



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE



DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

PANTÉLITCH MILAN

Né le 3 août 1896 à Pojarevats (Serbie)

Manuscrit A-6720

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

*Paralysie faciale périphérique
Syphilitique précoce*

Président de Thèse : M. JEANSELME, *Professeur*



PARIS
ÉDITIONS MÉDICALES

7, RUE DE VALOIS, 7

— 1924 —

273

BR

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N° _____

PRÉSENTÉE POUR LE
DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Mention Médecine)

PAR

PANTÉLITCH MILAN

Né le 3 août 1896 à Pojarevats (Serbie)

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

Paralysie faciale périphérique
Syphilitique précoce

Président de Thèse : M. JEANSELME, *Professeur*



PARIS
ÉDITIONS MÉDICALES

7, RUE DE VALOIS, 7

— 1924 —

I. — PROFESSEURS

Anatomie.	MM.
Anatomie médico-chirurgicale	NICOLAS.
Physiologie.	CUNEO.
Physique médicale.	Ch. RICHET.
Chimie organique et chimie générale	André BROCA.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BEZANÇON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BRUMPT.
Pathologie médicale	Marcel LABBE.
Pathologie chirurgicale.	SIGARD.
Anatomie pathologique.	LEGENE.
Histologie	LETULLE.
Pharmacologie et matière médicale.	PRENANT.
Thérapeutique.	RICHAUD.
Hygiène.	CARNOT.
Médecine légale.	Léon BERNARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée.	MENETRIER.
	ROGER.
	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	MARFAN.
	NOBECOURT.
Clinique médicale.	
	H. CLAUDE.
Hygiène et clinique de la première enfance.	JEANSELME.
Clinique des maladies des enfants.	GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	TEISSIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DELBET.
Clinique des maladies du système nerveux.	LEJARS.
Clinique des maladies contagieuses	HARTMANN.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	De LAPPERSONNE.
	LEQUEU.
Clinique ophtalmologique	COUVELAIRE.
Clinique des maladies des voies urinaires.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements.	J.-L. FAURE.
	BROCA Auguste.
Clinique gynécologique.	VAQUEZ.
Clinique chirurgicale infantile.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique.	DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SERGENT.
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique.	

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
SABSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANDA	Histologie.
BRULE	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
GADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRE	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
EOALLE	Obstétrique.
FISSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.	
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
ROUVIERE	Anatomie.
STROHL	Physiologie médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
WELTER	Ophthalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
QUENIOT	Obstétrique.

MM.	
RETTNERER	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathologique



IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY..	Clinique chirurgicale.	OMBREDANNE ..	Clinique médicale infantile.
DHEVASSU ..	Clinique chirurgicale.	PROUST..	Clinique chirurgicale.
LAINEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	RATHERY. ..	Clinique médicale.
LEREBoulLET..	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ ..	Clinique chirurgicale.
LERI..	Clinique médicale	TERRIEN..	Clinique ophthalmologique.
LÉPER ..	Clinique médicale		

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé ..	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY ..	Stomatologie.
N.....	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.	Radiologie clinique

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

A MA MERE

A MA SOEUR

A MES AMIS

A mon maître et président de thèse

Monsieur le Docteur JEANSELME

Professeur de clinique des maladies cutanées
et syphilitiques de la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

• qui m'a fait le très grand
honneur en me permettant
• d'élaborer ma thèse dans
son service et en acceptant
la présidence.

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE

A mon Maître Monsieur le Docteur BURNIER
Chef de clinique des maladies cutanées
et syphilitiques de la Faculté de Médecine de Paris

*qui m'a inspiré le sujet de
cette thèse et guidé dans
son élaboration.*

INTRODUCTION

Le sinistre fléau est loin de cesser son action qui ravage depuis toujours l'humanité. Il a effrayé tous les siècles, il fait périr ses victimes sur tous les points du globe. Devant son implacable ravage personne n'a trouvé pitié : aucun sexe, aucun âge, pas une race. La syphilis était la terreur du passé, elle l'est à l'heure présente et ses proies agonisant dans la souffrance tendent leurs bras suppliants vers la science libératrice.

La pathologie humaine, malheureusement vaste et complexe, doit les trois quarts de sa fortune, le gros de sa richesse à la syphilis. Aucune fonction, aucun organe, pas une cellule cachée dans la profondeur du terrassement mystérieux de la vie organique n'a échappé à son envahissement morbide. Le polymorphisme des lésions, la capricieuse variété de leur distribution et du mode d'action prêtent à ce mal un masque admirable qui le cache des armes du noble praticien. Et nos maîtres français l'ont depuis longtemps compris, dans leurs enseignements célèbres on a pu entendre plus d'une fois qu'il n'y a pas de syphilis mais des syphilitiques.

En effet, dès le début de mes études mon attention

était frappée par l'immense étendu pathologique de cette maladie. Encore, toujours retentissent dans mes oreilles les paroles pénétrantes de mon premier maître Widal pendant qu'il enseignait dans les vastes salles de l'Hôpital Cochin : « Pensez y toujours, cherchez la partout ». Mais une étude de près, une connaissance de l'ensemble de la maladie n'était possible que dans ce vieux Hôpital Saint-Louis, ce célèbre état-major de la stratégie antisypilitique du monde entier. Là, dans le service du professeur Jeanselme, par ses clairs enseignements, par sa rude tâche d'un constant éducateur, je suis arrivé à satisfaire ma passion, armer mes bras contre ce grand mal. Là, l'infatigable et savant chef de clinique du professeur Jeanselme, M. le D^r Burnier m'a appris ce qu'il faut voir par les doigts, par les oreilles et par les yeux en matière de syphilis. Là, guidé par mes maîtres Jeanselme et Burnier, auxquels je dois toute ma reconnaissance et celle de ceux à qui je serai utile dans le restant de ma vie, j'ai eu le grand honneur d'élaborer ma thèse avec le modeste but de contribuer à la connaissance du polymorphisme de la syphilis en faisant l'histoire des paralysies faciales précoces sypilitiques.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire de la paralysie faciale au cours de la période secondaire — bien qu'un siècle se soit écoulé depuis qu'elle a été observée pour la première fois — n'est pas encore terminée. Si tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord sur son étiologie syphilitique il n'en est pas de même pour sa pathogénie qui est encore à l'ordre du jour.

La première observation de la paralysie faciale au cours de la période secondaire de la syphilis paraît avoir été faite par Dupuytren et rapportée par Charles Bell en 1830 (in the nervous system of the human body etc., page 326, London 1836). Il s'agissait d'une fille de 16 ans qui fut prise au cours de la période secondaire de la syphilis successivement en 8 jours d'intervalles d'une paralysie faciale gauche, puis droite.

Quelques années après en 1834, Baltut Desmortiers dans sa thèse (Les recherches sur les altérations locales du nerf facial), rapporte un deuxième cas, puis, Zabriskie publie en 1841 dans l'*American journal of medical sciences*, encore un exemple d'hémiplégie faciale secondaire.

Les années suivantes le nombre d'observations s'accroît assez rapidement : P. Diday (1842), Knorre de Hambourg (1849), Vidal de Cassis (1852), Yvaren (1854) observent des cas nouveaux.

En 1861, nous voyons dans la thèse de Ladriet de la Charrière une observation très intéressante et très instructive du professeur Fournier d'un cas de diplégie faciale syphilitique secondaire au troisième mois d'infection.

Dans la même époque paraît l'ouvrage de Gros et Lancereaux « Affections nerveuses syphilitiques », qui contient un cas de paralysie faciale au cinquième mois de la syphilis que les auteurs expliquent par la compression du facial par les ganglions mastoïdiens engorgés.

Deux ans plus tard en 1863, la *Gazette des Hôpitaux* publie la très intéressante observation de Bahuaud où la paralysie faciale survient au 26^e jour et celle de Marty au 2^e mois de la syphilis.

La même année « *the Lancet* » publie l'observation de Lane ayant trait à une femme qui sept mois après le chancre fait une paralysie faciale et guérit en 18 jours par le traitement mercurial et ioduré. Arlik de Linngren publie dans les « *Archives für Dermatologie* » deux cas de paralysie faciale ayant débuté par un ictus-appoplectiforme.

Peu après apparaît le livre de Vidal de Cassis (*Syphilis*), dans lequel nous trouvons encore deux observations de paralysie faciale précoce. En 1880, Schwarz dans sa thèse rapporte l'observation de Mauriac (au quarante sixième jour), en 1885, Dargaud celle de

Dieulafoy (trois semaines après le début des accidents secondaires). En 1893, Commandeur relate dans la *Province Médicale*, le cas d'une paralysie faciale double d'un malade de Bouvret, et Boix en 1894, fait, dans les *Archives générales de Médecine*, un important travail sur ce sujet en rapportant une observation personnelle d'une paralysie faciale avec zona, trois mois après l'accident primitif. En 1899, nous trouvons dans la thèse de Valot et dans les « cliniques de l'Hôtel-Dieu » de Dieulafoy deux autres cas.

Balzer et Faure-Baulieu en 1902 en rapportent encore un. La même année dans une séance de médecins des hôpitaux Thibierge et Ravaut présentent une paralysie faciale syphilitique secondaire et donnent les premiers le résultat de l'examen du liquide céphalo-rachidien. En 1906, François Dainville publie deux cas de paralysie faciale syphilitique secondaire chez deux conjoints.

Dans les « *Archives des maladies vénériennes* » de 1907, M. Louste fait un travail très important intitulé : « Contribution à l'étude de la paralysie faciale secondaire névritique » avec deux observations faites par lui dans le service de Gaucher où il démontre leur origine névritique. Un an plus tard paraît dans la *Presse Médicale*, la leçon du Professeur Debove sur les paralysies et névralgies syphilitiques précoces contenant trois observations très intéressantes dont une personnelle de Debove et les deux autres communiquées par notre maître, le professeur Jeanselme.

En 1909, Druelle publie dans le *Journal de Médecine interne*, sa très complète observation d'une para-



lysié faciale syphilitique ultra précoce, préroséolique, qui se rapproche de notre observation personnelle et que nous relatons in-extenso. Un autre cas semblable de paralysie faciale pré-roséolique est signalé en janvier 1913 par Lowinsky dans son article « Zur Kenntnis des syphilitischen Fazialislahmung » dans le *Dermatologische Centralblatt*.

La même année le professeur Oddo et M. Escande rapportent dans le *Marseille Médical* le cas d'une paralysie faciale secondaire avec lymphocytose rachidienne et crise Jaksonnienne.

Enfin, nous devons mentionner les nombreux auteurs en France et à l'étranger dont les travaux ont contribué à établir définitivement l'étiologie syphilitique de ces paralysies et à mettre de la lumière sur leur pathogénie longtemps obscure. Nous en citerons quelques-uns dans le chapitre de la pathogénie, les autres sont inscrits dans l'index bibliographique.

Mais nous ne pouvons passer sous silence le nom du grand maître, professeur Alfred Fournier, qui domine notre sujet.

CHAPITRE II

Etiologie

La première question qui se pose est à savoir : s'il ne s'agit d'un hasard clinique, d'une coïncidence de la syphilis avec une paralysie faciale de toute autre cause. L'observation de paralysie faciale au cours de la période secondaire n'est plus un fait rare. Aussi cette question perd déjà, et par cela même de son opportunité. Mais l'ensemble d'observations que nous avons pu recueillir fournit des preuves cliniques de toute importance qu'il s'agit là certainement de paralysies dues à la toxi-infection syphilitique : c'est d'une part la coexistence dans le temps et l'absence de tout autre moment étiologique et d'autre part le prompt succès du traitement anti-syphilitique.

Dans aucun des cas cités dans notre recueil d'observations on ne note jamais aucune des causes habituelles de la paralysie faciale périphérique comme : refroidissement, traumatisme, otite ou carie du rocher, intoxication ou infection autre que la syphilis, hystérie, etc. Le temps que ces paralysies ont mis à aboutir à la guérison a été presque toujours notablement plus court que dans le cas de paralysie faciale « a frigore »

et « rhumatismales », étiologie obscure est aujourd'hui beaucoup plus rarement invoquée. Tous les observateurs attribuent l'amélioration rapide et la guérison au traitement anti-syphilitique. Evidemment le temps de cette guérison est variable avec la gravité de l'infection, avec sa résistance aux agents thérapeutiques et intensité du traitement. Mais à ce point de vue les observations xxix, xxiv, xxi, xi, xv et la nôtre où la guérison de la paralysie faciale fut obtenue en : cinq, sept, huit, dix huit, vingt deux et trente quatre jours sont particulièrement démonstratives. L'observation clinique et la thérapeutique, sans secours d'examen de pièces anatomiques qui nous manquent, ont résolu, nous le croyons, la question de causalité entre ces paralysies et la syphilis.

Existents-ils des facteurs étiologiques secondaires?

L'âge ne nous paraît pas jouer un rôle et s'il ressort des observations que le plus grand nombre de cas concerne les malades de 20 à 40 ans, cela nous paraît naturel puisque c'est l'âge de l'infection syphilitique.

Le sexe. Son influence n'est pas nette. Le professeur Fournier pensait que les femmes font beaucoup plus facilement que les hommes les accidents nerveux au cours de la période secondaire de la syphilis et disait : « Si on me demande, messieurs, en quoi la syphilis des femmes diffère surtout de celle de l'homme, je répondrai immédiatement et sans hésitation : c'est à coup sûr par les troubles nerveux de la période secondaire... Cent fois plus fréquents, plus variés et plus intenses chez la femme, nature plus impressionna-

ble ». Cette opinion est certainement vraie pour la plupart d'accidents nerveux : céphalée, insomnie, neurasthénie, névralgies et autres, mais quand à la paralysie faciale précoce, nous ne voyons dans les observations publiées aucune prédilection pour le sexe féminin puisque le plus grand nombre de cas se rapportent à des sujets masculins.

Le tempérament nous paraît aussi sans importance. Si l'on a signalé dans deux ou trois observations une irritabilité un peu particulière cet élément de névrosité manque dans le plus grand nombre de cas.

Le siège de l'accident primitif est, nous pensons, sans rôle. On pourrait croire que c'est le chancre de l'amygdale qui s'accompagne d'engorgement considérable des ganglions parotidiens pouvant comprimer le facial qui sera suivi le plus fréquemment de paralysie faciale. Il n'en est rien puisque les treize chancres amygdaliens réunis par Legendre (Archives de Médecine, Juin 1885 et Mars 1884) n'ont pas donné un seul cas de paralysie faciale.

Fréquence. La paralysie faciale syphilitique précoce ne doit plus être considéré comme une rareté puisque nous avons pu réunir une trentaine d'observations ce qui ne représente certainement pas leur nombre total. De tous les nerfs craniens c'est le facial qui est le plus souvent touché. Le professeur Fournier l'affirmait déjà en 1873 (Leçons sur la syphilis, p. 806) en disant : « Des paralysies syphilitiques secondaires la plus commune et de beaucoup, est l'himéplégie faciale. »

Le grand caractère de la paralysie faciale syphili-

tique est sa précocité d'apparition. « Un fait curieux de l'histoire des névrites et polynévrites de la période secondaire dit le professeur Fournier est leur tendance de se manifester dans une époque jeune de l'affection. Il n'est même pas rare, loin de là, qu'elles soient tout à fait précoces. Aussi on les a vu plus d'une fois coexister avec la roséole ou même avec la période terminale du chancre ».

La précocité de ces accidents est en effet tout à fait remarquable dans les observations de Bahuaud, dans celles de Druelle, Lowinsky et la nôtre ou la paralysie faciale était ultra précoce puisqu'elle devança nettement de plusieurs jour l'apparition de la roséole. Sur vingt sept cas ou le début est nettement signalé, nous trouvons l'apparition de la paralysie faciale :

- 1 fois au septième mois
- 1 fois au sixième —
- 2 fois au cinquième —
- 3 fois au quatrième —
- 6 fois au troisième —
- 12 fois au deuxième —
- 2 fois au premier —

Il en résulte que la paralysie faciale syphilitique est rare au cours du premier mois d'infection, qu'elle est au maximum de sa fréquence au cours du deuxième mois, encore fréquente au cours du troisième, moins fréquente au cours du quatrième pour devenir rare dans les mois suivants de la période secondaire. Elle précède exceptionnellement les accidents secondaires, le plus souvent elle en est contemporaine, moins souvent elle les suit et se montre isolée. Par rapport à la

roséole, le premier en date des accidents cutanés, nous pouvons diviser les paralysies faciales syphilitiques précoces en deux groupes :

Les paralysies faciales *pré-roséoliques* rares et les paralysies faciales *post-roséoliques* plus fréquentes.

CHAPITRE III

Symptomatologie et diagnostic

Le tableau clinique de la paralysie faciale syphilitique précoce est absolument comparable à celui de la paralysie faciale périphérique dite *a frigore*.

Son installation est soudaine et, particularité curieuse, elle se fait généralement la nuit. Habituellement, c'est le matin à son lever que le malade frappé : soit par la paresse de mouvement de ses lèvres, soit par l'embarras de la parole, soit une sensation de gonflement ou de flaccidité d'une de ses joues, soit par une sensation de fraîcheur dans un côté de sa figure, soit par la difficulté qu'il éprouve de fermer un œil, se regarde dans la glace et s'aperçoit de l'asymétrie de son visage.

Mais cette installation est loin de se faire sans prodromes. Elle est presque, sinon toujours précédée de phénomènes subjectifs les plus divers qui ont déjà attiré l'attention du malade plusieurs jours auparavant, et parmi ces manifestations prodromiques, c'est le phénomène douloureux qui est le plus fréquent. La distribution de ces douleurs sur l'hémi-crâne correspondant à la paralysie est variable. Elles occupent

tantôt toute la moitié de la face, tantôt elles sont localisées exclusivement ou seulement plus marquées dans certaines régions, le plus souvent dans les régions auriculaire, mastoïdienne, parotidienne, temporale ou genienne. Leurs caractères sont également variables, continus, avec exacerbations nocturnes et matinales, lancinantes, gravatives, etc...

Ces phénomènes douloureux qu'ils précèdent ou suivent l'installation de la paralysie existeraient suivant Weber dans la moitié des cas. Dieulafoy, en remarquant que leur topographie correspond plutôt aux branches du facial qu'aux branches de distribution du trijumeau les explique non pas par la participation de ce dernier nerf, mais par celle de l'intermédiaire de Wrisberg, que les anatomistes considèrent, à cause de ses relations centrales avec le noyau du glosso-pharyngien, comme l'équivalent anatomique d'une racine postérieure rachidienne. L'intermédiaire de Wrisberg serait, par conséquent, la racine postérieure du facial dont le ganglion serait le ganglion geniculé.

Les autres phénomènes prodromiques souvent observés sont : les fourmillements, les bourdonnements d'oreille, les vertiges, la surdité, les secousses musculaires, etc...

Dans deux observations² seulement (ix, x) nous voyons le début sans prodrome par un ictus apoplectiforme. Mais ces deux cas d'une interprétation difficile méritent d'être mis à part. Nous y reviendrons dans le chapitre de la pathogénie.

Cette paralysie faciale est d'emblée totale en ce sens

qu'on ne la voit jamais commencer par certains muscles de la face pour s'étendre lentement et progressivement aux autres, elle intéresse d'un coup et dès son apparition le facial inférieur et supérieur. Mais elle se traduira fonctionnellement et objectivement par des symptômes différents suivant la portion du facial lésé. On peut distinguer deux grands types cliniques : la variété *extra-temporale* si les branches superficielles du facial sont seules prises et la variété *intra-temporale* si les branches profondes sont également intéressées. Dans le premier cas, il y aura l'asymétrie faciale avec déviation de la bouche, impossibilité de siffler et souffler, effacement des plis et des rides du côté paralysé, lagophtalmie, épiphora de l'œil correspondant. Dans le deuxième cas, aux signes précédents s'ajoutent la déviation de la pointe de la langue, abolition de la sensibilité dans son tiers antérieur du côté de la paralysie, la déviation de la lèvre, les modifications auditives. Les troubles de la sensibilité objective sont très rares puisqu'on a noté sa diminution que dans deux cas. Ils doivent alors être attribués à la participation de la cinquième paire. Plus souvent cependant on réveille de la douleur à la pression, mais ces points douloureux dans les observations que nous avons pu réunir n'ont jamais été signalés à l'émergence des branches de distribution du trijumeau, mais toujours dans les régions mastoïdienne, rétro-auriculaire, occipitale.

Nous mentionnons encore deux signes. Ce sont :

1° L'abolition des réflexes musculaires et palpébral sur la précocité et l'importance pathogénique des-

quels M. Louste a beaucoup insisté et qu'on n'a probablement pas souvent recherché puisque nous le trouvons signalé que dans l'observation de cet auteur.

2° La réaction électrique de dégénérescence d'aileurs inconstante.

Cette paralysie faciale peut être intense, légère ou réduite à la simple parésie. Elle peut être double mais elle ne l'est jamais d'emblée ; dans ce cas, elle est toujours d'abord unilatérale, puis plusieurs jours après le côté opposé est pris et on voit la face redevenir symétrique et prendre alors l'étrange masque sans expression de diplégie faciale si bien décrite par l'illustre Duchenne, de Boulogne. Dieulafoy explique cette double paralysie faciale par deux processus morbides, identiques et symétriques sur le trajet des deux faciaux « la symétrie étant assez habituelles aux allures de la syphilis », suivant les mots de ce grand clinicien.

Reconnaître la paralysie faciale est simple et facile. Son origine périphérique sera établie par la participation du facial supérieur, par son début soudain mais précédé de prodromes, par l'absence d'ictus et tout autre phénomène cérébral et par l'absence de tout trouble paralytique ou parétique dans les membres. Tout le problème diagnostique consiste donc à découvrir sa cause. On étudiera soigneusement les antécédents du malade pour éliminer les autres causes de ces paralysies : refroidissement, traumatisme, une intoxication exogène ou endogène, une maladie infectieuse ou l'hystérie, on examinera soigneusement son oreille pour écarter une otite ou une carie du rocher,

et on se basera sur la présence de l'accident primitif ou de ses reliquats, sur l'existence des manifestations secondaires qu'on trouvera le plus souvent, sur la réaction de Bordet-Wassermann positive, pour attribuer cette paralysie faciale périphérique à une toxinfection syphilitique. La ponction lombaire peut dans ce cas montrer une lymphocytose et une hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien comme l'ont montrée MM. les professeurs Janselme, Tibierge et Ravaut et Oddo et Escande dans leurs observations.

CHAPITRE IV

Evolution — Pronostic — Traitement

La paralysie faciale périphérique précoce syphilitique sous influence du traitement évolue vers la guérison d'une manière progressive et avec une vitesse très variable. Dans vingt observations où la guérison a été observée et signalée d'une façon précise, le temps qu'elle mettait à y aboutir variait de cinq jours à deux mois. Dans un cas, au bout de six mois de traitement mercuriel et ioduré la contracture secondaire existait encore mais la motricité était très améliorée. Dans un autre cas, elle persistait encore après deux mois de traitement, mais les douleurs spontanées et provoquées avaient complètement disparues et la contractibilité électrique des muscles nettement récupérée. Dans les autres cas où les malades n'ont pas pu être observés jusqu'à la guérison, l'amélioration de la paralysie par le traitement anti-syphilitique a été très manifeste et rapide. L'évolution habituelle de ces paralysies est donc la guérison complète et sans trace qui se fait suivant le degré de la paralysie, suivant l'intensité électrique de dégénérescence en moyenne de 15 à 60 jours. Les troubles de l'ouïe, s'ils existent, persistent plus

longtemps, leur amélioration est plus lente mais non moins nette.

Le pronostic de la paralysie faciale précoce syphilitique est favorable puisqu'elle disparaît presque toujours avec le traitement. A ce sujet, nous ne pouvons faire mieux que citer les paroles du grand clinicien français Dieulafoy dans ses « Cliniques de l'Hôtel-Dieu ».

« L'apparition de la paralysie faciale syphilitique n'est pas sans jeter quelques troubles chez le malade et parfois chez le médecin. On se demande si cette paralysie n'est pas le signe révélateur de lésions cérébrales plus ou moins graves. Un individu atteint quelques mois avant de chancre syphilitique se réveille un matin avec la face de travers et la bouche déviée, affolé il court chez son médecin, il se croit menacé d'une attaque d'apoplexie et vient vous demander conseil, que lui répondrez-vous ?

Examinez-le attentivement et vous constaterez qu'il s'agit ici non pas d'une paralysie du nerf facial inférieur associé à des symptômes d'hémiplégie, mais d'une paralysie de tout le nerf facial ce qui est absolument différent. Eh bien ! en pareille circonstance n'ayez aucune hésitation et portez un pronostic favorable. Votre malade n'a à redouter ni hémiplégie, ni apoplexie, sa paralysie faciale est périphérique, elle durera plus ou moins longtemps, mais elle n'annonce rien de mauvais.

Tout autre est la paralysie faciale syphilitique qui n'atteint que le facial inférieur. En pareil cas, la lésion est d'origine centrale. Du reste examinez votre

sujet et vous verrez qu'il y a hémiplégie. Cette dernière paralysie faciale (n'intéressant que le facial inférieur) reste dans le domaine de l'hémiplégie syphilitique précoce, laquelle peut survenir dès les premiers mois d'infection. Ce qui domine ici ce n'est pas la paralysie de la face, c'est l'hémiplégie, témoignage irrécusable d'une lésion centrale : le pronostic est réservé, parfois très grave. »

La guérison de ces paralysies faciales périphériques précoces est donc la règle. Mais quel est le sort ultérieur de ces malades ? Ne s'agit-il pas ici de toxoinfection syphilitique plus grave ? N'y a-t-il pas dans ces cas une affinité particulière pour les éléments nerveux. Ces atteints nerveux ne sont-ils pas des préludes des futurs tabès ? Voici tant de questions intéressantes qui se posent et que l'observation clinique n'est pas encore capable de résoudre.

Un fait domine le traitement de ces paralysies syphilitiques précoces : c'est leur apparition en pleine période secondaire, au milieu de toutes ses manifestations, dans une époque jeune de l'infection encore fraîche, puissante et virulente. A la puissance de l'infection, c'est aussi un puissant moyen thérapeutique qu'il faut opposer. Et, à l'avis de tous, c'est le traitement intensif par le novarsenobenzol. Mais la vieille cure hydrargirique et iodurée et dans ce cas un adjuvant précieux ainsi que la faradisation des muscles paralysés.

CHAPITRE V

Pathogénie

Comme nous l'avons déjà dit dans le chapitre du diagnostic, le début soudain précédé de prodromes, les douleurs névralgiques, temporales, auriculaires, mastoïdiennes et occipitales, la participation du facial supérieur, l'abolition des réflexes musculaire et palpébral, la réaction de dégénérescence, l'absence de tout phénomène cérébral (ictus, vomissements, signes oculaires, épilepsie Jacksonienne et d'hémiplégie) sont autant de signes de l'origine périphérique de ces paralysies faciales syphilitiques précoces. Mais leur étiologie syphilitique admise, leur origine périphérique établie, la question de leur pathogénie n'est résolue que très imparfaitement. Une autre se pose immédiatement : quel est la nature des lésions qui au cours de la syphilis secondaire peuvent se manifester cliniquement par ce symptôme la paralysie faciale ? L'anatomie pathologique seule pourrait y répondre avec une sûreté absolue. Mais les pièces anatomiques manquent complètement et en absence de toute notion précise qu'elles pourraient fournir, la clinique seule est naturellement vouée aux hypothèses.

Et tout d'abord existe-t-il des lésions matérielles? Nous croyons à la disparition à peu près complète du cadre nosologique des paralysies dites *sine materia*. Dans ces observations que nous avons réunies, on n'a jamais noté aucun stigmate d'hystérie. Du reste, ces paralysies faciales sont nettement différentes des paralysies hystériques.

Il existe donc certainement des lésions matérielles. Où siègent-elles, quelle est leur nature? Les nombreuses hypothèses ont été émises dont la plupart font intervenir la compression du facial dans son trajet intra-crânien, osseux ou extra-crânien par des lésions syphilitiques.

1° Dans son trajet intra-crânien au niveau de son origine apparente, le facial entouré des méninges est comprimé par des plaques de méningite circonscrite scléro-gommeuse. Déjà, en 1891, Goldflam parlait des altérations des méninges; plus tard, Boix, en 1894, disait que la paralysie faciale syphilitique précoce n'est qu'une question de la localisation de la « plaque méningée » et admettait « le tertiarisme précoce ». La plaque méningée devrait être exclusivement localisée à l'origine apparente du facial, elle ne comprimerait que ce nerf, car dans la plupart des cas les autres nerfs de la base du crâne ne sont pas intéressés. De plus, comment expliquerait-elle les paralysies faciales dans lesquelles les branches superficielles seules de ce nerf sont prises et où la lésion siège nécessairement plus loin.

2° Dans son trajet intra-pétreux, le facial peut être comprimé par des lésions syphilitiques du périoste de

revêtement du canal de *Fallope* ou altéré par la propagation des phénomènes inflammatoires osseux. Ici encore on attribuait ces lésions de périostite ou de périostose à un tertiarisme précoce ou bien à des périostites syphilitiques secondaires signalées d'ailleurs par de nombreux auteurs.

L'hypothèse est possible mais peu vraisemblable pour une double raison : c'est que, d'une part, dans les observations que nous avons réunies nous n'avons jamais vu signaler des lésions osseuses ailleurs, et, d'autre part, si on acceptait cette hypothèse pour la paralysie faciale elle ne serait plus applicable aux paralysies périphériques uniques ou multiples des autres nerfs moteurs tels que cubital, sciatique, sciatique poplitée externe, etc., paralysies bien connues depuis Fournier, étudiées dans la thèse de son élève Menetrel et dont les observations se sont multipliées depuis. Il est difficile d'admettre que ces paralysies cliniquement comparables ont une pathogénie différente.

3° Le facial peut-être comprimé à sa sortie du trou stylo-mastoïdien par les ganglions parotidiens souvent engorgés dans la période secondaire de la syphilis. Cette hypothèse admise jadis par Lancéraux et Gros est aujourd'hui inadmissible. L'engorgement des ganglions parotidiens n'est noté que dans deux observations. Les treize chancres amygdaliens, qui, réunis par Legendre, s'accompagnent de la plus grosse adénopathie parotidienne, n'ont pas été suivis de paralysie faciale. La paralysie faciale, à notre connaissance, n'a pas été signalée dans les adénites parotidiennes. Les

tumeurs de la parotide ne se compliquent de paralysie faciale que lors de leur transformation maligne et la propagation du processus cancéreux au facial. Dans le cas de paralysie faciale intra-temporale cette hypothèse n'est pas à invoquer.

L'hypothèse de la compression n'explique donc pas toutes les paralysies faciales périphériques précoces et on a dû chercher dans un autre sens. C'est seulement quand, il y a une cinquantaine d'années, grâce au perfectionnement des méthodes anatomo-cliniques, l'existence des névrites périphériques fut admise et leur étiologie toxique et infectieuse établie, qu'on a dû se demander pourquoi le virus syphilitique ne léserait-il pas les nerfs périphériques ; pourquoi refuser ce pouvoir à l'infection syphilitique quand on l'a reconnu aux autres infections et intoxication comme la diphtérie, fièvre typhoïde, tuberculose, lèpre, infection puerpérale, alcool, plomb, oxyde de carbone ; pourquoi la syphilis, maladie infectieuse au même titre, ne donnerait-elle pas des lésions primitives des nerfs périphériques indépendantes de toutes modifications du système nerveux central. Et cependant l'idée que dès le début de l'infection aucun organe n'est à l'abri de l'action nocive du poison syphilitique était déjà familière à tous les cliniciens. Déjà en 1887, Rumpf affirmait : « Les nerfs moteurs sont pris dès la première infection ». A la même époque, les névrites périphériques syphilitiques furent admises en France par le professeur Fournier, mais à titre d'hypothèse, et par Gowers et Oppenheim à l'étranger. Plus tard, None écrivait : « La névrité syphilitique n'a pas encore

obtenue la reconnaissance générale du droit de son existence dans la pathologie nerveuse » et Fournier : « La détermination exacte des accidents cliniques qui sont positivement imputables à des névrites est encore toute à faire. Aussi convient-il ou non de rapporter à des névrites ces hémiplegies faciales et ces paralysies oculaires qui se produisent parfois au cours de la période secondaire et dont la raison anatomique imputée jadis à des périostoses et actuellement à des lésions propres des cordons nerveux reste au total encore inconnue ».

Il est vrai que l'existence de la névrite périphérique syphilitique précoce n'est pas encore prouvée mathématiquement par un examen histologique des pièces d'autopsies. Mais la clinique est aujourd'hui riche en observations dont on peut dégager certains caractères de ces paralysies faciales qui confirment dans un grand nombre de cas l'hypothèse des lésions anatomiques primitives du facial par la toxi-infection périphérique. Avec M. Louste nous insistons sur les caractères suivants :

1° La participation du facial supérieur qui indique la lésion du nerf et non de l'encéphale puisque les noyaux du facial supérieur et inférieur sont distincts dans le bulbe.

2° Absence habituelle de signe cérébral : céphalée, ictus, hémiplegie, vomissements, contractures, épilepsie Jacksonnienne.

Cependant dans deux observations de Arlik Linngren, le début de la paralysie faciale s'était fait par

l'ictus applectiforme avec perte de connaissance, céphalée et vomissements.

Dans l'observation du professeur Oddo et M. Escande, au cours de la paralysie faciale périphérique secondaire apparaissent des céphalées, des vomissements sans effort et une crise d'épilepsie Jacksonnienne. Il existait une lymphocytose du liquide céphalo rachidien avec augmentation du taux d'albumine et des hématies.

Depuis que M. Ravaut en se basant sur les nombreux examens du liquide céphalo-rachidien a montré la fréquence et la précocité des réactions méningées latentes au cours de la période secondaire de la syphilis dont il a observé un cas au cours de la paralysie faciale périphérique précoce, un certain nombre de ces paralysies trouvent leur explication dans la propagation d'une méningite syphilitique secondaire au nerf facial par l'intermédiaire de ses enveloppes méningées.

3° Les douleurs névralgiques très fréquentes et distinctes de l'encéphalgie.

4° L'abolition rapide des réflexes musculaires et palpebral, signe de névrite non douteux qui montre par sa précocité que le nerf est lésé dans sa trame beaucoup plus vite que dans les compressions nerveuses habituelles.

5° L'analogie avec les paralysies précoces des autres nerfs périphérique non explicables par l'hypothèse de compression et celle de méningite.

6° La guérison progressive et relativement lente de la paralysie faciale qui est une présomption que le nerf a été touché dans sa trame.

Ces faits cliniques démontrent — autant que la cli-

nique seule peut le démontrer — l'existence d'une névrite périphérique syphilitique, cause la plus fréquente des paralysies faciales périphériques précoces.

Avec l'introduction du salvarsan dans la thérapeutique anti-syphilitique on a observé que les manifestations nerveuses de la syphilis étaient plus fréquentes qu'avant son application. Nous ne pouvons pas entrer dans les discussions qui se sont ouvertes à ce sujet. S'agit-il d'un pouvoir « neuro-toxique » ou « neuro-récidivent » du salvarsan, ou bien ces syphilis nerveuse sont elles plus fréquentes parce que nous savons aujourd'hui mieux les dépister. En ce qui concerne les paralysies faciales syphilitiques précoces, cette « neuro-récidive » que nous voyons dans les observations de Lowinsky et Oddo et Escande, ne nous paraît pas due au Salvarsan. Dans le cas de Lowinsky la paralysie faciale guérit avec un traitement arsenical renouvelé ainsi que dans le cas cité par Oppenheim en 1911, dans la Société de Dermatologie de Vienne. De plus nous n'avons pas pu trouver un nombre plus grand de paralysie faciale secondaire après qu'avant l'emploi du salvarsan.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

A Paralysies faciales périphériques postroséaliques

I. — Observation de Dupuytren (citée par Charles Bell dans « The nervous system of the human body, etc., p. 326, London 1836).

Fille de 16 ans. Syphilis. Paralysie faciale gauche. Huit jours après paralysie faciale droite. Guérison après quatre mois de traitement par les pilules de deuto-chlorure de mercure.

II. — Observation de Zabriskie (American journal of med. sciences 1841, p. 385).

Ward... Accidents syphilitiques secondaires. Engorgement des ganglions mastoïdiens. Paralysie faciale au déclin des accidents secondaires. Guérison rapide par le traitement mercuriel.

III. — Observation de Knorre de Hambourg (Deutsche Klinik, déc. 1849).

Homme de 30 ans. Chancre syphilitique. Roséole six semaines après. Dans la septième semaine, paralysie faciale droite avec impossibilité de fermer l'œil droit. Guérison après six semaines de traitement mercuriel.

IV. — Observation de Yvaren (des métamorphoses de la syphilis, obs. XXIII, 1854).

X..., 30 ans. Chancre syphilitique. Quatre mois plus tard, hémiplégie faciale, névralgies intercostales et acro-

miales. Guérison en quelques semaines par le traitement mercuriel.

V. — Observation du professeur Fournier (relatée dans la thèse de Ladriet de la Charrière, 1861).

A..., 35 ans. Deux chancres syphilitiques. Manifestations secondaires. Paralyse faciale gauche au troisième mois de l'infection. Deux jours après, paralyse faciale droite. Traitement mercuriel et ioduré : amélioration progressive et guérison sans traces en deux mois.

VI. — Observation de Lancercaux (Affections nerveuses syphilitiques 1861, p. 116).

B..., 30 ans. Chancre syphilitique. Six semaines après, roséole. Paralyse faciale droite au cinquième mois de la syphilis. Névralgie concomitante de la cinquième paire. Légère kérato-conjonctivite gauche.

VII. — Observation de Bahuaud (Gazette des hôpitaux, 1863, p. 582).

M. X..., 35 ans. Chancre induré avec pléiade ganglionnaire dans l'aîne gauche. Dix-huit jours après la roséole, huit jours après, c'est-à-dire au vingt-sixième jour, la paralyse faciale gauche. Traitement mercuriel : amélioration en huit jours et guérison en trois semaines.

VIII — Observation de R. Marty (Gazette des hôpitaux 1863, p. 473).

M. X..., 25 ans, chancre syphilitique avec pléiade ganglionnaire de l'aîne. Roséole cinq semaines plus tard. Pendant celle-ci paraalyse faciale droite. Traitement par la liqueur de Van Swieten et frictions mercurielles. Amélioration notable, guérison à espérer.

IX. — Observation de Arlik Linngren (Relatée dans la thèse de Dargaud 1885).

M. R..., 42 ans. Quatre mois après un chancre syphilitique attaque appoplectiforme et paralyse faciale droite avec embarras de la parole, céphalée et vomissements.

Traitement mixte surtout ioduré. Amélioration très nette au bout de quelques jours, puis guérison.

X. — Observaion de Arlik Linngren (relatée dans la thèses de Dargaud, 1885).

Fille de 26 ans. Chancre induré de la grande lèvre. Attaque appop'ectiforme et paralysie faciale droite cinq mois après le chancre. Guérison en trois mois par le traitement ioduré.

XI. — Observation de Lane (in Lock-Hospital de London; Lancet, 9 juin 1870).

Femme portant à la lèvre un chancre syphilitique d'autant de deux mois, avec roséole généralisée. Au septième mois de l'infection, paralysie faciale droite. Guérison en dix-huit jours par le traitement mercuriel et ioduré.

XII. — Observation de Vidal de Cassis (Syphilis, p. 511).

M. V... Chancre en février 1872. Roséole bientôt après. En avril, deux mois après l'infection, paralysie faciale gauche avec perte du goût sur la moitié gauche de la langue. Après huit jours de traitement mercuriel, la paralysie avait disparue.

XIII. — Observation de Lancereaux (Syphilis Vidal de Cassis, p. 510).

R..., 27 ans. Chancre syphilitique. Roséole un mois après et bientôt paralysie faciale.

XIV. — Observation de Mauriac (Thèse de Schwartz, 1880, p. 30).

Homme de 21 ans. Chancre syphilitique fin juin 1874. Roséole au quarantième jour, et au quarante-sixième jour paralysie faciale droite avec participation au facial supérieur, déviation de la luette, douleurs derrière l'oreille et la région mastoïdienne. Traitement mercuriel, disparition de la paralysie en un mois.

XV. — Observation de Dieulafoy (relatée dans la thèse de Dargaud, 1885).

Henriette M..., 25 ans. Roséole maculo-papuleuse, plaques muqueuse de la gorge, pléiade ganglionnaire de

l'aine. Trois semaines après le début de ces accidents, paralysie faciale droite avec participation du facial supérieur, sans déviation de la luette mais avec diminution de la sensibilité gustative de la moitié droite de la langue. Traitement mixte par les pilules de proto-iodure de mercure et iodure de potassium. Guérison en vingt-deux jours.

XVI. — Observation de Dieulafoy (clinique de l'Hôtel-Dieu, T. III, p. 360, 1900).

Un homme entre à l'hôpital Necker au deuxième mois d'une infection syphilitique avec une roséole papuleuse, plaques muqueuses de la gorge et paralysie faciale gauche. Une huitaine de jours après, paralysie faciale droite. Sous l'influence du traitement spécifique (pilules de proto-iodure), amélioration progressive et guérison en deux mois.

XVII. — Observation de Bouvret (Commandeur : Province médicale, 13 mai 1893).

Homme en pleine évolution secondaire. Cicatrice indurée d'un chancre syphilitique de la verge. Pléiade ganglionnaire aux deux aines. Roséole en train de pâlir. Au cours de ces accidents secondaires, probablement au deuxième ou troisième mois de l'infection, paralysie faciale gauche qui existe depuis quinze jours, lors de l'entrée du malade à l'hôpital. Paralysie faciale gauche en voie d'amélioration, lorsque paralysie faciale droite. L'amélioration progressive, mais le malade quitte l'hôpital avant sa guérison complète.

XVIII. — Observation de Boix (archives générales de médecine, 1894).

Homme de 35 ans, ayant eu trois mois avant un chancre syphilitique, entre dans le service de Hanot avec une roséole maculo-papuleuse. Les jours suivants, douleurs du côté gauche du cou et de la nuque; un zona se déclare dans ces régions. En même temps, paralysie faciale gauche avec tous les symptômes d'une paralysie faciale périphérique, sans altération du goût, sans déviation de la

luette. Quatre grammes de iodure de potassium par jour. Guérison complète de la paralysie en deux mois.

XIX. — Observation de Valot (Thèse de Paris 1890).

Femme de 24 ans, atteinte de la syphilis. Paralysie faciale droite deux mois après l'infection. Traitement mercuriel et ioduré pendant six mois : motricité notablement améliorée mais un peu de contracture secondaire.

XX. — Observation de Balzer et Faure-Beaulieu (Annales de dermatologie, juin 1902, p. 643).

G..., 50 ans, journalier, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 13 mai 1902, salle Devergie, n° 36.

Dans la première semaine d'avril, un mois après le coït infectant, gros chancre du sillon balano-pripcial avec adénopathie droite, grosse et indolore. Guérison du chancre en quinze jours. Huit jours après, éruption des papule rosées saillantes généralisées. Il entre à l'hôpital huit jours après cette éruption.

Le 13 mai, on constate une roséole papuleuse aux éléments très nombreux, petits, saillants et presque confluants sur la nuque. Pas de maux de tête, rien dans la bouche, pas de chute des cheveux.

Le 15 mai, mal de tête violent dans la tempe et région péri-orbitaire gauche qui disparaît au bout de quatre à cinq heures.

Le lendemain, au réveil, embarras de la parole et gêne dans les mouvements de la langue et des lèvres. Pendant la visite on est frappé de l'asymétrie de la face : tirée en masse vers le droit, déviation de la commissure labiale vers le haut, disparition des plis et des rides à gauche et leur exagération à droite, l'asymétrie plus nette encore pendant le rire. Impossibilité de siffler. Pas de déviation de la langue ni de la luette, pas de paralysie du voile du palais, pas d'hyperacousie, pas d'abolition de la sensibilité gustative sur le tiers antérieur de la langue à l'épreuve du sulfate de quinine. Aucune trace de paralysie ou parésie des membres.

Traitement : deux pilules de proto-iodure de mercure par jour et 0 gr. 07 de mercure sous forme d'huile grise.

A partir du 1^{er} juin, amélioration très sensible et rapide. Le premier mouvement récupéré était l'occlusion de l'œil gauche. Plus d'épiphora, le malade peut siffler, l'asymétrie faciale peu nette au repos.

XXI. — Observation de François-Dainville (Annales de dermatologie, mars 1906, p. 275).

Louise M..., 22 ans, journalière, entre le 26 octobre 1905, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, dans le service de M. le Docteur Muselier.

Roséole syphilitique généralisée, ayant débuté deux jours avant son entrée, formée par de très nombreux éléments maculeux, surtout sur le cou et le thorax. Pas de troubles de l'état général, pas de maux de tête, rien dans la bouche, pas de chute de cheveux.

Deux pilules de 0 gr. 05 du proto-iodure de mercure chaque jour.

Le 2 novembre, on constate l'apparition d'une paralysie faciale droite survenue penant la nuit. Parole embarrassée, langue et lèvres gênées, face asymétrique avec les traits tirés en masse du côté gauche, disparition des plis et rides à droite et aspect plus plein de la figure de ce côté. L'assymétrie s'accuse davantage à l'occasion des mouvements, et pendant la parole. Légère déviation de la langue à gauche. Impossibilité de fermer l'œil droit. Pas de déviation de la luette ni du voile, pas d'hyperacusie, pas de modification de la sensibilité gustative à droite. Pas de paralysie ni parésie de membres.

La paralysie faciale persiste huit jours puis disparaît d'une façon rapide et complète.

Le 1^{er} février 1906, chute abondante des cheveux ; alopecie en aires ; pas de trace de paralysie.

Le 22 février : Syphilides pigmentaires du cou et plaques muqueuses amygdaliennes. La malade est accompa-

gnée de son mari, atteint de paralysie faciale syphilitique, survenue au dix-septième mois de l'infection.

XXII. — Observation de M. Louste (« Annales des maladies vénériennes », mars 1907, p. 201).

D. M..., porteur aux Halles, 54 ans. En mai 1889, soigné à l'hôpital Ricord pour un chancre syphilitique du gland. Trois mois après, en août 1889, accidents secondaires caractérisés par des syphilides papulo-squameuses disséminées, syphilides muqueuses de la bouche et organes génitaux cephalées frontales avec exacerbations vespérales et nocturnes, états vertigineux, affaiblissement de l'ouïe. Les jours suivants, secousses dans la joue droite et quelques douleurs brusques dans la joue et derrière l'oreille.

Le 12 septembre, secousse brusque dans le côté droit de la face, avec maximum en arrière du pavillon de l'oreille et surdité complète. M. Hudelo porte le diagnostic de paralysie faciale spécifique secondaire en raison de la coexistence des lésions cutanées, applique le traitement spécifique et le malade quitte le service amélioré.

Quinze jours après il entre dans le service de M. Gaucher, avec paralysie faciale typique : effacement des plis du visage, déviation de la bouche, l'existence de paralysie de l'orbiculaire, déviation de la luette, abolition du réflexe muscu'aire et perpétral, diminution de la contractilité faradique des muscles, conservation de la sensibilité, exploration du trijumeau négative, disparition de la sensibilité gustative de la langue au tiers antérieur, douleur à la pression au devant du conduit auditif et sur la mastoïde. Sur le tronc et les membres syphilides papuleuses incomplètement disparues.

L'examen e l'oreille droite pratiqué par M. Lermoyez : intégrité de l'appareil de transmission, surdité syphilitique foudroyante.

0 gr. 02 centigrammes de benzoate de mercure, 3 gram-

mes d'iodure de potassium, électrisation faradique des muscles tous les jours.

Le malade quitte le service deux mois après son entrée : lésions cutanées guéries, persistance de la paralysie faciale mais sans douleurs spontanées ni provoquées, réaction très facile au courant faradique malgré l'atrophie des muscles, surdité droite sans modification avec vertiges dus aux lésions labyrinthiques.

XXIII. — Observation de M. Louste (« Annales des maladies vénériennes », mars 1907).

Femme de 24 ans. Au commencement d'octobre 1899, chancre syphilitique de la grande lèvre droite avec adénopathie inguinale droite. Six semaines après, roséole et chute des cheveux.

Le troisième mois après l'infection, paralysie faciale gauche qui s'annonça par des fourmillements et secousses douloureuses exagérés le soir, sans céphalée ni vertiges, avec impression anormale d'œdème dans le côté gauche de la face.

Au début de janvier 1900, paralysie faciale avec participation au facial supérieur, sans déviation de la luette ni voile. L'audition intacte, diminution de la sensibilité cutanée, conservation de la sensibilité spéciale du tiers antérieur de la langue, abolition du réflexe musculaire et palpébral. Diminution de l'excitabilité faradique des muscles. Aucun symptôme permettant de penser à une lésion encéphalique.

Application du même traitement et amélioration très nette des symptômes au bout d'un mois.

XXIV. — Observation de Lowinsky (« Dermatologische Centralblatt », octobre 1908, p. 5).

Il s'agit d'un ouvrier de 58 ans qui présentait, sur le front et le corps, les nombreuses fraîches taches de roséole et en même temps une paralysie de toute les branches de son facial droit, paralysie qui apparaît subitement quelques jours avant.

Sur la verge persistait le restant de l'accident primaire qui s'était développé avant deux mois environ et qui n'était pas encore complètement guéri.

La paralysie faciale se montre légère, la réaction électrique était tout à fait normale, tous les autres nerfs étaient libres, il n'y avait pas de maux de tête.

Par la cure des frictions, la paralysie faciale disparaît sans trace dans une semaine. Comme on ne trouvait aucune autre cause : refroidissement, goutte, etc., aucun autre traitement n'a pas été appliqué.

XXV. — Observation du professeur Debove (« Presse Médicale », 30 mai 1908).

D..., 31 ans, tourneur en métaux, aucune tare héréditaire. Fièvre muqueuse avec ictère et lumbago il y a un an. Se présente à notre consultation avec une paralysie faciale droite reconnaissable à la première inspection par une asymétrie faciale typique. Elle existait depuis huit jours, le malade s'en aperçut le matin en se levant, et l'attribua au froid, et c'est une sensation de fraîcheur qui l'a déterminé à se regarder dans la glace.

Disparition des rides du front, paralysie de l'orbiculaire et lagophthalmie, effacement du sillon nasagénien, abaissement de la commissure labiale et de la moustache.

Tous ces signes d'asymétrie faciale s'exagèrent lorsqu'on engage le sujet à rire ou plus simplement à montrer les dents. Pas de déviation de la langue. Pas de trouble du goût.

Ces symptômes suffisent à établir le diagnostic d'une paralysie faciale périphérique. Quelques troubles sensitifs légers indiquent que la cinquième paire n'est pas tout à fait indemne. Points douloureux à l'émergence des nerfs.

D... nie avoir eu la syphilis, si cependant on découvre cet homme chaste on constate une éruption qui s'étend du thorax à l'abdomen, formée de taches légèrement papuleuses, couleurs fleurs de pêcher, du diamètre d'une len-

tille. Elles s'accroissent lorsque le malade est resté quelques instants découvert. Il s'agit évidemment d'une éruption spécifique. Il existe d'ailleurs une adénopathie inguinale gauche, et sur la partie gauche du gland à la naissance du prépuce une cicatrice légèrement surélevée, un peu pigmentée et résistante au doigt qui est manifestement la cicatrice d'un chancre.

XXVI. — Observation du professeur Jeanselme (« Presse Médicale », 30 mai 1908).

Homme de 33 ans. Chancre datant de six semaines, adénopathie inguinale, éruption syphilitique sur le tronc et les membres inférieurs caractérisée par des papules plates d'un rouge cuivré. Il y a huit jours, le malade a eu une sensation de froid de la face, puis des douleurs névralgiques vives ; après survient une paralysie intéressant la moitié droite du visage.

XXVII. — Observation du professeur Jeanselme (« Presse Médicale », 10 mai 1908).

En janvier 1907 vient à ma consultation, à l'hôpital Tenon, une femme qui portait depuis une quinzaine de jours une fissure indolente au niveau de la commissure labiale gauche. Du même côté, la région sous maxillaire était soulevée par un ganglion non douloureux du volume d'une noix. Le diagnostic s'imposait : c'était un chancre extra-génital.

L'interrogatoire m'apprit que cette malade, sage-femme de son métier, avait, au cours d'un accouchement, pratiqué une insufflation de bouche à bouche pour sauver un enfant né avant terme, en état de mort apparente. Cet enfant succomba du reste quatre jours plus tard.

Injection de 0,08 d'huile grise et l'iodure de potassium à cause de sa céphalée qui empêchait tout sommeil. Disparition de la céphalée, la malade néglige le traitement.

Quatre semaines après l'apparition du chancre fissuraire, roséole floride de la face, cou et tronc.

Quelques jours plus tard, l'œil droit devient humide et

laisse échapper les larmes. Le 24 février, en s'éveillant, la malade s'aperçoit que la bouche est asymétrique, le 27, je constate une paralysie funiculaire avec occlusion incomplète de l'œil droit.

Dès l'apparition de la paralysie faciale, la malade a suivi un traitement mercuriel soutenu : une injection hebdomadaire de 0,08 d'huile grise pendant six semaines consécutives.

Le 20 mars, la paralysie faciale était presque guérie, mais une ponction lombaire dénote une forte leucocytose.

XXVIII. — Observation de Oddo et Escande (« Marseille Médical », 15 juillet 1913).

Malade de 28 ans entre à l'hôpital avec une paralysie faciale périphérique gauche.

Chancre 20 octobre 1912. 3 injections de néosalvarsan, du 15 octobre au 15 janvier pilules de Paret.

8 février. Céphalée, sifflement dans l'oreille gauche, quelques jours après, fourmillement et paralysie faciale gauche. Les jours suivants, céphalée intense et vomissements, douleurs temporales et mastoïdiennes.

Entre le 1^{er} mars; bon état général, sans fièvre ni céphalée. Paralysie faciale gauche avec participation du facial supérieur, déviation de la luette, surdité sans modification de la sensibilité gustative de la langue.

4 mars, R W +.

9 mars. Ponction lombaire : liquide claire, limpide, légèrement hypertendu, hyperalbuminose et leucocytose.

10 piqûres de biiodure. Etat stationnaire. A la période de repos médicamenteux céphalée intense avec vomissement sans effort.

28 mars, deuxième ponction lombaire, liquide clair, hyperalbuminose et lymphocytose intense, légère amélioration des céphalées et des vomissements.

16 avril, troisième ponction lombaire, liquide légèrement hypertendu, hyperalbuminose, hyperleucocytose, hématies.

Le malade a déjà reçu une deuxième série de biodure de mercure. Amélioration.

31 mai, crise d'épilepsie jacksonnienne.

9 juin, ponction lombaire, lymphocytose, albuminose, hématies. Exagération des réflexes.

B. — Paralysie faciale préroséaliqus.

XXIX. — Observation de Druelle (« Journal de Médecine interne », 30 juin 1909, p. 178).

Marie..., 30 ans, vient nous consulter le 19 juin 1907 pour une ulcération de l'anus et pour une paralysie faciale gauche. Cette dernière est d'apparition toute récente.

Il y a deux mois environ, la malade a subi un coït anal violent qui a été suivi de la déchirure de l'anus à droite. La plaie résultant de ce traumatisme n'est pas cicatrisée. Depuis, la région anale a toujours été le siège d'une vive douleur spontanée, douleur qui devenait beaucoup plus intense pendant la défécation et qui persistait après cette dernière.

La malade a traité jusqu'ici cette ulcération par des applications de pommades de composition variée et par des bains de siège chauds.

Il y a deux jours, à son réveil, la malade s'est aperçue du développement d'une paralysie faciale gauche. Depuis quelques jours du reste il existait quelques troubles moteurs légers du côté de la face, que la malade avait remarqué, mais dont le faible degré n'avait point retenu son attention. Cette paralysie faciale est accompagnée de quelques élancements douloureux peu prononcés.

État actuel :

L'examen de la région anale montre à droite de l'anus une ulcération presque entièrement cicatrisée qui se présente actuellement avec les caractères suivants :

Cette ulcération est de forme généralement arrondie, mai son contour est irrégulier à sa partie interne qui se prolonge dans le canal anal. Elle fait un relief très appréciable au-dessus des téguments voisins. La surface est,

comme nous l'avons dit, presque entièrement cicatrisée. Elle présente toutefois encore une couleur rouge foncé. La base est indurée.

Il n'existe pas d'autres lésions de l'anus. De même l'examen de la vulve et du col n'y montre rien d'anormal, aucun processus ulcéreux en particulier.

Dans l'aîne gauche on trouve une grosse polyadénite composée de ganglions durs et indolores. Rien dans l'aîne droite.

Le diagnostic de cette lésion anale n'est pas douteux, ces caractères, ceux de l'adenopathie inguinale concomitante, permettent de poser avec certitude le diagnostic de chancre syphilitique dont l'inoculation remonte sans nul doute au coït anal pratiqué par la malade il y a deux mois.

Les téguments ne présentent aucune éruption, nulle part on ne voit de roséole ou papilles syphilitiques secondaires. Pas de lésions crouteuses du cuir chevelu. L'examen de la muqueuse buccale n'y relève aucune lésion secondaire. Il n'y a ni céphalée ni alopecie.

En dehors du chancre de l'anus, le seul symptôme morbide accusé par la malade est une paralysie faciale gauche dont l'apparition, nous l'avons dit, remonte à deux jours.

Le diagnostic de la paralysie faciale est évident, dès qu'on regarde la malade. De façon générale, toute la face semble déviée à droite. Du côté gauche, les rides du front et les plis de la face sont effacés. Si on fait parler ou rire la malade, les mouvements du front, des sourcils et de la commissure labiale sont supprimés. L'occlusion de l'œil gauche ne peut se faire complètement. Il existe donc une paralysie de l'orbiculaire des paupières, témoignage de participation du facial supérieur et d'origine périphérique de cette paralysie faciale. Ajoutons que l'examen complet de la malade ne nous donne aucun trouble morbide. En particulier, nous notons qu'il n'existe aucun stigmate d'hystérie.

En raison de la netteté symptomatique du chancre anal

et malgré l'absence de toute manifestation spécifique secondaire, nous croyons pouvoir rattacher la paralysie faciale présentée par la malade à une infection syphilitique généralisée et nous prescrivons de commencer immédiatement le traitement mercuriel sous la forme d'une série de vingt injections de 0 gr. 02 de benzoate de mercure. Il sera fait en outre de l'électrisation des groupes musculaire de la partie gauche de la face.

Le 26 juin 1907, nous voyons la malade.

Le chancre de l'anus est tout à fait cicatrisé.

La paralysie faciale n'est guère améliorée; pourtant la malade ferme un peu plus l'œil gauche.

Nous constatons aujourd'hui une éruption discrète de roséole sur le thorax et sur les flancs.

Les éléments de cette roséole sont larges mais peu nombreux. La malade a remarqué cette éruption il y a deux ou trois jours.

Le 5 juillet 1907. La paralysie faciale est en voie de retrocession. La moitié gauche du visage reprend son expression et sa mobilité normale. La roséole tend à s'effacer.

10 juillet 1907. — La malade a terminé sa série de 20 piqûres de benzoate de mercure. Ces dernières n'étant pas très bien supportées, nous les remplaçons pendant quinze jours par des pilules de sublimé.

29 juillet 1907. — Nous revoyons la malade dont la paralysie faciale n'est pas encore complètement guérie. Il persiste encore une certaine gêne du mouvement du visage et l'occlusion de l'œil gauche ne se fait pas encore complètement. Nous prescrivons une nouvelle série de benzoate de mercure de 0 gr. 02.

15 août. — La paralysie faciale est complètement guérie, la malade ne présente actuellement aucun accident spécifique.

XXX. — Observation de Lowinsky (Dermatologische Centralblatt, janvier 1913).

Le 7 octobre 1912 se présenta à notre consultation, M. L. W..., libraire, âgé de 38 ans, marié, adressé par l'occuliste pour une paralysie du côté gauche de la face, apparue un jour avant. Il déclara d'abord qu'il a été toujours bien portant.

Deux jours avant l'apparition de la paralysie il sentait des douleurs dans l'occiput. Cette souffrance, expliquée sans grande précision, annonçait déjà qu'il ne s'agissait point d'une ordinaire paralysie rhumatismale, bien que le malade interrogé sur l'éventualité d'une infection syphilitique n'ait absolument cette dernière. Ce n'est qu'après examen qu'on trouve chez cet homme parfaitement sain une induration sur le pénis toute prête à guérir.

Ce n'est qu'alors que le malade avoua qu'il a eu il y a environ neuf semaines un bouton sur la verge qu'il a soigné lui-même par des bains de camomille et qu'il est arrivé à le guérir au bout de quatre semaines environ. Pas de traitement fait par le médecin.

La paralysie faciale se montrait au point de vue fonctionnel d'une gravité moyenne. Toutefois, la réaction de dégénérescence était absente. Pas d'autres manifestations de la syphilis et tout spécialement aucun exanthème.

Le 10 octobre 1912 fut pratiquée la réaction de Wasserman et elle donna un résultat positif.

Le 15 octobre 1912 arrivèrent les premières manifestations de la roséole avec des maux de tête.

La paralysie faciale ne se modifia pas par le traitement.

Le 19 octobre 1912, le patient reçoit une injection intraveineuse de 0,60 de néo-salvarsau pratiquée par le professeur Joseph.

Le 24 octobre, par conséquent 5 jours après l'injection, la paralysie faciale disparaît sans laisser aucune trace si bien que le malade pouvait fermer l'œil gauche, même isolément avec toute sa force. En même temps l'exanthème qui avait fait son apparition après la paralysie disparaît. En ce moment, le malade exempt de toute manifes-

tation syphilitique reste toujours sous notre observation.

Exactement deux mois après, le patient se présenta de nouveau avec une « neuro-récidive » qui, cette fois-ci, frappa le côté opposé (droit) avec participation des deux acoustiques (surdité totale). Alors que la surdité existait depuis quatorze jours, la paralysie faciale n'est apparue que depuis deux jours (18/12).

Par le traitement mixte : salvarsau (0,40 de néo-salvarsau par M. le Professeur Joseph) et frictions, la paralysie faciale guérit dans le délai d'une semaine si bien que le 27/12 il ne restait plus aucune trace.

Quant à l'affection de l'acoustique qui est déjà notablement améliorée, le malade est encore en traitement. Le fait que la première paralysie faciale est apparue avant tout traitement par le salvarsan et la deuxième (faciale et acoustique) deux mois après l'injection de savarsan que cette dernière a été guérie par le nouveau traitement sont les preuves certaines qu'il s'agit de paralysie syphilitiques.

XXXI. — Observation inédite et personnelle.

G... Maurice, âgé de 20 ans, se présente le 29 août 1923 à la consultation de M. le professeur Janselme à l'hôpital Saint-Louis pour une déformation de la face et une éruption de taches rouges sur le corps.

En effet, dès qu'on regarde le malade on est frappé par l'aspect asymétrique de son visage. La joue gauche paraît notablement plus pleine que la droite, la bouche occupe une position oblique, la commissure labiale droite étant tirée vers le haut et vers la droite. L'angle gauche de la fente buccale paraît plus large. La pointe du nez est également déviée à droite : d'une façon générale on a nettement l'impression de la déviation de toute la face à droite. Les plis de la face, le sillon naso-génien, les rides du front sont effacées sur la moitié gauche du visage et l'expression de la figure est différente si on regarde successivement chacune de ces moitiés. On remarque un lar-

moisement de l'œil gauche, l'asymétrie faciale s'exagère si on fait parler le malade et est à son maximum si on le fait rire, les traits restant immobiles du côté gauche. Si on lui emande de fermer les yeux, l'œil gauche reste ouvert et on aperçoit le mouvement du globe vers le haut et en dedans. Le malade ne peut pas siffler. La langue, au dehors de la bouche garde en totalité son axe antéro-postérieur, la pointe n'est pas déviée. La sensibilité gustative reste normale dans le tiers antérieur. La luette est verticale et le voile du palais garde la position normale. La parole est légèrement embarrassée.

Il n'existe pas d'hyperacousie.

Le réflexe musculaire et palpébral n'existe pas. La pression dans les différents points ne réveille aucune douleur ni au-devant du conduit auditif externe, ni dans la région parotidienne, ni derrière le pavillon de l'oreille, ni sur la mastoïde, ni sur l'occiput.

Le point correspondant au trou d'emmergence du maxillaire supérieur, dentaire inférieur et sus-orbitaire sont également indolores. L'exploration de la sensibilité cutanée montre son intégrité.

Interrogé sur la date et le mode de début de cet accident, le malade dit être dans cet état d'asymétrie faciale depuis trois semaines, qu'il s'en est aperçu un matin à son réveil, mais que deux ou trois jours avant son attention a été attirée par quelques sensations anormales : fourmillement, contraction musculaire involontaire, quelques petites douleurs névralgiques mais pas de douleurs vives dans la face et la tête.

Le diagnostic d'une paralysie faciale avec participation du facial supérieur et par conséquent d'origine périphérique est certain.

Si on fait déshabiller le malade, on constate immédiatement une éruption d'éléments maculaires rose pâle, arrondis et ovalaires d'un diamètre de 3 ou 4 mm., disséminés sur l'abdomen, flanc, lombe et thorax. Il s'agit cer-

tainement d'une roséole syphilitique. Son apparition remonte à huit jours et le malade déclare en outre avoir eu un bouton sur la verge qui saignait facilement, ne suppurait pas et n'était pas très douloureux. En effet, on trouve sur la partie supérieure du sillon balano-préputial le reliquat de cette lésion : une cicatrice arrondie encore rouge et assez profondément indurée. Dans l'aîne gauche, on constate une adénopathie composée de plusieurs petits et d'un gros ganglions isolés, mobiles, roulant sous le doigt et indolore « la micropolyadénopathie et préfet de l'aîne ».

Ces consultations permettent le diagnostic rétrospectif d'un chancre induré.

Aucune lésion de la muqueuse buccale, pas de chute de cheveux pas de céphalée.

On ne trouve, par ailleurs, aucun trouble parétique ou paralytique, aucune névralgie.

En résumé, la filiation des accidents est la suivante : chancre il y a un mois ayant abouti à la cicatrisation en une quinzaine de jours. Quelques jours avant celle-ci, apparition de la paralysie faciale. Dix à douze jours plus tard survient la roséole. La paralysie faciale frappa donc le malade au cours du premiers mois de l'infection syphilitique au moins dix jours avant la roséole.

Le même jour, c'est-à-dire le 29 août, la réaction de Bordet-Wassermann donne le résultat H 0.

On soumet le malade à l'examen de M. le docteur Lemaître qui ne constate aucune lésion auriculaire, aucun trouble de l'ouïe.

On pratique un examen de l'excitabilité faradique des muscles qui se montre notablement diminuée.

Le malade est soumis immédiatement à un traitement antispécifique intensif par les injections intra-veineuses de novarseno-benzol comme suit :

29-8-1923 0 gr. 15.

31-8 — 0 gr. 30.

7-9 — 0 gr. 45 la roséole en voie d'effacement.
14-9 — 0 gr. 60 la roséole disparue complètement, la
paralysie faciale en voie d'amélioration, le malade
ferme mieux l'œil gauche.

21-9-1923 0 gr. 75.

28-9 — 0 gr. 75.

5-10 — 0 gr. 75 la paralysie faciale presque disparue.

12-10 — 0 gr. 75.

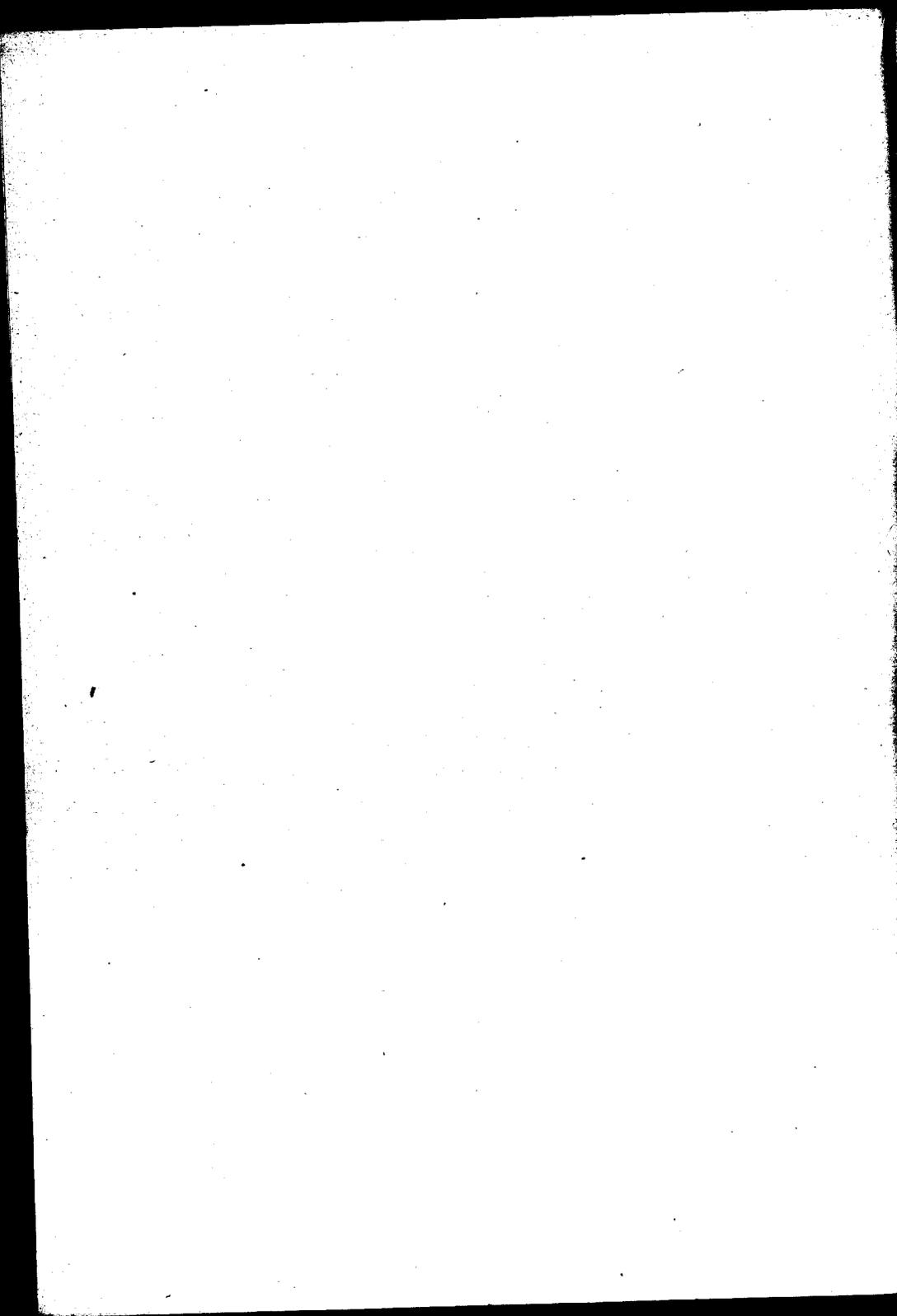
19-10 — 0 gr. 75 la paralysie faciale imperceptible.

Au repos.

26-10 1923 0 gr. 75.

Total : 6 grammes.

Le 10 novembre 1923, on revoit le malade. La paralysie
faciale a disparu sans trace. On fait une réaction de Bor-
det-Wassermann qui donne un résultat H 8.



CHAPITRE VII

CONCLUSIONS

1. — La paralysie faciale périphérique n'est pas relativement rare au cours de la période secondaire de la syphilis. Elle est précoce puisqu'elle apparaît dans les premiers mois de l'infection. Son apparition coïncide souvent avec l'éclosion des accidents secondaires habituels, plus rarement elle les suit, beaucoup plus rarement encore elle les précède.

2. — Elle est due étiologiquement à la toxi-infection syphilitique, pathogéniquement : *le plus souvent* à une névrite périphérique du facial; *rarement* à une propagation de la méningite syphilitique secondaire à ce dernier nerf; *exceptionnellement* à sa compression dans le canal de Fallope par une périostite ou périostose syphilitique secondaire ou « tertiaire précoce ».

3. — Son tableau clinique est comparable à celui de la paralysie faciale périphérique dite « *a frigore* ». Son début est soudain mais précédé des prodromes. Le facial supérieur et inférieur sont d'emblée paralysés. Les branches superficielles peuvent être seules prises (variété extra-temporale) ou bien les branches profondes sont également intéressées (variété intra-temporale). Elle est

indolore ou douloureuse, unilatérale ou bilatérale. Dans ce dernier cas la paralysie d'un facial précède toujours de plusieurs jours celle de son congénéré.

4. — Son pronostic est favorable et essentiellement différent de celui de la paralysie faciale syphilitique tardive ou précoce sans participation du facial supérieur et accompagnée d'hémiplégie.

5. — Sa guérison de quinze jours à soixante jours en moyenne est la règle. Son traitement est celui de la syphilis. La thérapeutique de choix est le traitement intensif par les arseno-benzènes aidé par la cure mercurielle et iodurée et par l'électrisation faradique des muscles.

Vu le Président de thèse :

JEANSELME.

Vu le Doyen :

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur : APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- Balzer et Faure-Beaulieu.* — Paralyse faciale syphilitique (Annales de dermatologie et syphiligraphie, juin 1902, p. 643).
- Boix.* — Paralyse faciale périphérique précoce (Archives générales de médecine, 1894, p. 486).
- Bonnet.* — Paralyse faciale double syphilitique (Lyon médical, 21 avril 1912, p. 893).
- Brandweiner.* — Fall non Facialis paralyse und frischen syphilitischen Exanthem (Archiv für Dermatologie, avril 1912, p. 452).
- Cestan.* — La polynévrite syphilitique (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1900).
- Criado.* — Paralyse faciale syphilitique (Medicina Ibera, 26 avril 1919, p. 163).
- Dargaud.* — Hémiplegie faciale syphilitique (Thèse de Paris 1885).
- Debove.* — Paralysies et névralgies syphilitiques précoces (La presse médicale, 30 mai 1908).
- Demonbourg.* — Un cas de paralysie faciale périphérique chez un syphilitique traité par 606 (Société de médecine française, 15 février 1912, p. 125).
- Dieulafoy.* — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris (T. III, 1900).

Druelle. — Paralyse faciale syphilitique pré-roséolique (Journal de médecine interne, 30 juin 1907, p. 178).

Ehrmann. — Sclérose in din Nerven und Nervenscheiden mit deutlichen Spirochoten. (Wiener klinische Wochenschrift, 7 juin 1906, p. 715).

Files. — Syphilitic facial paralysis (New-York médical journal, 20 juillet 1912, p. 124).

Fordyce. — Recent syphilitic infection accompanied by facial paralysis (Journal of cutaneous diseases including syphilis, avril 1912, p. 208).

Fournier. — Traité de la syphilis T. I, 1904.

— Leçons sur la syphilis, 1873.

François-Dainville. — Deux cas de paralysie faciale chez deux conjoints (Annales de dermatologie et syphiligraphie, mars 1906, p. 275).

Frenel. — Contribution à l'étude des névrites syphilitiques (Thèse de Paris 1901).

Gaucher. — Traité de la syphilis 1910.

Gendre et Garsaux. — Paralysie du voile du palais et chancre syphilitique de la verge (Lyon, médical, 10 décembre 1911, p. 1320).

Gordon (Otto). — Ein Betrag sur luetischen peripherischen Facialisparalyse (Inaug Dissert Koenigsberg 1898).

— Peripheral facial paralysis of syphilitic origin (Pennsylvania med journal, Philadelphia sept. 1909).

— Peripheral facial paralysis of syphilitic origin, the diagnostic importance of its recognition (Archives of diagnosis New-York, octobre 1908).

Cowers. — Handbuch der Nervenkrankheiten II, p. 229.

- Gros et Lancereaux.* — Affections nerveuses syphilitiques 1861.
- Krumbhaar.* — A case of bilateral facial paralysis occurring a syphilitic (Journal of nervous and mental diseases, juillet 1912, p. 472).
- Lehner et Vojda.* — Peripherische Fazialislahmung um Beginn des Sekundarstudium der Syphilis (Dermatologische Zeitschrift, juin 1922, p. 130).
- Louste.* — Contribution à l'étude de la paralysie faciale syphilitique secondaire névritique (Annales des maladies vénériennes, mars 1907, p. 201).
- Lowinsky.* — Zur Kenntniss des Syphilitischen Fazialislahmung im Beginn des Sekundarstadium der Syphilis (Dermatologische Centralblatt, janv. 1913, p. 98).
— Peripherische Fazialislahmung im Frühstadium der Syphilis (Dermatologische Centralblatt, oct. 1908, p. 5).
- Ménétreel.* — Contribution à l'étude des névrites et poly-névrites périphériques à la période secondaire de la syphilis (Thèse de Paris 1890).
- Milian.* — Syphilitic facial paralysis (medical presse and circular London, 20 janv. 1909).
- Morosow.* — Deux cas de paralysie faciale syphilitique (Société russe de dermatologie et syphiligraphique Tarnowsky de St-Petersbourg, 26 nov. 1911).
- Mukarji.* — Case of double facial paralysis following syphilis (Indian med. gazette, janv. 1922, p. 16).
- None.* — Syphilis und Nervensystem 1902, p. 375.
- Oddo et Escande.* — Paralysie faciale syphilitique précoce (Marseille médical, 15 juillet 1913).

- Oppenheime.* — Syphilis des Zentralnervensystems, page 101.
- Raymond.* — Cliniques des maladies du système nerveux (3^e série, p. 631).
- Rumpf.* — Die syphilitische Erkrankungen des Nervensystems, p. 532.
- Schebunew.* — Un cas de paralysie faciale dans une période précoce de la syphilis (Journal russe de dermatologie, déc, 1909).
- Strasmann.* — Ausgesprochener einseitiger Fazialisparese (Archive für Dermatologie und Syphilis 1906).
- Thibierge et Ravaut.* — Paralysie faciale secondaire de la syphilis, lymphocytose considérable du liquide céphalo-rachidien (Bulletin de la société médicale des Hôpitaux, 27 nov. 1902, p. 991).
- Zumbusch.* — Recenter Lues mit Fazialislahmung (Archiv für Dermatologie und Syphilis, nov. 1904, p. 28).

1072



