dit-il, est survenu en même temps que la déviation de la bouche, avec quelques troubles de la parole ».

Cette dernière variété de paralysie faciale (n'intéressant que le facial inférieur) rentre dans le domaine de l'*hémiplégié syphilitique précoce*, laquelle peut survenir dès les premiers mois de l'infection. Ce qui domine ici, ce n'est pas la paralysie de la face, c'est l'hémiplégié, qui plus ou moins accentuée prend tout un côté du corps, et qui, abstraction faite de localisation, est le témoignage irrécusable d'une lésion cérébrale, dont le pronostic peut être fort grave.

Les paralysies faciales syphilitiques *précoces* se présentent donc sous deux aspects bien différents : dans le premier cas, la paralysie, plus ou moins déssiminée à toutes les branches du nerf, intéresse, à la fois, le facial supérieur et le facial inférieur; le nerf seul est en cause, le cerveau est indemne; les membres ne sont jamais paralysés, le pronostic est bénin, la maladie doit être étiquetée « paralysie faciale ou para-

lysie du nerf facial ». Dans le second cas, la maladie doit être étiquetée « hémiplégié »; la paralysie faciale n'atteint que le facial inférieur (le facial supérieur étant respecté); par contre, on constate un degré plus ou moins accentué d'hémiplégié du bras et de la jambe; la lésion est cérébrale, le pronostic est réservé, parfois très grave.

Après vous avoir parlé des paralysies faciales syphilitiques *précoces*, celles qui surviennent au début de l'infection syphilitique, je vais vous parler des paralysies faciales syphilitiques *tardives*, celles qui apparaissent des années, dix ans, vingt ans après l'infection. Dans cette forme tardive, le critérium pathogénique peut n'être pas aussi probant que dans la forme précoce : un individu vient d'avoir un chancre syphilitique; quelques semaines plus tard, apparaissent les accidents secondaires, roséole, plaques muqueuses; au milieu de ces accidents secondaires survient une paralysie de la face (sans autre cause appréciable), il est d'autant moins niable que cette paralysie est de nature syphilitique, qu'un grand nombre d'observateurs ont rapporté des cas semblables et ces cas se comptent par douzaines.

Il est difficile d'être aussi affirmatif quand la paralysie faciale est tardive, car toute paralysie survenant chez un ancien syphilitique peut fort bien n'être pas syphilitique. Cependant les observations que je vous citerai me paraissent, pour des raisons que je vous donnerai, hors de toute contestation.

Commençons par un des malades de notre service. Cet homme que je vous présente, est au n° 17 de notre salle Saint-Christophe, il a quarante-quatre ans, et exerce la profession de fleuriste. Quand il est entré à l'Hôtel-Dieu, le 3 septembre dernier, il nous a raconté qu'il était malade depuis cinq semaines. Il a d'abord éprouvé des douleurs faciales très vives sur lesquelles je reviendrai dans un instant et une huitaine de jours après, il a été pris de paralysie faciale gauche généralisée. Sa bouche était déviée et entraînée à droite vers le côté sain, la joue gauche était flasque et immobile; l'œil gauche restait continuellement ouvert et le

clignement était impossible. A son arrivée dans notre service, nous constatons tous les symptômes de la paralysie faciale : asymétrie des deux côtés de la face ; immobilité des traits du côté gauche qui contraste avec l'animation et l'expression des traits du côté droit ; la joue est flasque et soulevée comme un voile inerte à chaque expiration ; la bouche est fortement tirillée à droite ; dans les grandes inspirations la narine gauche ne se dilate pas. L'œil gauche est plus largement ouvert que l'œil droit, il se ferme incomplètement, le clignement est impossible, des larmes s'écoulent sur la joue. La mastication est gênée par les aliments qui séjournent entre l'arcade dentaire et la joue gauche.

Le sens du goût est atteint ; une substance sapide déposée sur les deux tiers antérieurs de la moitié gauche de la langue ne détermine aucune sensation gustative. La bouche est sèche et le malade constate une diminution de la sécrétion salivaire. L'ouïe du côté gauche est émoussée. M. Lacaille constate que la réaction de dégénérescence est très accentuée.

Notre malade avait donc une paralysie faciale gauche, paralysie à forme périphérique (variété intra-temporale), atteignant presque toutes les branches superficielles et profondes du nerf facial. Cette paralysie faciale n'était accompagnée d'aucun symptôme paralytique du bras ou de la jambe, il ne s'agissait donc en rien d'une lésion cérébrale.

Je vous ai dit que, chez ce malade, la paralysie avait été précédée de douleurs faciales fort intenses, qui duraient encore lors de l'entrée à l'hôpital. Il me paraît utile d'insister sur la nature de ces douleurs, qui constituent « la paralysie douloureuse de la septième paire ». Les douleurs avaient débuté huit jours environ avant la paralysie, elles occupaient toute la moitié gauche de la face, les régions temporale, génienne, auriculaire et mastoïdienne ; toutefois, vous avez pu voir que leur répartition sur la face coïncidait, non pas avec la distribution du trijumeau (nerf sensitif) mais avec la distribution du facial (nerf moteur). C'est par l'oreille que les douleurs avaient débuté et c'est dans la région auriculaire qu'elles avaient acquis leur plus forte intensité ; sur

la joue et sur la tempe, le malade les comparait à une forte pression ; ailleurs, surtout en avant et en arrière de l'oreille, elles reparaissent sous forme d'élançements. Bien que continues, elles revenaient par accès paroxystiques, plusieurs fois en vingt-quatre heures ; la nuit, elles étaient assez intenses pour empêcher tout sommeil.

Ces douleurs sont loin d'être rares chez les gens atteints de paralysie faciale ; elles étaient très vives à l'oreille et à la face du côté droit, chez la malade qui fait le sujet de notre première observation ; un des malades de M. Mauriac « éprouvait des douleurs vives derrière l'oreille gauche et dans la région mastoïdienne » ; j'ai vu jadis, avec Vulpian, une dame chez qui les douleurs précédèrent la paralysie faciale et persistèrent pendant six mois ; j'ai eu autrefois dans mon service un jeune malade chez lequel la paralysie douloureuse de la 7^e paire était accompagnée de zona, et un de mes élèves, M. Testaz, a fait sur cette forme de paralysie douloureuse une très intéressante thèse¹. D'après Weber, les douleurs existeraient dans plus de la moitié des cas de paralysie faciale. Tantôt les douleurs précèdent la paralysie, tantôt elles éclatent avec elle et peuvent lui survivre ; elles siègent de préférence à l'oreille, derrière l'oreille, à la joue, à la tempe, au front, que la paralysie soit ou non syphilitique.

Quelle interprétation faut-il donner à ces douleurs ? Sont-elles dues à une névralgie du nerf trijumeau évoluant parallèlement à la paralysie du nerf facial ? Faut-il admettre un retentissement sur les filets nerveux, entre autres le rameau auriculaire du pneumogastrique, qui s'anastomose avec le facial ? L'explication de ces douleurs est assez simple, depuis qu'on sait que le facial est un nerf mixte, sensitif et moteur.

Le nerf intermédiaire de Wrisberg paraît être la portion sensitive de la 7^e paire. Ce nerf de Wrisberg, intermédiaire comme situation entre le facial et l'auditif, s'étend de l'émergence bulbaire de ces deux nerfs au ganglion géniculé du facial. « Sa signification est restée longtemps douteuse. A

¹ Testaz. Paralysie douloureuse de la 7^e paire, Thèse de Paris, 1887.

plusieurs reprises, anatomistes et physiologistes l'avaient considéré comme la portion sensitive du nerf facial, mais sans preuve précise, alors que Duval, en raison de ses origines centrales, le rattachait au glosso-pharyngien dont il représentait une partie détachée ou aberrante. Une série de recherches, dont les premières remontent à Sapolini, ont établi définitivement qu'il est l'équivalent d'une racine postérieure rachidienne; il est la racine postérieure du facial, dont le ganglion est le ganglion géniculé¹. »

Ainsi se trouve expliquée la paralysie douloureuse du nerf facial. Cette forme douloureuse n'existe que dans les cas où la paralysie est d'origine périphérique ou intra-temporale, elle n'existe pas quand la paralysie, limitée au facial inférieur, fait partie d'une hémiplégie d'origine cérébrale.

Revenons à notre malade atteint de paralysie douloureuse du nerf facial. Restait à savoir quelle était la cause de sa paralysie; pouvait-on invoquer l'étiologie banale du refroidissement? Rien ne nous y autorisait. Nous devions au contraire suspecter la syphilis, cet homme ayant eu autrefois une vérole qui fut traitée à l'hôpital, en Algérie, pendant son service militaire. Dans cette hypothèse, je prescrivis sans tarder les injections de biiodure d'hydrargyre et le résultat a été vraiment remarquable. N'oubliez pas que chez cet homme les douleurs faciales étaient si vives la nuit que tout sommeil était impossible. Dès la cinquième injection, les douleurs disparaissaient et l'insomnie cessait. En même temps, les symptômes paralytiques s'amendaient rapidement, la déviation de la bouche était moindre, l'occlusion de l'œil était possible, le sens du goût reparaisait sur sa langue. A la quinzième injection, la guérison était complète. La réaction de dégénérescence très accusée avant le traitement avait presque disparu, elle n'existait plus six semaines plus tard.

L'efficacité du traitement mercuriel et la rapidité d'action de ce traitement seraient suffisantes à démontrer chez ce malade la nature syphilitique de la paralysie, mais en faveur

1. Poirier. *Traité d'anatomie humaine*, t. III, 2^e fascicule, p. 501.

de cette opinion j'ai d'autres arguments à faire valoir. Trois mois plus tard, cet homme nous est revenu complètement guéri de sa paralysie de la 7^e paire, mais atteint cette fois de paralysie de la 3^e paire avec céphalée. Vous savez combien est fréquente la paralysie syphilitique du moteur oculaire commun. Le malade a été soumis de nouveau aux injections mercurielles et nous avons triomphé de sa paralysie de la 3^e paire comme nous l'avons guéri de sa paralysie faciale. Il a quitté l'hôpital et il est revenu deux mois après, ayant une céphalée violente, sans qu'il restât la moindre trace de ses paralysies. Nous l'avons encore soumis au traitement mercuriel et la céphalée a disparu. Voilà donc un cas de paralysie faciale syphilitique *tardive* que nous allons étudier comparativement à la paralysie faciale syphilitique *précoce*.

Que savons-nous de la paralysie faciale syphilitique *tardive*? Nous devons la diviser, elle aussi, en deux variétés: à la première variété appartient la paralysie faciale proprement dite, intéressant le nerf dans son ensemble, facial supérieur et facial inférieur, les membres étant absolument indemnes de toute paralysie; à la deuxième variété appartient la paralysie du facial inférieur associée à une paralysie plus ou moins complète des membres; en un mot, il s'agit d'*hémiplégie* comprenant les membres et la partie inférieure de la face.

Eh bien, dans ses formes tardives, la paralysie faciale est rarement généralisée à tout le nerf, contrairement à ce que nous savons de la forme *précoce*. Habituellement, la paralysie faciale syphilitique *tardive* « n'est à vrai dire que l'expression préalable d'une hémiplégie totale; c'est, en termes techniques, *un segment d'hémiplégie dissociée* » (Fournier)¹. En somme, il s'agit, en pareil cas, d'une hémiplégie à laquelle participe le facial inférieur. Un malade vient se plaindre à vous d'un léger embarras de la parole, d'une distorsion des traits, la bouche est déviée, il se demande « s'il n'a pas eu une attaque ». Examinez-le avec soin, vous verrez que le facial supérieur est libre, l'œil se

1. Fournier. *La syphilis du cerveau*. Paris, 1869, p. 402.

ferme bien, le clignement est normal, les larmes ne s'écoulent pas sur la joue; par contre, il existe des symptômes d'hémiplégie des membres, la main est maladroite, elle serre mal, le bras est lourd, la jambe traîne un peu, en un mot, il y a « *hémiplégie* », il y a lésion cérébrale. En pareille circonstance, le pronostic doit être réservé; il comporte toujours une certaine gravité, tandis que la gravité est nulle au cas de paralysie faciale périphérique.

Je termine cette étude par les conclusions suivantes :

1° Il est assez fréquent d'observer la paralysie du nerf facial dans les premiers mois de l'infection syphilitique. C'est la forme *précoce* de la paralysie faciale syphilitique. Son apparition coïncide souvent avec l'éclosion des accidents secondaires habituels, roséole, plaques muqueuses.

2° Les symptômes de cette paralysie ne diffèrent en rien de la paralysie faciale dite *a frigore*. D'emblée, elle se diffuse à toutes les branches du facial, facial supérieur, facial inférieur, y compris parfois les branches profondes (variété intratemporale). La paralysie est indolore ou douloureuse, tantôt légère, tantôt intense. La réaction de dégénérescence existe ici, avec toutes ses nuances comme dans la paralysie faciale vulgaire.

3° La paralysie faciale syphilitique est parfois double. Les deux nerf faciaux ne sont pas pris en même temps; la paralysie de l'un précède de quelques jours ou de quelques semaines la paralysie de l'autre.

4° Dans un autre ordre d'idées rentre la paralysie syphilitique précoce limitée au facial inférieur. En pareille circonstance, il s'agit d'une hémiplégie syphilitique précoce, plus ou moins accentuée, à laquelle participe le facial inférieur.

5° La paralysie faciale syphilitique *tardive* est celle qui survient aux époques éloignées de l'infection. Ici encore la même division doit être faite; tantôt, il s'agit de paralysie faciale proprement dite, le nerf facial étant intéressé dans toutes ses branches, à la façon de la paralysie périphérique; tantôt, il s'agit d'hémiplégie syphilitique tardive à laquelle participe le facial inférieur.

6° Les paralysies faciales syphilitiques périphériques, précoces ou tardives, n'ont pas la gravité des paralysies syphilitiques d'origine centrale, associées à l'hémiplégie.

7° La syphilis entre pour une large part dans l'étiologie des paralysies faciales et le traitement spécifique doit leur être appliqué sans retard.

8° Les observations nombreuses que j'ai citées prouvent que la paralysie faciale syphilitique n'est pas, il s'en faut, un fait exceptionnel.