

XXXIX

PARALYSIE FACIALE

PAR P. BÉZY

Professeur de clinique infantile à la Faculté de médecine de l'Université de Toulouse.

La paralysie faciale chez l'enfant peut être congénitale, obstétricale ou acquise. Sa forme obstétricale étant décrite ailleurs, dans ce traité, les deux autres formes seront seules étudiées ici.

I. — PARALYSIE FACIALE CONGÉNITALE

Historique. — Le Dr Cabannes (*Revue neurologique*, 50 mars 1901) a publié le premier, sur la paralysie faciale congénitale, un travail d'ensemble très documenté (17 observations). Le 26 juillet 1901, Marfan et Armand-Delille rapportaient, à la *Société médicale des hôpitaux*, l'observation d'une fillette de trois mois 1/2, atteinte de paralysie faciale droite totale, et présentant du côté droit une malformation du pavillon de l'oreille et du conduit auditif externe. Aucun traumatisme, obstétrical ou autre, n'expliquant cette paralysie, on la diagnostiqua congénitale. Ce diagnostic fut confirmé à l'autopsie et l'examen histologique révéla une atrophie des noyaux du facial.

Comby rapporte trois cas analogues à la même séance.

Des faits semblables furent signalés à la même Société par Souques et Heller le 50 janvier 1903, et par Léopold Lévy et Henry de Rothschild le 27 février de la même année.

Enfin, tout récemment, dans sa thèse inaugurale (Paris, 10 juin 1905), Heller présente une étude complète de la paralysie faciale par agénésie du rocher, avec un historique commençant à Kilian et Dubois, expliquant le phénomène par la compression du cerveau et le traumatisme direct du nerf, et finissant aux auteurs précités, qui montrent les lésions nucléaires et osseuses.

Étiologie. Pathogénie. Lésions anatomiques. — Ce chapitre peut se résumer à ces mots : lésions congénitales, atrophiques, plus ou moins étendues, du noyau du facial, agénésie du rocher, malformations plus ou moins prononcées des organes voisins (pavillon de l'oreille, etc.), absence ou atrophie du nerf lui-même.

Les autopsies sont très rares; la plus complète est celle de Marfan et Armand-Delille; elle est ainsi résumée : « Le nerf facial du côté droit fait défaut dans son trajet intra et extrapétreux; il est atrophié dans son trajet intracrânien et intraprotubérantiel. Son noyau est notablement atrophié. Ses lésions coexistent avec une malformation du rocher, telle qu'on ne

retrouve plus dans cet os les parties constituantes de l'appareil auditif; l'os pétreux est réduit à un petit noyau méconnaissable. »

Il est permis de supposer que ces lésions peuvent varier et s'associer de façons très différentes. Leur cause première est peu connue et rentre dans l'histoire des arrêts de développement. On trouvera de très intéressants détails à ce sujet dans la thèse de Heller.

Symptômes. — Les symptômes sont les mêmes que ceux de la paralysie acquise dont il va être question. Les points spéciaux sont : 1° l'apparition dès la naissance; 2° la juxtaposition de certaines malformations, particulièrement du pavillon de l'oreille, du maxillaire, de l'os malaire, de l'apophyse mastoïde, du crâne, des muscles (atrophie faciale), des téguments (bride sous-cutanée, dans le cas de Lévy et de Rothschild; taches); 3° les résultats de l'examen électrique qui révèlent l'intensité de la lésion.

Diagnostic. — Les observations relatées jusqu'à ce jour étant toutes unilatérales, comme le fait justement remarquer Heller, il n'y a pas lieu d'établir le diagnostic avec les diplégies faciales, telles que les paralysies bulbaires ou pseudo-bulbaires.

Nous n'avons pas non plus à nous occuper des monoplégies faciales de la seconde enfance (myopathies du type Landouzy-Dejerine).

Les affections scléreuses du cerveau, congénitales ou très rapprochées de la naissance, retentissent sur la face, mais elles s'accompagnent presque toujours de paralysies ou de contractures éloignées, de troubles de l'intelligence, de convulsions.

La paralysie faciale obstétricale est due soit à des manœuvres, soit à des compressions, dont la trace existe le plus souvent, et elle guérit spontanément.

Enfin, il est juste d'attribuer, avec Heller, une grande importance aux malformations précitées de l'oreille ou d'autres régions voisines, et aussi, dans les cas difficiles, de tenir compte de l'incurabilité.

Pronostic. Traitement. — Il est aisé de comprendre que tout traitement sera inutile. La vie n'est pas, du reste, menacée, mais les inconvénients varient avec l'intensité et l'étendue des désordres concomitants.

II. — PARALYSIE FACIALE ACQUISE

Il n'y a pas très longtemps que la description de cette forme fait partie des traités spéciaux de pédiatrie; on en trouve cependant quelques cas dans les auteurs, et j'en ai rapporté quelques observations personnelles avec photographies il y a environ dix ans.

Il sera particulièrement traité, dans ce chapitre, des faits propres à l'enfance, les ouvrages de médecine générale renfermant des descriptions complètes des faits relatifs à l'adulte.

Étiologie. Pathogénie. Lésions anatomiques. — La paralysie de la 7^e paire n'est pas un symptôme fréquemment constaté chez l'enfant, surtout si on le recherche en dehors de toute autre manifestation paralytique ou non. Cependant, on la voit signalée dans un certain nombre d'observations

récentes; encore faut-il se demander si elle ne passe pas souvent inaperçue, étant données les grosses difficultés que présente son diagnostic dans beaucoup de cas.

Elle peut être produite par des *lésions du rocher*, analogues à celles que l'on rencontre chez l'adulte, mais auxquelles il y aurait peut-être lieu d'ajouter le rachitisme (Kortum).

Des *lésions des centres nerveux* ont été constatées dans les autopsies, analogues à celles que l'on rencontre chez l'adulte, se répercutant, selon leur étendue, sur le facial seul, ou sur d'autres nerfs. Elles sont assez variables : foyers de ramollissement disséminés sur la protubérance et les tubercules quadrijumeaux (Bernhardt); tubercule cérébral isolé (Martinez Vargas); tubercules de la protubérance (Aubertin et Raoul Labbé); embolie de la sylvienne (Concetti); hydrocéphalie, microcéphalie, hémorragie méningée (J. Simon); sarcome (Vinokourof); kyste hématique (Steffen); traumatisme au cours du travail (Knapp); encéphalite (Neurath); ramollissement (Jarke); thrombose (Bler), survenant comme complications de maladies infectieuses; hémorragies mécaniques dans la coqueluche (Frederik et Craig, Theodor).

La *paralysie spinale infantile* peut-elle produire la paralysie faciale par ascension des lésions de la moelle dans la substance grise du bulbe? Comby en rapporte, d'après Henoeh, des cas qu'il considère comme exceptionnels. Filatow accorde plus de créance à ces observations. Redlich a trouvé, dans une autopsie, des lésions de la substance grise du bulbe chez une fille de cinq ans qui avait succombé, après avoir présenté les symptômes et les lésions classiques de la paralysie spinale infantile. Hoppe Seiler, et, plus récemment, Maurice Perrin, ont étudié, à ce sujet, les épidémies de Stockholm de 1887 et 1895 relatées par Medin : 64 enfants furent atteints de paralysie, et plusieurs présentèrent de la paralysie faciale. D'après Perrin, il s'agissait, pour la plupart, de poliomyélite antérieure, mais, pour certains, de polynévrite. De nouvelles recherches semblent donc nécessaires pour établir la part des lésions bulbaires et celle des névrites, dans les cas, assez rares, de paralysie faciale survenant au cours de la paralysie spinale infantile.

La même diversité de causes va se rencontrer pour établir la pathogénie de la paralysie faciale au cours des *maladies infectieuses*; parmi ces dernières, il faut citer, en première ligne, la coqueluche dans laquelle on rencontre les hémorragies mécaniques, la névrite (Horveno, *Thèse de Paris*, 11 mars 1899), et probablement les lésions vasculaires (Marturié, *Pédiatrie pratique*, 15 juin 1905).

On rencontre aussi chez l'enfant la paralysie faciale dite *a frigore* ou *rhumatisme* qu'il vaut mieux placer, avec Charcot et Neumann, dans la classe des *névroses*, et parmi celles-ci, en première ligne, *l'hystérie* et la *chorée*. Dans tous ces cas, on rencontre, chez l'enfant ou chez les ascendants, les stigmates de la tare nerveuse. De nombreux faits de ce genre ont été publiés par Charcot, Henoeh, Comby, Paul Simon, Bibent, et par moi-même. Si Garnier ne cite qu'un seul cas de paralysie faciale hystérique chez l'enfant, Astruc, dans sa thèse plus récente (Paris, novembre 1898), en rapporte de nombreuses observations. Le refroidissement, les émotions, le trauma-

tisme (Piéchaud), se rencontrent dans la plupart de ces cas, ainsi que les autres agents provocateurs de l'hystérie.

Enfin Hoppe-Seiler et Schultze ont relaté des cas d'*origine obscure*, disent ces auteurs, mais qui semblent se rapporter, aujourd'hui que la question est mieux connue, à des cas de paralysie faciale congénitale.

L'influence de l'*âge* et du *sexe* n'est pas manifeste. Les cas les plus jeunes ont été constatés sur des enfants de onze et treize mois.

Formes cliniques. — Ce qui domine la symptomatologie de la paralysie faciale chez l'enfant, c'est la difficulté de la reconnaître, difficulté d'autant plus grande que le sujet est plus jeune. On comprend en effet que, dans la face d'un nourrisson un peu joufflu, sans rides, et d'aspect béat, le système musculaire ne joue pas un rôle assez important pour qu'une paralysie de la mimique faciale devienne facilement apparente. De plus, l'enfant se prêtera difficilement à la recherche de l'occlusion palpébrale incomplète du côté paralysé. Enfin, chez les très jeunes enfants, il est impossible d'obtenir des renseignements sur les mouvements de la langue et l'état de la gustation; impossible aussi d'obtenir des actes de mimique volontaire pour constater les différences entre les deux côtés. Il faudra donc attendre que l'enfant pleure pour constater l'asymétrie faciale, ou qu'il dorme pour s'assurer de l'impossibilité de fermer complètement l'œil. Pour rechercher ce dernier signe, on pourrait profiter des observations récentes de Vaschide et Vurpas, et de Berger et Lœwy. D'après ces auteurs, l'occlusion des paupières serait plus facile pendant le sommeil, et l'on pourrait même rendre complète cette occlusion en la maintenant quelques minutes avec le doigt, et en combattant ainsi la contracture du releveur de la paupière.

En tenant compte de ces difficultés, on peut rapporter à trois types principaux l'aspect de la paralysie faciale chez l'enfant : le type de l'adolescent qui ressemble à celui de l'adulte; le type mixte, dans lequel la paralysie faciale existe, mais fait partie d'un syndrome; le type que j'appellerai dissimulé, que l'on rencontre surtout chez le nourrisson, et qui n'est pas toujours constatable *a priori* pour les raisons que nous venons d'indiquer.

I. TYPE DE L'ADOLESCENT. — Les symptômes sont les mêmes que chez l'adulte, aussi suffira-t-il de les rappeler : effacement des sillons normaux, commissure labiale tirée du côté sain, impossibilité de siffler, de fermer complètement l'œil, difficulté de la mastication par paralysie du buccinateur, troubles des sens du goût et de l'ouïe, symptômes variant suivant le siège de la lésion, surtout selon qu'elle est intra ou extra-crânienne. Goldziker a signalé aussi l'arrêt de la sécrétion lacrymale, constatable pendant l'acte de pleurer. Ce type peut exister chez l'enfant plus jeune, mais il deviendra d'autant plus rare que l'on se rapprochera davantage de la naissance.

Dans ce type, comme dans les autres, on pourra trouver des alternatives avant la guérison complète (Rossi, Piéchaud).

II. TYPE MIXTE. — Quel que soit l'âge de l'enfant, la paralysie faciale peut exister avec une autre affection. Elle peut, alors, soit éclairer le diagnostic, soit donner un cachet spécial à la maladie, soit éclairer le pronostic de la

lésion primitive. Ce type se présente sous deux aspects différents, selon que l'affection concomitante est, aussi, une paralysie ou qu'elle n'est pas paralytique.

a) *Paralysie faciale accompagnant d'autres lésions paralytiques.* — Cette forme se rencontre souvent après les maladies infectieuses. Voici quelques faits : en août 1894, on me conduit un garçon de trois ans 1/2, qui a eu une varicelle deux mois environ auparavant. Depuis à peu près un mois, les parents se sont aperçu qu'il laisse tomber la tête en avant et qu'il est très gêné pour parler. En examinant le petit malade, on est frappé, lorsqu'on relève sa tête, du peu d'expression de sa physionomie et de la difficulté qu'il éprouve pour parler, il a l'air d'un idiot. En lui faisant ouvrir la bouche, on voit que la commissure droite est tirée ; les deux yeux peuvent être fermés, mais il y a du strabisme convergent, attribué, après examen, à des phénomènes paralytiques, de même que la chute de la tête en avant. Le traitement électrique a rapidement raison de ces accidents. — J'ai rapporté, en 1892, le cas d'un garçon de 7 ans qui présentait une chorée paralytique avec hémiplegie alterne. La paralysie faciale était très nette. Ces faits ne sont pas très fréquents, on en rencontre cependant dans la thèse d'Olive. — Marie a rapporté l'histoire d'un homme de cinquante ans, atteint d'hémiparésie de la face et du membre supérieur gauche ; les accidents avaient débuté à l'âge de 11 ans, peu après l'avulsion d'une dent, et n'avaient pas tardé à s'accompagner de lésions du squelette et d'une paralysie complète du facial. L'auteur se demande s'il n'y a pas eu, dans l'espèce, des altérations du grand sympathique. — Vinokourof cite un garçon de 12 ans, qui présentait de l'hémiparésie faciale avec céphalée et lésions des gencives. L'autopsie révèle une sarcomatose généralisée. — Neurath a vu un enfant de deux ans 1/2 pris, à la sixième semaine d'une coqueluche, de convulsions, suivies de paralysie des quatre membres, qui se dissipa graduellement au bout de quelque temps, laissant une paralysie faciale, et une exagération des réflexes tendineux. L'auteur admet une encéphalite infectieuse. — C'est encore au cours d'une coqueluche que Frederik et Kraig ont constaté une paralysie typique du facial, avec paralysie de la 6^e paire chez une fillette de trois ans et quatre mois. Les auteurs pensent à une hémorragie très localisée, sous l'influence des efforts de toux. — Une fille de 7 ans eut, au cours d'une fièvre typhoïde, une hémiplegie droite avec paralysie faciale du même côté, due, d'après Bler, qui rapporte son histoire, à une thrombose ou à une névrite périphérique. — Aubertin et Labbé ont vu, chez une fille de douze ans, une hémiplegie croisée avec participation du facial supérieur. — Marturié rapporte un cas personnel, et plusieurs, pris dans les auteurs, de paralysies faciales dans la coqueluche, s'accompagnant d'autres localisations paralytiques. — J'ai enfin publié récemment l'observation, prise dans mon service, d'un garçon de deux ans, atteint de paralysie faciale, d'astasié-abasie, et présentant, en même temps, des manifestations hystériques.

On voit, par ces nombreux exemples, combien les formes cliniques peuvent être variables.

Il faudrait, pour être complet, placer ici les syndromes bulbaires,

s'accompagnant de symptômes plus ou moins prédominants dans la zone du facial, ceux notamment placés par Parmentier dans la classe des paralysies périphériques, ou dans celle des paralysies semblables à la névrose ; mais cette étude nous entraînerait trop en dehors de notre cadre, nous les signalerons simplement au diagnostic.

b) *Paralysies faciales s'accompagnant d'autres manifestations non paralytiques.* — Parmi ces formes, les plus fréquentes sont celles qui s'accompagnent de lésions du rocher, formes entraînant un pronostic variable selon la nature de la lésion. Presque tous les faits de ce genre se résument ainsi : un enfant est atteint d'une otorrhée banale à laquelle la famille ne fait pas attention. Un beau jour, l'enfant devient inquiet, semble souffrir. On se décide alors à consulter un médecin, celui-ci constate que la bouche est déviée, que, pendant le sommeil, un des deux yeux reste ouvert, et qu'en somme l'enfant présente les signes d'une paralysie faciale. Puis l'état s'aggrave, les vomissements apparaissent, et finalement, l'enfant succombe à une méningite. Les cas de ce genre ne se terminent pas toujours par la mort ; la gravité du pronostic dépend du siège et de la nature de la lésion osseuse ; mais les cas analogues sont assez fréquents pour qu'il soit indispensable de mettre les parents en garde contre les accidents qui peuvent compliquer une otorrhée.

Comme exemple de cas à pronostic bénin, on peut citer celui de Kortum : paralysie faciale chez un enfant offrant des manifestations rachitiques, dans lesquelles l'auteur croit devoir faire rentrer les lésions du rocher, qui ne présente aucune modification extérieure.

Dans d'autres cas, une tumeur ganglionnaire ou un abcès, comprimant le facial à sa sortie, donneront un aspect spécial au côté paralysé.

C'est dans la même catégorie qu'il faut placer les cas de méningisme avec paralysie faciale passagère, suite d'intoxication intestinale, rapportés par Rossi, ainsi que les cas très intéressants de paralysie faciale coïncidant, chez des enfants, avec des accidents de tétanos. Un des enfants, dont l'observation a été prise dans le service de Piéchaud par Guyot et Perry, avait fait une chute de deux mètres avec traumatisme du front ; un autre, cité par Haltenhof, avait reçu un coup de bâton souillé de terre qui avait provoqué une abondante hémorragie de la région orbitaire droite ; au sujet de ce dernier, Haltenhof rappelle que nous devons à Rose la description du *tétanos céphalique compliqué de paralysie faciale* du côté de la blessure et succédant à des traumatismes de la tête, surtout de la face.

Dans les cas précédents, il y a relation de cause à effet, mais il n'en est pas toujours de même ; Jasenski (de Varsovie) cite le cas d'un enfant de treize ans, qui, après un rêve terrifiant, présente de la paralysie du facial inférieur et des membres, avec athétose, phénomènes qui disparaissent après sept semaines, et que l'auteur rapporte à l'hystérie. Il y a même des cas où l'erreur est facile : Mario Ponticaccio a vu un enfant présentant une paralysie faciale obstétricale en même temps qu'une pseudo-paralysie syphilitique de Parrot.

III. TYPE DISSIMULÉ. — Dans cette forme, c'est presque toujours le médecin

qui fait le diagnostic de paralysie faciale, la famille n'y ayant nullement pensé. Il s'agira ordinairement d'un nourrisson qui éprouvera de la difficulté pour pratiquer la succion du mamelon, et la mère le présentera en demandant qu'on lui « coupe le filet de la langue ». Ou bien l'entourage s'est aperçu que l'enfant prenait « une drôle de figure », ou qu'il a la bouche de travers quand il pleure, ou que, lorsqu'il dort, un œil reste ouvert. Dans des cas moins accentués, le nourrisson sera conduit pour tout autre chose, et le médecin s'apercevra de la paralysie.

Une fois l'attention éveillée de ce côté, le diagnostic ne sera pas en souffrance. Mais il faut bien savoir que la mimique est à peu près nulle chez un nourrisson à figure grasse; l'aspect de la face ne s'imposera pas à l'observateur, comme cela a lieu chez l'adulte. Il faudra donc, quand on aura des soupçons, provoquer le symptôme en profitant des circonstances, sans espérer pouvoir faire siffler, souffler une bougie, etc.; pour saisir l'impossibilité de fermer l'œil du côté paralysé, on examinera pendant le sommeil; la déviation de la bouche et l'aspect du masque ne seront bien nets que lorsque l'enfant pleurera; si on regarde alors les deux côtés de la face, on voit très nettement la différence, et le côté sain prend souvent un aspect grotesque. Cet aspect est très nettement perçu si on prend une photographie instantanée, et que l'on regarde un des côtés en cachant l'autre; on peut se convaincre de ce fait en regardant les photographies reproduites avec mes observations dans la *Presse médicale* du 20 avril 1895. Si l'on jette de l'eau froide sur la figure, seul, le côté sain réagira. Il ne faut pas songer à obtenir du malade des renseignements sur l'état de la gustation.

Il est facile de comprendre, en présence de ces difficultés, que les paralysies faciales doubles, très rares, du reste, peuvent passer inaperçues, surtout dans les cas légers et si l'entourage est peu soigneux.

Diagnostic. — Il est inutile de répéter ici ce qui est dit partout au sujet du diagnostic chez l'adulte. Il suffira de rappeler combien il est souvent difficile de découvrir la maladie chez le nourrisson par suite de l'absence de rides et de la mimique, et les moyens indiqués pour tourner ces difficultés. Certains points doivent appeler l'attention: tout d'abord il est peu pratique de demander à l'examen électrique, auquel l'enfant se prête mal, des renseignements diagnostiques ou pronostiques; les formes précoces peuvent en imposer, au premier abord, pour des paralysies congénitales ou obstétricales; les antécédents lèveront les doutes lorsqu'ils seront assez nets.

Il suffit de se rapporter au chapitre des symptômes et à celui des causes pour saisir les moyens d'éviter les erreurs dans la recherche du diagnostic pathogénique: on comprend l'importance de la recherche des antécédents personnels et héréditaires.

Dans les cas de paralysie bulbaire, familiale et infantile, des erreurs peuvent être commises. La monoplégie faciale bien nette ne peut guère être confondue avec cette affection: dans un cas de ce genre, rapporté par Remak, l'auteur se base, en effet, pour éliminer la paralysie faciale, sur la bilatéralité des symptômes. Mais là où l'erreur est plus facile, c'est quand on veut distinguer de la maladie qui nous occupe une diplégie faciale. Le facies,

dit Londe, est le même dans les deux cas, mais il ajoute que, dans la diplégie faciale, on ne rencontre pas ordinairement la paralysie du larynx ou du pharynx, ni les contractures fibrillaires, ni le ptosis, qui sont la règle, au contraire, dans la paralysie bulbaire familiale et infantile. Du reste, la diplégie faciale semble rare dans l'enfance; Valot, dans sa thèse (Paris, 1896), en cite un cas après les oreillons.

Enfin, nous ne pouvons nous attarder ici sur les cas, aussi nombreux que variables, dans lesquels la zone du facial participe, d'une façon plus ou moins complète, à des accidents bulbaires ou pseudo-bulbaires, à des paralysies voisines, dues à des névrites infectieuses, etc. On ne peut que donner des indications générales pour supprimer l'erreur, évitable dans beaucoup de cas, si l'attention est éveillée.

Pronostic. — Bénin dans les formes périphériques, à réserver dans les cas où l'hystérie est en jeu, le pronostic varie avec la nature de la lésion causale, dans les formes secondaires.

On n'oubliera pas la gravité du pronostic, dans les cas, souvent insidieux, où la paralysie faciale, consécutive à une otorrhée, marque le début d'une méningite, ni les alternatives déjà signalées avant la guérison complète, dans les cas légers.

L'examen électrique donnera des renseignements précieux quand il sera possible.

Traitement. — La prophylaxie consistera à mettre l'enfant à l'abri des tares héréditaires, spécialement de l'hérédité nerveuse, et, si cette hérédité existe, on évitera les agents provocateurs (refroidissement, émotions, frayeurs, etc.). On surveillera et on traitera les écoulements d'oreille et l'évolution des tumeurs avoisinant le facial.

Le traitement curatif varie avec la cause; l'otorrhée sera traitée par l'antisepsie, et, au besoin, par une intervention plus ou moins profonde. Dans les formes intra-crâniennes, le traitement sera celui de la cause. Le traitement sera aussi causal dans les cas consécutifs à l'infection, à la compression, etc. Dans les cas où il y aura névrose (chorée, hystérie), celle-ci sera traitée, et l'on pourra, si l'âge du petit malade le permet, essayer de la suggestion (Astruc).

La strychnine ne sera employée qu'avec grande précaution, et si l'état nerveux du sujet ne s'y oppose pas. L'électricité constituera, souvent, le traitement de choix surtout sous forme de courants continus qui semblent être facilement tolérés par les jeunes sujets.