

ont conservé leurs fonctions, tout se borne aux troubles des muscles péribuccaux et mentonniers.

Après les symptômes communs qui permettent de diagnostiquer l'existence d'une paralysie faciale, il faut placer la recherche des PHÉNOMÈNES VARIABLES, spéciaux à telle ou telle catégorie de paralysie, permettant le diagnostic de la forme topographique.

Toutes les paralysies PÉRIPHÉRIQUES, c'est-à-dire celles qui dépendent d'une altération siégeant en dehors de la protubérance soit dans le crâne, soit après la sortie du canal de Fallope, ont pour trait commun l'abolition des mouvements réflexes et souvent de la contractilité électrique. Dans les cas légers il n'y a aucune modification de l'excitabilité électrique des muscles ni des nerfs (Erb). Dans les cas graves surtout, mais même dans quelques cas qui guérissent rapidement (Brenner), il y a réaction de dégénérescence, c'est-à-dire, diminution ou abolition des contractions faradiques, conservation et même exagération des contractions galvaniques.

On distingue les paralysies portant seulement sur l'épanouissement extra-crânien du facial de celles qui tiennent à une lésion *intra-temporale* en ce que celles-ci, dites *interstitielles*, s'accompagnent de phénomènes en rapport avec la suppression des fonctions propres à un ou plusieurs des filets nerveux qui se détachent du tronc dans l'épaisseur du rocher. C'est une analyse clinique minutieuse à faire, qui permet même quelquefois de préciser en quel point du rocher porte la lésion. On recherchera donc s'il existe la déviation de la langue du côté sain (rameau du digastrique et du stylo-mastoidien), la difficulté d'en recourber la pointe en haut (rameau lingual), la diminution du goût dans les deux tiers antérieurs (corde du tympan), l'exaltation de l'ouïe (hyperacousie) surtout pour les sons extrêmes (petit pétreux), la diminution de la sécrétion salivaire (corde du tympan, petit pétreux); la déviation du voile du palais qui est alors abaissé et flasque du côté paralysé, la luette étant tirée en totalité du côté sain, tantôt ayant sa pointe déviée vers le côté paralysé, (périestaphylin, palato-staphylin). Toutefois, Gowers, H. Jackson et Byrom-Bromwell considèrent la paralysie du voile du palais comme extrêmement rare dans la paralysie faciale.

Les paralysies d'origine intra-crânienne, par lésions du nerf entre la protubérance et le conduit auditif interne, ont les mêmes symptômes que la paralysie intra-temporale complète.

Les paralysies d'origine *bulbo-protubérantielle*, s'accompagnent, pour les raisons anatomiques que nous avons dites, d'une hémiplegie croisée des membres (hémiplegie alterne); elles sont complètes, c'est-à-dire frappent également l'orbiculaire palpébral (facial supérieur) et l'orbiculaire des lèvres.

Elles offrent les mêmes troubles de la contractilité électrique que les paralysies périphériques.