

6481

Facultatea de Medicină din Iași

No. 968

717

# TEZĂ

PENTRU DOCTORAT IN  
MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută în Martie 1927

DE

ȘEIMAN ȘOIL



## CONSIDERAȚIUNI

ASUPRA

# PARALIZIILOR

# FACIALE





\*440003114\*

Biblioteca UMFST

Facultatea de Medicină din Iași

No. 968

TEZĂ

PENTRU DOCTORAT IN  
MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută în Martie 1927

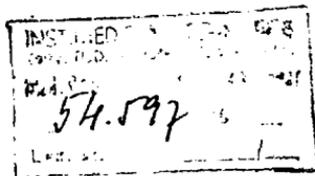
DE

ȘEIMAN ȘOIL



CONSIDERAȚIUNI  
ASUPRA  
PARALIZIILOR  
FACIALE

24 MAY 2005



IAȘI.—TIPOGRAFIA „ARTA”  
D. MILNITZER  
STRADA I. C. BRĂȚIANU 101  
1927

# FACULTATEA DE MEDICINA DIN IAȘI

Decan Dl. Profesor Dr. M. ȘTEFĂNESCU-GALAȚI

CATEDRELE		CORPUL PROFESORAL
Clinica Terapeutică	D-I Profesor	<i>Dr. I. Enescu</i>
Medicina legală	"	" <i>G. Bôgdan</i>
Istoria Naturală-Medicală	"	" <i>N. Leon</i>
Histologia	"	" <i>Emil Pușcariu</i>
Chimia Medicală	"	" <i>C. Șumuleanu</i>
Clinica II Chirurgicală	"	" <i>I. Tănăsescu</i>
Clinica Medicală	"	" <i>C. Bacaloglu</i>
Bacteriologia	"	" <i>A. Slătineanu</i>
Clinica boalelor nervoase și mentale	"	" <i>C. Parhon</i>
Clinica Genito-Urinară	"	" <i>M. Ștefănescu-Galați</i>
Patologia Internă	"	" <i>A. Dobrovici</i>
Clinica Oftalmologică	D-na	" <i>Elena Pușcariu</i>
Clinica Infantilă	Dl.	" <i>S. Grașosky</i>
Clinica I Chirurgicală	"	" <i>N. Hortolomei</i>
Pathologia chirurgicală	"	" <i>P. Anghel</i>
Clinica Dermato-Sifilitică	"	" <i>E. Mironescu</i>
Fiziologia	"	" <i>V. Râșcanu</i>
Higiena	"	" <i>M. Ciucă</i>
Anatomia patologică	"	" <i>P. Gălășescu</i>
Farmacologia	"	" <i>I. Enescu</i>
Clinica Obstetricală	"	" <i>N. Zaharescu-Karaman</i>
Medicina operatorie	"	" <i>M. Buloiianu</i>
Patologia generală	"	" <i>C. Ionescu-Mihăești</i>
Farmacia Chimică și Galenica	"	" <i>A. Ionescu-Matiu</i>
Anatomia Descriptivă	" suplinitor docent	" <i>G. Zamfirescu</i>
Anatomia Topografică	" conferențiar	" <i>I. Nubert</i>
Oto-rino laringologia	"	" <i>V. Dimitriu-Borca</i>
Radiologia	"	" <i>E. Radu</i>

## JURIUL DE PROMOȚIE

Președinte: D-I Profesor Dr. C. BACALOGLU

Membrii } D-I " " N. HORTOLOMEI  
 } D-I " " I. ENESCU

Membru suplinitor: D-I Prof. Dr. M. ȘTEFĂNESCU-GALAȚI

Facultatea consideră cele expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a da nici aprobare nici desaprobare.

*Memoriei tatălui meu  
amintire veșnică*



*Ție  
Scumpei mele soții  
In semn de dragoste neșărmurită  
ce ți-o păstrez, și ca amagiu  
pentru sacrificiile tale închin  
aceasta lucrarea mea inaugurală*

*Iubitei mele mame  
pentru străduințele și îndelungul  
șir de jertfe făcute pentru mine,  
recunoștință eternă.*

## **Domnului Profesor Dr. C. Bacaloglu**

*Imi fac o plăcută datorie să exprim pe această cale bunului nostru profesor de clinică medicală, ale cărui frumoase exemple de muncă neobosită, devolare neșărmultă intereselor științei și studențimei ce a desfășurat un sfert de secol vor rămâne neșterse în memoria elevilor săi, sincere mulțumiri și recunoștință pentru bună-voința și onoarea ce-mi face prezidând lucrarea mea inaugurală.*

**Juriului meu de promoție**  
*vii mulțumiri și recunoștință.*

*Sunt fericit că am avut onoarea de a fi avut de îndrumător pe distinsul savant* **Domnul Profesor C. Parhon.**

## Introducere

Paralizia facială este una din cele mai frecvente paralizii, prin alterația nervilor periferici. Poate fi datorită la fel unor leziuni ale centrilor nervoși. Orice medic în practica sa zilnică, trebuie să se aștepte a o întâlni de de mai multe ori în cariera sa. Simptomele, cauzele, diagnosticul și în special tratamentul trebuie bine cunoscute.

Prin desfigurarea ce o produce înspăimântă bolnavii, în special bolnavele. Poate fi ușor confundată cu alte maladii. Paralizia facială e datorită unui complex de cauze, dificil de aflat.

Această supărătoare afecțiune reclamă un tratament special, suveran, când e bine condus, dezastruos când nu e corect aplicat.

---

## Noțiuni de anatomie și fiziologie

Facialul propriu zis, afară de câteva fibre sensitive, ce-i le trimite intermediarul lui Wrisberg, este un nerv motor.

El pătrunde în bulb la nivelul fosetei supra olivare și sfârșește după un traect foarte complicat, la un nucleu situat îndărăt și ceva deasupra punctului de emergență.

Nucleul facialului e situat profund la partea antero-externă a calotei protuberanțiale ceva îndărătul olivei superioare. E format de o mică coloană de substanță cenușie și măsoară în mijlociu 3 mm. și jumătate în înălțime. În secțiune transversală diametrul său antero-posterior măsoară 2 mm.-jumătate, diametrul transversal 1 mm.  $\frac{1}{2}$ —2 mm.

Nucleul facialului ocupă partea inferioară a protuberanței. E plasat puțin deasupra nucleului ambiguu și ceva dedesuptul nucleului masticatorului. Ca și acești doi din urmă nucleii reprezintă capul cornelor anterioare ale măduvei spinării.

Histologiceste nucleul de origină al facialului se compune din mari celule multipolare cari se găsesc în special în partea anterioară sau ventrală a nucleului. Celulele constitutive se află în interiorul unei bogate rețele fibrilare formată de terminațiunile fibrelor cu care ele sunt în relațiune. Cilindraxii emiși se duc înapoi și formează fasciculele radiculare ale facialului.

Traectul intrabulbar al facialului e foarte complex.

Primele cercetări asupra acestui traect s'au făcut, la pisică care se pretează, foarte bine la aceste studii, ea posedând o protuberanță mai săracă în fibre transversale.

În traectul său intrabulbar, nervul facial își schimbă de patru ori direcția. Ne prezintă prin urmare cinci por-

țiuni separate prin coturi mai mult sau mai puțin bruște, anume:

1. *O primă porțiune*, oblică, îndreptată îndărât și înăuntru care se întinde dela foseta supra olivară, la partea antero-externă a lui eminentia teres;

2. *O a doua porțiune* transversală și foarte scurtă, care merge dela acest din urmă punct la linia mediană.

3. *O a treia porțiune* longitudinală care merge de-a lungul liniei mediane, ridicând mai mult sau mai puțin planșeul ventriculului al IV la nivelul său.

4. *O a patra porțiune* transversală lungă numai de un milimetru se îndepărtează de linia mediană îndreptându-se în afară și

5. *O a cincea porțiune*, în sfârșit, oblic îndreptată înainte și în afară, se duce dela porțiunea precedentă la nucleul de origină al nervului.

Unghiul, de obicei foarte pronunțat, pe care-l formează porțiunea a doua cu a treia poartă numele de genunchiul facialului și îmbrățișează nucleul motor ocularului extern.

Un punct încă nelămurit constituie așa zisa *decușajie parțială*. Aceasta, multă vreme neadmisă, a fost constatată de *Van Gehuchten* la embrionul de găină, de *Lugaro* la iepure; de *Cajal* la șoareci. *Nissl* și *Marinescu*, la rândul lor au constatat, primul la iepure, al doilea la câine, că dacă se secționează facialul, de o parte se observă fenomene de cromatoliză nu numai în nucleii de partea corespunzătoare ci și în nucleul de partea opusă.

Aceasta constituie o probă evidentă că trunchiul nervos secționat primea fibrele sale din nucleii de ambele părți.

Pe terenul anatomiei patologice, e de semnalat, ca o confirmare a concluziilor precedente, un fapt notat de *Bary* (1899) care la un ftizic atins de paralizie facială dreaptă ar fi constatat că facialul primea la nivelul genunchiului un mic fascicul radicular, provenind dela nucleul de partea opusă.

Profesorul *Parhon* în colaborare cu *Papinian* au constatat existența unor leziuni la ambii nuclei faciali, la

un bolnav care a sucombat în urma unui cancer al regiunii suprahioidiene ce distrusese un număr dat de mușchi inervați de hipoglos și facial dar numai de partea dreaptă.

Decusația parțială a facialului părea deci că trebuie admisă la om ca și la animale când experiențele lui *Van Gehuchten* au venit să puie chestiunea din nou. Acest savant după secțiunea sau smulgerea tuturor fibrelor facialului, constată că această distrucție a nervului este urmată de cromatoliză în *toate* celulele nucleului de partea corespunzătoare, în timp ce celulele nucleului de partea opusă sunt *toate* normale. Autorul conchide că toate fibrele cari intră în constituția nervului facial sunt fibre directe. O serie de experiențe pe iepuri au confirmat acest lucru. Rezultă deci din aceste cercetări că *toate fibrele sale sunt directe*.

Dar experiențele lui *Marlnescu* și *Nissl*, ale lui *Parhon* și *Papinian* de o valoare incontestabilă vin în contradicție cu cele ale lui *Van Gehuchten*. Chestiunea a rămas deci încă în studiu.

Nervul facial inervează toți mușchii pieloși ai feței. Observația anatomo-clinică însă ne arată că în cazurile de paralizie facială de origină bulbară,—de pildă în paralizia glosso-labio-laringee, unde nucleul facialului este complet distrus—un număr de mușchi aparținând regiunii superioare a feței nu sunt de loc atinși și deseori se observă același lucru în paralizii de origină cerebrală. Mușchii respectați de paralizie sunt: orbicularul pleoapelor, sprâncenarul și frontalul. Pare deci că trebuie să admitem că nucleul bulbar al facialului nu inervează toți mușchii ci numai mușchii inferiori; că cei trei mușchi amintiți sunt sub depedența unui alt centru și că în consecință există intim uniți în acelaș trunchiu, un *nerv facial inferior* și un *nerv facial superior* având fiecare un nucleu de origină propriu.

Nucleul de origină al facialului inferior sau *nucleul facial inferior* este nucleul bulbar, nucleul clasic descris mai înainte. Nucleul de origină al facialului superior, sau *nucleul facial superior* acel care ține sub atârănarea sa

inervația celor trei mușchi: orbicularul pleoapelor, sprâncenarul și frontalul a fost considerat multă vreme ca așezat în nucleul motor-ocularului extern, care devenea astfel nucleul comun al celor doi nervi. *Mendel* pe iepuri și cobai practică extirpația ambelor pleoape, împreună cu mușchii sprâncenari și frontali. Câteva luni mai târziu constată în secțiuni că nucleul facialului și motor-ocularului extern sunt intacti, pe când partea posterioară a motor-ocularului comun prezintă leziuni atrofice. Pe de altă parte *Obersteiner* smulgând motor-ocularul comun a observat degenerescența celei mai mari părți a nucleului respectiv cu partea posterioară a nucleului intactă. Dar părerea lui *Mendel*, susținută de unii, combătută de alții nu a rezistat cercetărilor experimentale ale lui *Marinescu* și *Van-Gehuchten*. Acești doi neurologi în urma unor numeroase secțiuni în facialul superior, au constatat cromatoliza în partea posterioară a nucleului clasic al facialului și au plasat în acest nucleu origina fibrelor cari se îndreaptă la mușchii superiori ai feței, nucleul în chestiune ar fi deci nucleul facialului inferior și superior, *nucleul unic* al facialului. Aceasta este părerea admisă de majoritatea anatomicștilor și e confirmată de numeroase fapte anatomo-patologice studiate la om, în special de Prof. *Parhon* și *Papinian*, (1904), *Parhon și Nadejde* (1906), *Parhon și Minea* (1907), *Parhon și Savu* (1909).

Cercetările lui *Marinescu* și *Van-Gehuchten* permit de a diviza nucleul de origine al facialului într'un număr de părți morfologic și fiziologic distincte.

Pe o secțiune orizontală se constată existența a trei grupe celulare: un grup intern, un grup posterior și unul anterior. Grupul *posterior* sau *dorsal* ocupă cum și numele arată partea posterioară a nucleului. Dă fibre radiculare pentru mușchii superiori ai feței (*nucleul facialului superior*).—*Grupul intern* se subîmparte el însuși în două părți care se juxtapun din afară înăuntru. Partea cea mai internă este în conexiune cu mușchiul scăriței și partea cea mai externă ține sub atârănarea sa mușchii motori ai pavilionului urechii.—*Grupul anterior* e cel mai important, inervează toți mușchi feței afară de cei trei superiori.

Fibrilele care constituie rețeaua înconjurătoare a celulelor din nucleul facialului aduc acestora incitațiunile motrice destinate a le pune în joc.

Influxul nervos voluntar care prezidă la mișcările facialului, este elaborat nu la nivelul nervului periferic care nu are decât un rol de transmisiune sau de motilitate reflexă, ci la nivelul scoarței cerebrale de partea opusă. În marile celule piramidale care ocupă partea cu totul inferioară, piciorul circonvoluțiunii frontale ascendente, centrul mișcărilor voluntare ale capului situat dedesubtul celui al membrului superior.

Fibrele născute din aceste celule trec cu celelalte fibre ale fasciculului geniculat prin genunchiul capsulei interne și merg a se pune în relație cu prelungirile protoplasmice ale nucleului protuberanțial al facialului de partea opusă după ce s'au încrucișat pe linia mediană.

Nervul facial iese din centrul nervos la partea superioară a bulbului dedesubtul bordului inferior al protuberanței inelare în afara motorului ocular extern, înăuntrul nervului auditiv de care-l separă nervul intermediar al lui Wrisberg, acesta din urmă, considerat astăzi ca rădăcină sensibilă a facialului. Lunecă mai întâiu la baza creierului și în acest traiect intracranian se află în spațiile subarahnoidiene, adică în meninge. Nu întârzie să pătrundă în stâncă prin gaura auditivă internă în același timp cu nervul auditiv și artera auditivă internă. Devenit astfel intrapietros se angajează curând în canalul lui Fallope ce-l străbate în toate întinderea lui; formând ca și conductul osos două coturi succesive. La primul cot se găsește ganglionul geniculat care intră în direct contact cu el. Iesă apoi din canalul lui Fallope prin gaura stilo-mastoidiană și devine atunci cu adevărat periferic, extracranian. Pătrunde în glanda parotidă și se divide apoi în ambele sale ramuri terminale: cervico-faciale și temporo-faciale.

Nervul facial este înainte de toate un nerv motor; motricitatea constituind funcțiunea sa principală. El înervează toți mușchii superficiali ai feței, pielosul gâtului și mușchi osișoarelor auzului. E deci nervul mimiceii prin excelență. Acționează încă a) în progresiunea lacrimală

prin mușchiul lui Horner; *b*) în masticție înervând digastricul, glosso-stafilinul, buccinatorul *c*) intervine în vorbire prin mușchii buzelor, *d*) în audição prin acțiunea sa asupra mușchilor osișoarelor, în sfârșit *e*) ajută la respirație acționând asupra mișcărilor aripilor nasului.

Se admitea altădată că facialul juca un rol în inervația mușchilor vălului palatului; în prezent aceasta nu se mai admite. Inervația velo-palatină vine dela pneumospinal (*Chauveau, Lermoyez*).

Nervul facial e considerat ca un nerv mixt: motor și sensibil. Acțiunea sa sensibilă e însă foarte redusă. Ar datori aceasta fibrelor cari vin dela intermediarul lui Wrisberg și din ganglionul geniculat. Primul ar prezenta rădăcina sa sensibilă, celălalt ganglionul lui sensibil (homolog al ganglionului rădăcinelor posterioare rachidiene).

Teritoriul cutanat sensibil al facialului e foarte restrâns reprezentat prin interiorul pavilionului urechei și conductului auditiv extern (zona lui *Ramsay-Hunt*).

Prin coarda timpanului, una din ramurile sale, nervul facial exercită o acțiune senzorială: prezidă la senzațiile gustative în cele două treimi anterioare ale limbii. În fine acționează asupra scăriței, glandei lacrimale, parotidei, glandei submaxilare, glandelor sublinguale prin intermediul coardei timpanului și al fibrelor originare din marele simpatic (acțiune secretorie). Mai are o acțiune vasomotrice ce se manifestă pe toată întinderea zonei de inervație periferică. Aceasta o datorește fibrelor care-i vin din simpaticul cervical.

Din cele spuse, înțelegem lesne de ce paraliziiile faciale se caracterizează principalmente prin turburări motorii ce interesează în special mușchi mimici ai feței și în mod accesoriu prin turburări în masticție, vorbire, gust, audição și prin fenomene secretori și vaso-motorii.

## Etiologie

În lungul său traect protuberanțial, intracranian, intrapietros și extracranian sau periferic,—nervul facial poate fi lezat de numeroase cauze locale de alterație, sau ca

orice alt nerv periferic să fie inflammat de toate cauzele generale susceptibile de a da nevrite.

*Charcot* și *Neumann* admit la baza acestei afecțiuni o predispoziție nevropatică familială, lucru contestat de majoritatea autorilor.

Cauzele locale cele mai frecvente ale leziunii nervului facial sunt: 1) *La nivelul protuberanței*: hemoragii, ramolismenț, în special printr'un proces de arterită sifilitică, tumori (gome) sau încă de leziuni de encefalită epidemică, scleroză în plăci, scleroză laterală amiotrofică, tabes. 2) *În traieclul intracranian*, în meninge, compresiune printr'o placă de meningită bazilară, tuberculoasă uneori, cele mai deseori sifilitică 3) Un anevrism al arterei auditive, o tumoare a nervului auditiv apoi mai jos o fractură a stâncii, inflamațiunile cutiei timpanului, ale celulelor mastoidiene; într'un cuvânt în toate otitele. Acest lucru se explică lesne dacă ne gândim la rapoartele întinse ale facialului cu urechea medie de care nu e separată decât printr'o lamă subțire osoasă. După *Hyrll* cutia timpanului prezintă în mod constant deasupra ferestrei ovale un hiatus unde peretele e fibros și pe unde puroiul poate atinge nervul și să se propage în lungul lui. Facialul în stâncă mai e însoțit pe o ramură a arterei stilo-mastoidiene care se anastomozează cu arterele cutiei timpanice. Inflamația se poate propaga deci și pe această cale. Examenul urechei se impune deci în toate cazurile de paralizie ale acestui nerv. În această porțiune mai poate fi lezat și în operațiunile pe mastoidă. 4) În sfârșit, în traectul periferic extracranian, tumorile parotidei, traumatismele și intervențiunile chirurgicale făcute pe această glandă; aplicațiunile forcepsului asupra acestei regiuni, plăgile de orice fel ale parotidei și ale feței, constituie un lung șir de factori etiologici de mare importanță.

Mai frecvente sânt paraliziiile considerate de autorii vechi „a frigore“, survenind în urmă unei răceli; a unei curent de aer,—denumite și paralizii reumatice.

Totuși uneori ele survin fără o răceală prealabilă evidentă,—sânt deci în aparență, cel puțin, spontane. Probabil că în toate aceste cazuri e vorba de o nevrită a trunchiului nervos, care se produce dintr'o cauză ignorată

până în prezent, infecțioasă, toxică, autotoxică. *M. A. Barraud* crede ca așa zisa paralizie „a frigore“ e de cele mai deseori consecutivă unor otite catarale sau chiar acute,—care au traversat cutia timpanică, fără a se opri aici. El o atribuie unei compresiuni a nervului și a unei sdrobiri a lui în canalul lui Fallope. Denumirea „a frigore“ ar trebui să dispară din vocabularul medical, și aceasta categorie de paralizii trebuie să între în cadrul otologiei. *Minkovski* totuși a putut să se asigure într'un caz că nu existau decât leziuni degenerative analoage cu cele ale nevritelor periferice cu sediul pe porțiunea nervului în afara stâncei.

Paralizia prezintă unele forme interesante la noii născuți, la cari distingem două varietăți. Una e datorită unei leziuni a nervului produsă de forceps, capul fiind apucat de diametrul transversal și altele se datoresc unei insuficiente dezvoltări a conductului auditiv extern care aduc o compresiune a facialului. În alte cazuri e datorită compresiunii întrauterine a unuia din nervii faciali în timpul travaliului, de uterul însuși în cursul facerilor grele și prelungite,—mai ales în cazurile de stricturi ale bazinului. Aceste paralizii dispar după cel mult două săptămâni. Agenesis stâncii poate constitui o cauză a paraliziei faciale congenitale.

Un important factor etiologic al paraliziei faciale, rezultat al unor recente cercetări,—il constituie *encefalita epidemică*. În adevăr virusul encefalitic prin afinitatea pe care o are pentru întreg sistemul nervos central și periferic e capabil de a se localiza pe trunchiul facialului ca și pe nucleul său de origină, producând paralizia acestuia. În simptomatologia atât de bogată și variată a encefalitei găsim paralizia facială atât în fază acută cât și în cea cronică. În formele cu localizarea bulbo-protuberanțială facialul e atins de regulă și într'o mai mică măsură în forma polinevritică sau periferică a encefalitei.

S'au văzut un număr de cazuri de paralizii faciale, vindecate, urmate mai târziu de un sindrom parkinsonian tipic, care a demonstrat astfel adevărată natură a acestor paralizii (*Parhon*)

Trebuie să deosebim însă paralizia facialului de

masca rigidă a feței din faza cronică a encefalitei. Paralizia facială e datorită în cazurile encefalitei, localizării virusului fie în nucleii centrali fie pe trunchiul nervului, pe când rigiditatea feței e datorită unei turburări a tonusului muscular în legătură cu leziunea nucleilor dela bază creierului,—neuronul motor al facialului rămânând intact.

În etiologia paraliziei faciale trebuie să atribuim un rol de prim ordin stării generale a organismului. Turburările de nutriție ca: diabetul, guta, infecțiunile auto—și hetero-intoxicațiunile au o mare importanță (*Parhon*). Printre paralizii faciale de natură toxică sau infecțioasă un loc aparte trebuie rezervat acelor care survin în urmă sau în timpul tratamentului prin vaccin antirabic. Asemenea cazuri au fost observate de *Babeș*, *Marinescu*, *Parhon* și *Troteanu*, etc. Alte vaccinuri pot produce și ele paralizii faciale, după cum o dovedește cazul citat de Profesorul *Parhon*. În acest caz a fost vorba de o paralizie facială survenită cinci zile după o vaccinare antiholerică.

Paralizia facială se mai întâlnește într'un mare număr de maladii infecțioase: sifilisul secundar, febră tifoidă, erisipel, variolă, paludism, difterie, gripă, beri-beri, tetanosul cefalic al lui *Rose*. Zona se asociază foarte des de paralizia facială.

Se înțelege ușor că o leziune corticală a piciorului frontalei ascendente (ramolism cerebral prin tromboză sau embolie, tumoare, placă de meningită a convexității) sau o alterație a capsulei interne (hemoragie, ramolism) vor putea distruge aceste celule sau fibrele care emană din ele, să determine o paralizie facială.

## Simptomatologie

Multiciplitatea nervilor, diferiți din punct de vedere fiziologic, ce alcătuiesc trunchiul facialului constituie cauza pentru care paralizia acestui nerv are o simptomatologie atât de variată.

Distingem o paralizie facială, periferică și centrală. În prima, simptomatologia diferă după cum ne aflăm în pre-

zența unei paralizii faciale unilaterale flaște, a unei paralizii faciale cu contracturi, unei sau diplegii faciale (paralizie facială periferică bilaterală). În prima categorie simptomatologia este mai mult sau mai puțin complicată după cum leziunea interesează nervul în stâncă sau în afara ei. În primul caz avem o paralizie intrapiet-roasă, în al doilea, extrapiet-roasă.

Paralizia extrapiet-roasă atinge exclusiv ramurile motorii destinate mușchilor feței. Ea fiind de obicei unilaterală, caracterul său principal este deviația trăsăturilor feței. Mușchii mimici de partea sănătoasă, lipsiți de forța antagoniștilor, atrag de acea parte pielea pe a cărei față profundă se inseră. Vârful nasului și comisura labială se deviază de partea sănătoasă. Aceasta, contractată de tonusul normal al mușchilor, pare mult mai mică decât cea bolnavă care se prezintă mai lărgită. Increșiturile frunței, pliurile feței sunt mai pronunțate de partea sănătoasă a feței, sunt însă șterse de partea bolnavă. Această deviație a trăsăturilor dă feței un aspect caracteristic (*tortura faciei* a celor vechi). În această varietate facialul superior este prins ca și facialul inferior.

În paralizia facialului superior închiderea ochiului corespunzător e imposibilă. Cele două pleoape lasă între ele un spațiu în care globul ocular e în permanență descoperit (lagoftalmie). Dacă invităm bolnavul să închidă ochii, pentru a corecta acest defect și pentru a-și acoperi pupila de partea bolnavă el execută cu ochiul o mișcare de rotație în sus (fenomenul lui Charles Bell). Suprafața corneei expusă în permanență la acțiunile traumatizante ale agenților externi, se inflamează, dând conjunctivite, keratite, cu sau fără ulcerări care dă uneori perforația corneei. Paralizia mușchiului lui Horner atrage după sine o lacrimare abundentă (epifora). Dacă ordonăm bolnavului să închidă cu energie ochiul de partea paralizată, el contractă atunci involuntar și în același timp frontalul de aceeași parte. Acestea constituie așa zisele *mișcări asociate homolaterale*. După Lamy aceste contracțiuni sinergice paradoxale s'ar produce uneori chiar în mușchii ce au pierdut contractibilitatea voluntară. Toate

aceste fenomene s'ar produce în vechile paralizii faciale incomplet vindecate. *Negro* a descris un semn care-i poartă numele. În mod normal când ne uităm în sus cu ochii în rotație superioară maximă fără să ridicăm capul, ambii ochi atunci la sfârșitul cursei, se găsesc la același nivel. În caz de paralizie facială periferică ochiul de partea bolnavă se urcă mai sus decât cel de partea sănătoasă. E de notat că în afara acestei supraridicări reale a ochiului corespunzător părții paralizate, există și o pseudo-supraridicare aparentă în raport cu paraliza orbicularului pleoapelor.

*Cestan* și *Dupuy-Dutemps* au insistat asupra unui fenomen palpebral constant în paraliza facială periferică. Iată în ce consistă: când privirea bolnavului se îndreaptă în jos, pleoapa superioară se coboară, în timp ce globul ocular rămâne mai ridicat de partea sănătoasă. Dacă în această atitudine se poruncește bolnavului de a închide ochii brusc, se vede îndată pleoapa de partea paralizată ridicându-se foarte mult deasupra poziției anterioare. Acest fapt în aparență paradoxal este cu atât mai net cu cât paraliza orbicularului este mai complectă.

O mișcare analoagă dar mai puțin întinsă se observă la pleoapa inferioară care se ridică în timpul ocluziei și se deprimă când pacientul privește în jos. Acest fenomen se explică foarte simplu prin legăturile anatomice (expansiuni aponevrotice) cari unesc pleoapele de mușchii dreپți superiori și inferiori determinând astfel un anumit grad de solidaritate în mișcărilor lor.

*M. J. Froment* atrage atenția asupra unui semn de parezie facială nedescrisă încă și susceptibilă de a fi utilizată în diagnosticul precoce al tumorilor cerebrale ce comprimă nervul facial, rădăcinile sale, sau nucleul lui. Atunci când nu există nici asimetrie, nici semnul lui Charles Bell se poate deja pune în evidență paraliza orbicularului cerând bolnavului de a închide ochii îndreptând și menținând privirea sa în sus (en plafonand). De partea sănătoasă ocluziunea rămâne complectă și neschimbată, în timp ce ea întârzie, rămâne incomplectă sau nu e susținută de partea bolnavă. Acest semn foarte sensibil nu trebuie reținut ca indiciul unei pazezii faciale decât în

cazurile în care nu există exoftalmie și dacă e unilateral. Autorul l-a observat precedând toate celelalte semne în patru cazuri de paralizie facială progresivă, legate de desvoltarea tumorilor cerebrale.

*Daniel J. Mac Carthy* a semnalat în 1901 un reflex caracterizat printr'o secusă fibrilară a mușchiului orbicular al pleoapelor prin percuția nervului supra-orbital. Această secusă nu produce închiderea ochiului ci o ușoară apropiere a pleoapelor. Excitația poate fi produsă normal dealungul traectului nervului supraorbital până la rădăcina părului.

Anormal, când reflexul este exagerat el poate fi produs cu percuția până la vertex și când e diminuat excitația nu are loc decât la punctul de ieșire a nervului supraorbital. Autorul specifică că reflexul lipsește în cazurile de paralizie facială și în cazurile de leziuni ale trigemenului. *George Guillaïn* descrie o varietate a reflexului orbicularului pleoapelor, ușoară de constatat și care îi pare a merita de a fi sistematic cercetată în paralizii faciale, este *reflexul naso-palpebral* obținut prin percuția rădăcinii nasului, în spațiul intersprâncenar. Pentru a-l obține ne servim de un ciocan percutor tip Babinsky. În mod normal se determină o contracție simetrică și sincronă a ambelor pleoape, un reflex de ocluzie palpebrală bilaterală. În cazurile patologice este ușor de comparat intensitatea reflexului de partea sănătoasă și de partea bolnavă.

Reflexul naso-palpebral este un reflex cutanat și periostic a cărui cale centripetă este nervul trigemen și calea centrifugă nervul facial. Reflexul nu trebuie căutat cu un ciocan greu și trebuie să evităm mișcările înaintea ochiului pacientului căci atunci se provoacă un adevărat reflex de apărare optico-facial.

Reflexul naso-palpebral e aproape întotdeauna abolit în paralizii faciale periferice. La început poate totuși să fie numai diminuat și pronosticul în cazul acesta este favorabil. Aboliția sa prezistentă constituie un semn de pronostic serios. Reflexul reapare deseori înaintea contracțiunii voluntare și în paralizii faciale cari merg spre vindecare, înaintea modificărilor favorabile ale reacțiilor

electrice. În paraliziiile faciale centrale reflexul este conservat, adesea chiar exagerat.

Paralizia facialului provoacă o atonie completă a obrazului corespunzător. Șanțul naso-labial dispare, comisura labială corespunzătoare atârână în jos și nu rareori se scurge dintr'însa salivă. Pentru a o pune mai bine în evidență ordonăm bolnavului să execute diferite mișcări cu mușchii (să șuere, să arăte dinții, etc.). Șueratul sau suflatul sunt imposibile de executat din cauza paraliziei orbicularului buzelor; obrazul paralizat se lasă ridicat și umflat cu un vâl inert lăsând se scape aerul. Aceiași inertie se observă în toate mișcările feței când bolnavul caută să răză, să încrețească fruntea, să vorbească, să mestece.

Nara corespunzătoare nu se mai dilată la fiecare inspirație. Acest colapsus al aripei nasului, stricturând orificiul jenează puțin respirația și mai ales olfacția. Acest fapt pare că e legat de pătrunderea în mai mică cantitate a mirosurilor în nara paralizată.

În timpul masticăției alimentele sunt aduse cu greu sub arcadele dentare din cauza flacidității obrazului. Limba uneori pare deviată într'o parte. Acest fenomen e numai aparent, gura fiind în realitate ca deviată. Din contra când gura e deschisă se observă că de partea paralizată limba în repaoz pare ca e mai profund situată decât de partea sănătoasă. Faptul s'ar datori probabil paraliziei mușchilor stilo-hioidian și digastric.

S'au descris cazuri de paralizie facială însoțită de acea a jumătății respective a vâlului palatin. Se presupune în acest caz ca unele fibre ale facialului trec prin marele pietros superficial și ajung la vâlul palatului trecând prin ganglionul sfero-palatin. Cercetările recente au dovedit însă ca palatul moale e inervat de fibre emanând din vago-spinal.

În diplegia facială de altfel foarte rară, nu este asimetrie dar turburările funcționale sunt foarte pronunțate. Totuș când e veche, pielosul gâtului care e inervat și de a două pereche cervicală ajunge într'o oarecare măsură să suplinească acțiunea mușchilor inervați de facial—așa ca turburările funcționale în domeniul facialului.

inferior sunt reduse la minimum. Sunt cazuri în cari unele grupe musculare sunt respectate. Se considerau acestea ca paralizii nucleare, dar *Bernhardt* a arătat ca această varietate putea să se observe și în paraliziiile periferice.

În paraliziiile de cauză intrapietroasă nu sunt atinse numai fibrele cari inervează mușchii feței, dar și acele pe care facialul le emite în traiectul său prin canalul lui Fallope. Numărul fibrelor paralizate va fi cu atât mai mare și simptomatologia cu atât mai complicată, cu cât sediul ei va fi mai aproape de origina nervului. Dacă leziunea stă la nivelul emergenței coardei timpanului sau deasupra lui și anume în partea inferioară a aqueductului, la simptomele enumerate mai sus se adaugă turburări ale gustului și ale secreției salivare. În adevăr coarda se detașează din nerv puțin deasupra găurei stilo-mastoidiene, traversează partea superioară a cutiei timpanice, iesă din stâncă și dă sensibilitate gustativă la cele două treimi anterioare ale mucoasei linguale. La începutul paraliziei, bolnavii acuză senzații gustative ciudate, mai târziu la un examen mai atent se observă că gustul a dispărut în parte. Sensibilitatea tactilă a limbei e numai în mod excepțional micșorată. Câteodată există o micșorare a secrețiunii salivare de partea paralizată, — rareori o mărire acestei secreții. Lucrul se explica prin faptul că coarda timpanului trimite glandei submaxilare prin lingual fibre vaso-motorii și secretorii. Dacă leziunea stă la nivelul sau deasupra emergenței nervului scăriței, avem turburări auditive. Auzul devine de o sensibilitate anormală. Sunetele mai forte produc o senzație neplăcută, auzul dureros. Tensiunea exagerată a lanțului de osișoare se întovărășește de obicei de o micșorare a acuității auditive, dar într'un ușor grad o poate mări. Astfel s'ar explica hiperacusia semnalată de *Landouzy*. *Hitzig* a semnalat în paralizia facială apariția unui sgomot subiectiv de tonalitate joasă când se încearcă a se contracta mușchii feței. El o atribue contracturei mușchiului scăriței. *Benhardt* îl explică tot prin contracția acestui mușchiu la care se iriază influxul nervos care nu poate parveni până la mușchii feței, în jumătatea sa paralizată. Acest fenomen se poate întâlni și la oamenii sănătoși, încât nu are o prea mare valoare di-

agnostică. *Gellé* a constatat în paralizia facială absența reflexelor de acomodare binauriculară. Toate aceste tulburări auditive pot fi produse și de alte cauze, de exemplu o maladie concomitentă a urechei mijlocii, de asemenea când leziunea se află la conductul auditiv, interesează ambii nervi. Aceasta se poate întâlni în tumori, fracturi ale stâncii, anevrisme ale arterei auditive sau o tumoare a nervului auditiv.

Dacă leziunea se găsește la nivelul său deasupra ganglionului geniculat, avem atunci o abolire a secreției lacrimale (*G. Köster*). E ușor de a constata starea secreției lacrimale punând în dreptul fiecărei pleoape inferioare câte o bucată de hârtie de filtru. Dacă excităm mucoasa nazală vedem hârtia de partea sănătoasă umezindu-se pe când cealaltă rămânând uscată. Paralizia unei jumătăți a vălului palatin observată uneori în cursul paraliziei faciale ar fi datorită nu facialului, ci unei leziuni simultane a vago-spinalului cari singuri inervează această regiune. Dacă leziunea se găsește în conductul auditiv intern, paralizia se complică de surditate completă prin compresiunea auditivului.

Paraliziile faciale periferice oricare ar fi sediul leziunii se pot întovărăși de cianoza feței sau edem. (*Lépine, Jossierand*). În cazuri inveterate s'au văzut survenind hemiatrofia feței.

Fibrele secretorii sunt deasemeni interesate. O injecție de pilocarpină făcută în două puncte simetrice ale feței, produce o sudație abundentă pe partea sănătoasă fără a produce vre'o modificare pe partea bolnavă (*Straus*). Această constatare poate fi utilizată pentru diagnosticul originii periferice a unei paralizii faciale.

Reflexul naso-simpatic e deasemenea foarte atenuat sau abolit de partea paralizată. El consistă în aceea că o excitație a pituitarei cu un tampon de vată provoacă congestia feței, injecția conjunctivei și hipersecreție lacrimală.

Se observă deasemeni, uneori îndărătul urechei și la ceafă, erupțiuni veziculare dureroase asemănătoare cu zona care trădează procesul infecțios și inflamator al nervului. În unele cazuri s'a observat apariția de vezicule de herpes pe teritoriul facialului paralizat.

Paraliziile faciale vechi se complică uneori de contracturi, dând *paralizia facială cu contracturi*. Aceasta e secundară paraliziei flasce și nu complică decât formele grave ale maladiei.

O paralizie facială ce durează câteva luni trebuie să ne inspire frica apariției formei cu contracturi. Contractura permanentă e deseori precedată de spasme musculare care îi vestesc apariția. Aceste spasme pot fi clonice sau tonice. Primele sunt constituite de secuse bruște en éclair, survenind în serii ca veritabile salve în mușchii pieloși ai feței. Celelalte sunt reprezentate prin contracțiuni mai durabile. Acestea deformează figura și sunt localizate în general la anumiți mușchi determinând adevărate grimase. Se observă uneori mișcări asociate ce anunță contractura. Ele se pot totuși observa fără o contractură consecutivă în paraliziile faciale durabile, necomplet vindecate. Mișcările asociate sunt niște mișcări involuntare, sincinetice, ce se produc în jumătatea paralizată a feței, ca și în cealaltă, cu prilejul unor mișcări voluntare sau cel puțin a unor tentative de mișcări voluntare: astfel bolnavul închide ochii când vrea să vorbească, să riză, sau să deschiză gura. Invers el mișcă maxilarul inferior când vrea să închiză un ochiu. Câteodată aceste contracțiuni sunt paradoxale, cum a arătat *Brissaud*, în sensul că ele se opun mișcării ce vrea s'o execute bolnavul; de pildă el contractă frontalul când vrea să închiză un ochiu.

Odată contractura facială instalată de partea paraliziei, bolnavul prezintă ca și în paralizia facială flască, o asimetrie foarte marcată a feței, o imobilitate completă a mușchilor de partea lezată, dar deviația trăsăturilor se face exact în sens invers de ceiace se petrece în paralizia flască. În partea paralizată și contracturată, trăsăturile sunt mai pronunțate. Pliurile frontale, nasogeniene sunt mai profunde, obrazul e mai retractat, ochiul mai mic. Comisura labială e atrasă de partea bolnavă. În mod obișnuit dacă privim individul în repaus, luăm partea sănătoasă drept partea paralizată și contracturată și suntem împinși a crede ca partea aceasta e atinsă de paralizie flască. Cei mai experți neurologi s'au înșelat în aceasta privință și *Pierre Marie* insistă asupra necesității de a

nu ne pronunța prea iute și la prima vedere asupra părții paralizate, când un hemiplegic facial se prezintă medicului. Înainte de a ne pronunța asupra părții atinse trebuie să ordonăm bolnavului de a executa mișcări voluntare ale feței, să deschiză gura, să închiză ochii, să încrețească fruntea. Atunci paralizia se exteriorizează cu evidență, partea bolnavă rămânând absolut imobilă fie că e atinsă de paralizie flască sau cu contracturi.

Când paralizia facială e bilaterală, dublă se zice atunci ca există o *diplegie facială*. A fost numită de Boix—*prosopoplegie*. Aici pentru punerea diagnosticului nu se mai ține seama pe comparațiunea hemifetelor,—totuși în general diplegia facială se recunoaște lesne, căci debutul se face în doi timpi. O parte a feței e prinsă mai întâiu, apoi cealaltă într'un interval variabil dela 12 ore până chiar la un an.

Când ambii nervi sunt atinși, paralizia predomină de regulă într'o parte, fața bolnavului e lipsită de expresie ea constituie o mască inertă. Trăsăturile sunt șterse și absolut imobile. Absența de alipire, inocluziunea ambilor ochi dau privirei o fixitate stranie. Vorba, masticăția sunt profund turburate.

## Diagnostic

Diagnosticul pozitiv e ușor de pus. Pacienții însăși recunosc caracterul paralic al maladiei lor. Ca precauție înainte de a ne pronunța asupra părții paralizate e recomandabil de a ordona bolnavului să execute mișcări voluntare cu fața. Formele ușoare ale paraliziei faciale nu se revelează decât cu ocazia acestor mișcări. La sugari nu se observă asimetria feței decât atunci când plâng sau țipă. Uneori maladia lui Bell nu-i descoperită decât din cauza inocluziunii complete a unui ochiu în timpul somnului.

Diagnosticul deferențial diferă după cum e vorba de 1) paralizia unilaterală flască, 2) paralizia unilaterală cu contracturi sau 3) bilaterală.

În primul caz, alte leziuni cari pot da asimetria feței capabilă de a fi confundată cu paralizia facială sunt: a)

fluxiunea dentară care face obrazul mai plin, îl imobilizează, șterge trăsăturile, deformează gura, jenează vorbirea și masticția, dar ea respectă facialul superior și dacă atinge ochiul, este pentru că îl închide din cauza edemului palpebral ce provoacă. Afară de aceasta există leziuni dentare, dureri vii la nivelul maxilarului, tumefacție gingivală, roșeață și căldură la nivelul obrazului, adenopatie submaxilară, cari lipsesc toate în paralizia facială.

Tumorile maxilarului deformează fața dar numai prin volumul lor. Le simțim ca o neoplazie aderentă de os. La paralizia facială nu avem nici o deformare a scheletului.

Luxația unilaterală a maxilarului inferior deformează desigur fața, turtește obrazul de part a luxată, jenează vorbirea și masticția. Dar vine de obicei, după un traumatism sau cu ocazia unui căscat, răs, strănut. Nu există nici o manifestare palpebrală, maxilarul e deplasat de partea opusă și imobilizat, găsim totdeauna o depresiune înaintea conductului auditiv extern și o ieșitură a apofizei coronoide prin obraz.

S'ar putea confunda cu o hemiatrofie congenitală a feței. Sunt indivizi cari se nasc cu o jumătate de obraz, mai voluminoasă decât cealaltă. Dar în acest caz toate mișcările în jumătatea mai mică a feței sunt posibile. Integritatea pielii, absența cicatricilor și a antecedentelor de traumatisme, arsuri, permit de a îndepărta diagnosticul de deformare ale feței prin retracțiuni cicatriciale.

În caz când paralizia facială se întovărășește de contracturile faciale histerice cari realizează hemispasmul glosso-labial. Aci contractura e localizată la nivelul facialului inferior,—mai ales la buze și limbă. Comisura labială de partea bolnavă e ridicată în mod exagerat pe când există secuse musculare la nivelul obrazului și al buzei de partea deviată. Când cerem bolnavului să scoată limba, aceasta suferă o mișcare de torsiune laterală externă și se îndreaptă spre ureche.

Contractura paraliziei faciale ar putea fi confundată cu ticurile din cauza spasmelor convulsive care se pot observa în mușchii anterior paralizați. Dar ticurile faciale sunt reprezentate de mișcări întotdeauna aceleași

la un acelaș individ coordonate în vederea unui act bine determinat. Voința le influențează într'o oarecare măsură.

Era ca un tic dureros al feței să fie luat ca o paralizie facială cu contracturi cu toată existența în ambele maladii de secuse convulsive tonice sau clonice într'o jumătate de obraz. Conracțiunile musculare ale ticului dureros întovărășesc descărcări dureroase nevralgice, grozav de penibile în intervalul cărora fața rămâne perfect normală: o singură afecțiune e grea de distins de această varietate de paralizie facială—e hemispasmul primiliv al feței al lui *Brissaud* și *Meige* considerat ca o maladie esențială. Poate surveni fără o paralizie facială precedentă, fără să i se poate găsi o cauză. *Babinsky* a arătat totuși ca în unele cazuri se pot găsi fenomene de parezie în mușchii feței deși nu se descoperă nici o paralizie în antecedente.

În caz de diplegie facială, aspectul fix inert al feței poate fi produs și de sclerodermie și de atrofia musculară progresivă, cari cu toate astea se deosebesc ușor: sclerodermia subțind și întărind pielea, poate imobiliza trăsăturile individului sub teaca tegumentară inextensibilă care acoperă obrazul dar numai la un stadiu înaintat al maladii când, generalizată fiind, e ușor recunoscută.

De altfel aspectul dur, neted, palid al pielei, imposibilitatea de a o îndoi, ieșitura pometelor, subțierea nasului, a buzelor, strictura gurei, — dau obrazului sclerodermic un aspect caracteristic de „mumie“.

Cât despre *atrofia musculară progresivă juvenilă de tip Landouzy-Déjerine-facio-scapulo-humerală*, — singura miopatie care atinge mușchii feței, se recunoaște după apariția sa la oameni tineri, evoluția lentă și progresivă, atingerea umerilor și a brațelor.

Este clasic de a distinge diplegia facială de *paralizia labio-glasso-laringee* și de *paralizia pseudo-bulbară*. În realitate e vorba numai de un diagnostic topografic decât de unul diferențial. În toate trei afecțiunile facialul e atins dar în puncte diferite, și anume: la nivelul nucleului lor protuberanțial în paralizia labio-glasso-la-

ringee și la nivelul neuronului central în paralizia pseudo-bulbară. În cele două din urmă sindrome nervii faciali nu sunt prinși decât în mod parțial.

Paralizia labio-glosso-laringee e asociată adesea de scleroza laterală amiotrofică, de atrofia musculară progresivă tip Aran-Duchenne. Nu atinge fața decât în mod parțial respectând complet mușchii inervați de facialul superior. Se localizează aproape exclusiv la micii mușchi peribucali, așa că mimica e conservată în mare parte. Din contra turburările de fonație și deglutiție sunt mult mai accentuate decât în diplegia facială periferică, din cauza paraliziei linguale, faringee și laringee asociate.

În paralizia pseudo-bulbară, bolnavul atins în realitate de o paralizie facială dublă de origine centrală, are același facies inert ca în cea periferică. E vorba de oameni în vârstă, ateromatoși, în antecedentele cărora se găsesc atacuri succesive, ușoare de hemiplegie. Facultățile intelectuale sunt slabite, există râs și plâns spasmodic.

## Diagnosticul topografic

Odată paralizia facială recunoscută e indispensabil de a fixa sediul exact al leziunii cauzale.

A. *Paralizia facială e de origine centrală?* Semnul capital al paraliziei faciale de origine centrală este integritatea facialului superior, ale cărui ramuri inervează în afară de orbicularul pleoapelor, mușchii frontal și sprâncenar. Bolnavul atins de paralizie facială centrală, mimica lui fiind suprimată în jumătatea inferioară a feței de partea paralizată, poate închide ochiul, încrunta sprincenele și încreți fruntea, acte imposibile de executat de către cel atins de paralizie facială periferică. Trebuie adăugat că integritatea facialului superior la atari bolnavi nu mai e considerată astăzi ca absolută. Privind lucrurile mai de aproape ne dăm socoteală ca facialul superior deși aproape indemn din punct de vedere funcțional este ușor atins: astfel cutele frunței deși persistă de partea atinsă sunt mai puțin accentuate decât de partea sănătoasă; bolnavul dacă e capabil de a închide ochiul de partea paralizată,

simultan cu celălalt e' incapabil de a-l închide singur (*Brissaud*).

Neuronul central întrerupând mersul influxului motor voluntar numai, dar netăind arcul reflex perzistă mereu în paralizia facială de origină centrală o oarecare tonicitate și motilitate reflexă în mușchii feței, care fac ca paralizia facială centrală e întotdeauna mai puțin acuzată decât cea periferică și că ea nu realizează niciodată atât de net ca aceasta o mască inertă. Mișcările automate și mișcările reflexe perzistă, ambii ochi clipesc în acelaș timp; aripa nasului de partea bolnavă se dilată la inspir tot atât de bine cât și de partea sănătoasă; fața se animează puțin în momentul răsului și al plânsului.

Pentru că nervul periferic este aci intact nu se găsesc turburările caracteristice nevritelor periferice: reacțiunile electrice nu sunt modificate; turburările vasomotorii sunt absente.

În favoarea originii centrale a paraliziei faciale pledează încă absența turburărilor gustului, auzului, ale secrețiunii salivare cari când există militează net în favoarea sediului periferic al leziunii.

Când se presupune o paralizie facială centrală se recomandă examenul membrilor situate de partea paraliziei. Aproape întotdeauna, paralizia facială centrală coincide cu o pierdere a motilității voluntare în aceste membre: e unul din elementele constitutive ale sindromului de hemiplegie vulgară. E foarte rar, dar totuși posibil ca paralizia facială centrală să fie izolată; ea rezultă atunci dintr'o leziune corticală a hemisferului cerebral opus, strict localizată la regiunea zonei rolandice destinată mișcărilor feței (partea inferioară a frontalei ascendente).

**B. Paralizia facială e de origină periferică?** În acest caz diagnosticul sediului leziunii e de mare importanță. Diagnosticul topografic în unele cazuri e evident; de pildă dacă există un antecedent care fixează sediul agentului vulnerant: o tumoare sau o operație pe parotidă, o otită, o fractură a stâncii. Anamneza nefiind aci de prea mare importanță; de aceea pentru fixarea concluziilor noastre,—apelăm la prezența sau absența unor turburări în raport cu lezarea sau integritatea unor ramuri din facial.

Anatomia, indicându-ne nivelul la care aceste ramuri se detașează,—putem astfel deduce sediul leziunii.

1. *Dedesubtul găurei stilo-mastoidiene.* Când leziunea se află aci, ea nu interesează decât ramurile motrice destinate mușchilor feței și dă atunci imobilitate în trășături.

2. *Deasupra găurei stilo-mastoidiene, înaintea originii coardei timpanului.* În cazul acesta, se notează pe lângă simptomele amintite și turburări ale gustului și ale secreției salivare. Abolirea, diminuarea sau întârzierea senzației gustative la cele două treimi anterioare ale limbei de partea paralizată (*Schiff și Lusana*), *Ramond* a notat uscăciunea gurei prin diminuarea secreției salivare, căci coarda timpanului trimite filete secretorii și la glanda parotidă.

3. *Înaintea originii mușchiului scăriței.* Aci, leziunea dă turburări auditive (hiperacusie). Aceasta după *Erb* e în legătură cu paralizia mușchilor scăriței și ciocanului.

4. *Dedesubtul ganglionului geniculat.* Autorii, vechi, atribuiă paralizia jumătății corespondente a vălului palatului și a luetei prin atingerea filetelor marelui și micului pietros superior, dar *Lermoyez* a arătat că inervația velopatină e opera vago-spinalului.

5. *La baza craniului.* Nervul poate fi lezat de plăci de meningită, tumoare cerebrală. Pe lângă turburările auditive și ale echilibrului, se notează și fenomene cerebrale, strabism extern (leziunii celei de a VI perechi).

6. *În interiorul protuberanței.* Sediul acesta al leziunii e ușor diagnosticabil. Paralizia facială completă de tip periferic ce provoacă aceasta leziune, e întovărășită de o hemiplegie care interesează membrele de partea opusă. E un sindrom de hemiplegie alternă de tip protuberențial (sindromul lui Millard-Gübler).

## Diagnosticul etiologic

Se fondează pe vârsta bolnavului, pe circumstanțele în cari paralizia și-a făcut apariția, pe tipul său central sau periferic și în cazul dîn urmă pe sediul leziunii centrale.

I. *La noul născut*, ne gândim la o paralizie facială de cauză obstetricală prin compresiunea forcepsului, sau prin flexiunea prelungită și forțată a capului, aceste fenomene paralitice dau după scurt timp înapoi. Paralizia din contra e durabilă dacă e sub depedență unei ageneșii a stâncii. După *Marfan*, paralizile aceste sunt frecvente.

II. *La adult*, fie că e vorba de o paralizie facială unilaterală sau de diplegie facială, ipotezele diferă după cum e vorba de o paralizie facială centrală sau de una periferică.

A. *Paralizia facială e centrală*. Aceasta e deseori concomitentă și parte integrantă a unei hemiplegii totale.

Ea orientează diagnosticul către afecțiunile cerebrale sau meninge: ramolismnt cerebral, hemoragie cerebrală, tumoare cerebrală, meningită tuberculoasă sau sifilitică.

B. *Paralizia facială e periferică*. *Traumatismul* constituie o cauză locală evidentă când există pe figură, pe partea superioară și laterală a gâtului, pe regiunea mastoidiană; operațiunile pe parotidă sau pe urechea medie; căderile pe cap (fracturi ale stâncii). *Afecțiunile auriculare* (otitele medii, acute, sau otitele cronice supurate). In aceste cazuri specialistul trebuie neapărat consultat. *In craniu* (plăci de meningită bazilară tuberculoase sau sifilitice) tumori cerebrale, osteite, exostose ale bazei craniului.

In leziunile meninge se recomandă puncția lombară. Paraliziile faciale au devenit mai frecvente la sifiliticii tratați (*Ramond*). Paraliziile faciale sub dependența unei neurorecidive sunt în raport cu un tratament de debut insuficient sau rău condus. Lichidul cefalo-rachidian, dacă sifilisul e în cauză, conține un exces de albumină, limfocite numeroase, Wasserman pozitiv. In traumatismele craniene grave lichidul e hemoragic. *Leziunile protuberanțiale* (tumori, ramolismnt, gome) Se însoțesc de hemiplegie alternă.

*Cauzele generale* atârnă de *infecțiuni, intoxicațiuni și autointoxicațiuni*.

*Infecțiuni*. Sifilisul (meningită), tuberculoza (leziuni cronice ale urechei medii), constituie factorii cauzali cei

mai importanți. Apoi gripa, oreillonul, difteria, paludismul, febra tifoidă, tifosul, tetanosul cefalic al lui Rose.

Paralizia facială produsă de zonă a fost studiată de *Lelulle*, *Klipell* și *Ayncud*, *Ramsay-Hunt*, etc. Turburările auditive obiective, (hipoacusia, surditatea) sau subiective (țiuțuri, vâjțuri) sunt deseori asociate de paralizia facială și de câteva vezicule cutanate de herpes, realizând *sindromul ganglionului geniculat* (*Ramsay-Hunt*), încă numit *zona olitică totală* (*Sicard*).

Intoxicațiunile alcoolice și saturnine și *auto-intoxicațiunile* diabetice și gutoase constituie și ele factori etiologici de o anumită importanță.

C. *Paralizia facială „à frigore“*, nu mai e admisă. Acțiunea frigului e dificilă de pus în evidență. Această categorie de paralizii, atârână de cauze infecțioase în raport cu un sifilis ignorat, o gripă, o infecțiune generală latentă etc.

D. *Paralizia facială histerică*. Aceasta a fost bine studiată de *Babinsky*. Tabloul clinic diferă. Dacă motilitatea voluntară e abolită de partea paralizată,—această parte a feței se contractă totuși bine ca și cealaltă la plâns, la râs etc., mișcările reflexe sau automate ale mușchilor mimici fiind conservate și chiar motilitatea voluntară a unor mușchi. Paralizia facială histerică e o paralizie sistematizată la anumite mișcări bine determinate pentru fiecare bolnav. De obicei închiderea ochilor e posibilă, dar când din întâmplare ochiul rămâne deschis în cursul unei paralizii faciale histerice, niciodată nu se vede producându-se semnul lui Ch. Bell,—adică nu se vede globul ocular urcându-se în sus și în afară. În paralizia histerică nu există hipotonicitate musculară și nici o modificare a reacțiunilor electrice; paralizia facială histerică seamănă mai mult unei paralizii faciale centrale decât celei periferice. Se distinge ușor de cea centrală prin conservarea contractilității mușchiului pielos al gâtului.

## Pronostic

Pronosticul paraliziei faciale, având în vedere multiplicitatea sa etiologică, va atârâna desigur, înainte de toate

de cauza sa. E benign când paralizia succedă unei infecțiuni ușoare și trecătoare ca zona, oreillon, etc. E grav, când urmează unei carii a stâncii, unei secțiuni nervoase etc.

În prezența unei paralizii faciale periferice, pentru stabilirea pronosticului, medicul trebuie să apeleze la reacțiunile electrice ale nervilor și ale mușchilor.

*Erb* a arătat primul că după reacțiunile electrice există trei grade de gravitate diferite a paraliziei faciale.

*In formele ușoare*, reacțiunile electrice nu sunt de loc modificate. Vindecarea urmează după două trei săptămâni.

*In formele medii* se observă modificări ușoare în reacțiunile electrice: micșorarea contractilității faradice și galvanice a nervului într'un mod trecător și la începutul maladiei; din contra R. D. mai mult sau mai puțin completă la nivelul mușchilor. În aceste cazuri se vede motilitatea voluntară reapărând în 2—3 săptămâni, dar excitabilitatea electrică a nervului e încă nulă în acest moment. Vindecarea completă urmează după 5—6 săptămâni.

*In formele grave*, ce rezultă din secțiunea nervului în urmă cariei stâncii, o invaziune a trunchiului nervos de o tumoare malignă, din inflamația profundă în unele nevrite, realizează din punct de vedere electric tabloul complet al reacțiunii de degenerescență.

Există: 1. Pierderea excitabilității faradice și galvanice a nervului; 2. Pierderea excitabilității faradice a mușchilor cu modificări în forma contractiunii care în loc de a fi bruscă, e lentă și vermiculară; 3. În fine există o inversiune a formulei polare, adică secusa obținută în momentul închiderii curentului la catod devine egală sau mai mică decât aceia ce se obține închizând curentul la anod, inversul normalei. În formele acestea paralizia facială e câteodată incurabilă. Ea cere în tot cazul mult timp până la vindecare și această e rareori completă,

## **Evoluția**

Evoluția posibilă și de altfel frecventă a paraliziei faciale este vindecarea completă și definitivă. Trebuie știut că paralizia facială e supusă uneori la recidive. S'au sem-

nalat chiar unele paralizii faciale recidivante, periodice, asociate de migrenă. În urma paraliziei faciale survin câteodată contracturi secundare.<sup>1</sup> Acestea complică în special cele periferice. După *Duchenne* de Boulogne ar fi vorba de contracturi veritabile, dar *Erb* e de părere că e vorba numai de o reacțiune secundară a fibrelor musculare.

## Tratament

Are ca scop primordial de a cura cauza. El trebuie să încerce apoi a ameliora simptomele maladiei.

**Etiologic.** Când se încriminează sifilisul, ameliorarea survine repede după un tratament specific, cu mercur și bismut de preferință. Când e consecutiv unei otite, unei tumori parotidiene, metodele oto-rino-laringologice sau chirurgicale vor fi indicate.

**Simptomatic.** Acesta e fizioterapic (electric), sau chirurgical. Cel electric consistă în aplicarea de curenți galvanici de slabă intensitate, ședințele vor fi scurte (5—10 minute) la două zile. Astfel se vor evita contracturile secundare.

Tratamentul chirurgical se recomandă numai în cazurile când R. D. e completă și în caz de secțiune nervoasă. Trebuie așteptat cel puțin șase luni după debutul maladiei când avem deaface cu o nevrită. *J. L. Faure* a preconizat anastomoza capătului periferic al facialului izolat dedesubtul găurei stiló-mastoidiene cu capătul central al ramurei externe a spinalului. Influxul motor imprumută astfel o cale spino-facială pentru a ajunge la mușchii feței. Efectiv această operație e capabilă de a da oarecare rezultate estetice redând viața măștei inerte a paralticului. Din nefericire această operație secționând ramura externă a spinalului, deposedează sterno-cleido-mastoidianul și trapezul de influxul motor destinat lui. Bolnavul își recapătă mimica dar cu prețul paraliziei trapezului și a sterno-cleido-mastoidianului. Pentru evitarea acestui inconvenient se recomandă o anastomoză laterală fără secțiunea ramurei externe a spinalului. Un alt inconvenient de ivește atunci: apariția de contracțiuni asociate jenante; bolnavul

ridică umărul în acelaș timp când deschide gura sau închide ochiul. Pentru evitarea acestui inconvenient *Köster* (1901) anastomozează facialul cu hipoglosul. Secțiunea hipoglosului aducând o hemiatrofie a limbei, e mai avantajos a se face o anastomoza laterală: capătul periferic al facialului la trunchiul hipoglosului. Uneori aceste anastomoze sunt imposibile (când nervul e atins prea jos, în parotidă sau în ramurile sale terminale). *Moure*, a preconizat excizia cicatricelor și liberarea nervului în paralizii faciale traumatiche. *Leriche* scoate ganglionul cervical superior pentru a remedia complicațiile oculare ale paraliziei.

*Metoda mioplastică*, preconizată de *Lexer*, *Amza Jianu*, *Gomoiu* și *Ion Jianu*,—consistă în a restabili starea facială prin anastomoza la nivelul comisurilor bucale și palpebrale a unui fascicul muscular imprumutat dela un mușchiu vecin și căruia i se păstrează pe cât se poate conexiunile sale vasculare și nervoase.

Procedeu lui *Amza-Jianu*, consistă în a transplanta un fascicul din mușchiul masseter la comisura buzelor. Acest procedeu are inconvenientul ca provoacă mișcări asociate în timpul masticăției.

*D-rul V. Gomoiu* anastomozează la comisura paralizată un fascicul din sterno-cleido-mastoidian.

*Ion Jianu* transplantează pânțelele posterior al digastricului la nivelul comisurii bucale. Acest procedeu evită ticurile și mișcările asociate dar nu poate fi utilizat decât când leziunea facială are sediul dedesubtul punctului de emergență a ramurei care inervează în parte pânțelele posterior al digastricului.

*Metoda fibroplastică* consistă în suspensiunea comisurii bucale cu ajutorul unui lambou aponevrotic transplantat (procedeu lui *Stein*). Metoda de tracțiune consistă în trecerea mai multor fibre subcutanate dispuse în formă de evantaiu, cu vârful pe comisura labială și cu bază pe arcada zigomatică. Afară de rolul mecanic susținător, ele formează un țesut de scleroză care cu timpul se opune tracțiunilor mușchilor de partea sănătoasă. (Procedeu lui *Ioan Jianu*).

În procedeu lui *Busch*, se ridică și se suspendă co-

misura cu o ansă de bronz de arcada zigomatică. Rezultatul e bun, în ce privește statica.

*Metode culanate.* (Dr. I. Jianu) consistă în extirparea unui lambou triunghiular cu vârful spre comisura care e suturat apoi în sens antero-posterior.

Tratamentul chirurgical reușește după *Pauchet* în două treimi din cazuri, Dă o simetrie perfectă în repaos, asimetria reapărând când bolnavul râde, plânge, vorbește.

*Ombredanne* a imaginat un procedeu ortopedic în tratamentul paraliziei faciale. Consistă în introducerea între doi dinți a unui crochet care ar ridica comisura bucală paralizată, menținând-o la nivelul celeilalte.



## Observația I-a

(Clinica D-lui Profesor C. Bacaloglu).

Bolnava Sm... Nadejda în vârstă de 21 ani de profesiune ser-  
vitoare din Iași, în serviciul Cl. Medicală în ziua de 25 Noembrie  
1926 pentru cefalalgie și amețeală.

*Antecedente heredo-colaterale.* Nimic important.

*Antecedente personale.* În a treia copilărie a suferit de scar-  
latină. La vârstă de 15 ani a avut febra tifoidă, apoi a suferit de  
friguri iar în timpul războiului a suferit de tifus exantematic. Neaga  
bolile venerice precum și alcoolismul Nu fumează. Menstruații nor-  
male; nu este căsătorită.

*Istoricul boalei.* Acum două săptămâni au început dureri în  
urechea dreaptă iradiate în regiunea temporală și parietală de a-  
ceiaș parte întovărășite de greață și vărsături. Durerile au luat mai  
târziu forma unei hemicranii. Consultă pe un medic care i dă niște  
medicamente pentru ureche, care însă după spusele bolnavei nui  
făcut efectul așteptat cea-ce a determinat-o să vină în Cl. Me-  
dicală.

*Examen prezent.* Bolnava de constituție bună, tegumentele  
normal colorate. Țesut celular subcutanat, musc. și osos normal  
desvoltate. Bolnava acuză dureri în regiunea temporală și parietală.

Aparat respirator: nimic anormal.

Ap. circulator: la fel. Pulsul 90 pe minută.

Ap. digestiv: nu prezintă nimic anormal. Scaune regulate. Fi-  
catul și splina normale.

Ap. uro-genital: nimic important; urina n'are albumină, nici  
zahar.

Sistem nervos: Sensibilitatea superficială și profundă păstrată,  
Reflexele tendinoase și cutanate sunt normale.

Reflexul naso-palpebral a lui Guillain evident; fenomenul lui  
Charles Bell asemenea.

Bolnava acuză dureri în regiunea temporală dreaptă, accen-  
tuate în timpul nopții neputând fi calmate de cât prin morfină.  
Reacția Wassermann în sânge negativ. Lichidul cefalo-rahidian pen-  
tru Wassermann negativ.

*Evoluția boalei.* 2/XII. Bolnavă acuză dureri de cap în spe-  
cial în regiunea temporală dreaptă, iar azuzul ceva diminuat la ure-  
chea dreaptă. La inspecție prezintă o ușoară paralizie facială de  
partea dreaptă. Comisura bucală de partea dreaptă scoborâtă în jos,  
iar gura deviată în partea stângă. Pliurile naso-genian și naso-labial  
de partea dreaptă șterse. Bolnava prezintă o ușoară lagoftalmie.  
Sprânceană de partea dreaptă căzută în comparație cu cea din  
partea stângă. Punând bolnava să ridice sprâncenele—prezintă im-  
potența mușchiiului frontal de p. dr.

4/XII Paraliza mai evidențiată, lagoftalmie accentuată. Turbu-  
rări în timpul masticățiunei, lichidele se scurg în afară deasemenea

și salivă. Sensibilitatea gustativă abolită de partea dreaptă a limbei  
Auzul: Aude bătăile ceasului la 30 cm. depărtare de urechea stângă.  
De partea dreaptă nu aude bătăile ceasului decât aplicându-l pe  
temporal dr.

## Observația II-a

(Clinica D-lui Profesor C. Bacalogu)

Ros,, Jeaneta, de 60 ani, lucrătoare, domiciliată în Iași, intră  
în serviciul clinicei medicale pe ziua de 6 Iunie 1926 pentru ame-  
țeli, jenui și vorbire și impotență funcțională a mânei drepte.

*Antecedente heredo-colaterale.* Părinții au murit de bătrâ-  
neță. Mama sa a avut 18 sarcini, inclusiv avorturi. În primă copi-  
lărie au murit 12, din cei șase rămași patru au murit de boli pe  
cari nu le poate preciza, ceilalți doi trăesc.

*Antecedente personale.* În copilărie a suferit de cori, suferă  
de reumatism, tușește, și de conjunctivită. Iarna trecută a suferit de  
gripă. Neagă sifilisul, bolile venerice și alcoolismul. A obișnuit tu-  
tunul de care s'a lăsat. Căsătorită la 29 ani, a avut o sarcină nor-  
mală, copilul însă a murit la două luni. După un an de conviețuire  
s'a divorțat. Menstruată la 13 ani, cu perioade regulate, nedureroase  
nici abundente, țineau trei zile. Menopauză la 47 ani.

*Istoricul bolii actuale.* Boala datează de 4 zile, când bol-  
navă a simțit deodată ca nu mai poate strânge bine degetele mânei  
drepte nici să vorbească cu glas tare. A avut totodată și amețeli.  
Chemând un medic acesta i-a prescris lipitoare și un purgativ.

*Starea prezentă.* Bine constituită, cu țesutul adipos abundent.  
Pielea normal colorată. Nimic în ce privește pupilele. La examenul  
feței observăm că comisura gurei este coborâtă de partea dreaptă.  
Punând bolnava să execute diferite mișcări, vedem, că mușchii fron-  
tal de partea dreaptă se încrețește deopotrivă de bine ca și în par-  
tea stângă, ochiul drept se închide la fel ca și cel stâng, nu ob-  
servăm nici epifora, nici lagoftalmie. Mișcările bulbului ocular drept  
normale.

În teritoriul facialului inferior, remarcăm o hipotonie muscu-  
lară care se pune în evidență atunci când bolnava încearcă să fluere;  
obrazul drept se ridică și recade ca un vâl inert. Gura este atrasă  
înspre partea stângă, pliurile sînt șterse de partea dreaptă și acea-  
stă parte a feței pare mai largă decât cea stângă.

La cord se remarcă accentuarea celui de al doilea sgomot la  
focarul aortei și o schiță de galop.

Bolnava nu are poftă de mâncare, scaunele regulate.

Ficatul și splina normale.

*Ap. genito-urinar,* nimic anormal. Menopauza.

*Sistemul nervos.* Sensibilitatea normală. Reflexele ușor exa-  
gerate la mâna dreaptă, în restul corpului normal.

*Exam. laborator.* Reacția Wassermann intens pozitivă.

## Observația III-a

(Clinica D-lui Profesor C. Bacaloglu)

Bolnava Maria F. în vârstă de 27 ani muncitoare din Scobinți intră în serviciul clinicii medicale, la 17 Martie 1924, pentru dureri de cap, amețeală, amorțirea feței drepte, dureri în regiunea dorsală tusă etc.

*Antecedente heredo-colaterale.* Fără importanță.

*Antecedente personale.* Nici o boală infecțioasă în copilărie. La 17 ani avu febra tifoidă. În timpul războiului tifos exantematic. Se mărită la 21 ani. A născut un copil care a murit în vârstă de 4 ani. N'a avut nici un avort provocat sau neprovocat. Acum trei ani a avut „bube“ în regiunea vulvară, care au dispărut după câteva injecții. Astă vară a avut friguri ce au ținut-o aproape trei luni. Bărbatul trăește e sănătos, nu fumează, alcoolic.

*Istoricul boalei actuale.* Acum 4 luni, bolnava a simțit un junghiu puternic la baza pulmonului stâng, ce se accentua la tusă și efort. Expectoratia muco-purulentă. Acum trei săptămâni bolnava a simțit că-i amorțește partea dreaptă a feței, că are furnicături dureri, jenă la deglutiție, iar la o săptămână a început să-i amorțească și membrul inferior stâng. Cu aceste turburări bolnava se prezintă la spital.

*Examenul prezent.* Bolnava este bine constituită. Tegumentele normal colorate. Tesutul celular și muscular bine dezvoltate. Temperatura normală. Pulsul accelerat (100 p.). Respirația superficială și accelerată (25). Apetitul absent.

Scaunele regulate, Tușește mult. Expectoratia muco-purulentă. Urina n'are albumină, nici zahăr.

Capul dolico-cefal cu părul bine implantat. Sprâncenele puțin dezvoltate. Ochii prezintă deschiderile palpebrale inegale (cel drept e mai puțin deschis decât cel stâng). Conjunctiva ochiului drept e congestionată. Pupilele inegale (cea dreaptă mai mică). Reflexele pupilare mai slabe la stânga. Mirosul conservat.

*Examenul faciesului;* jumătatea dreaptă a feței e paralizată. Siloanele sunt șterse. Nasul și comisura labială trasă către stânga. Partea dreaptă e mult mai lărgită și tegumentele sunt întinse. Jumătatea feței paralizate nu execută mișcările voluntare (râs, fluerat etc.) Mișcările frunței, ale sprincenelor, sunt micșorate de partea dreaptă. Bolnavul acuză în această parte dureri, furnicături și înțepeniri. Sensibilitatea tactilă și termică, normale.

Gâtul cilindric cu reliefurile musculare evidente, Nu se văd pulsațiuni vasculare. Glanda tiroidă normală.

La torace nimic de semnalat la inspecție. La palpație {vibrațiunile vocale se transmit slab pe toată întinderea. Percuția sonoră la hemitoracele drept. La vârful stâng matitate. La hemitoracele drept respirația aspră și sufiantă. La cel stâng respirația diminuată murmurul vezicular se aude slab. Deasemeni raluri subcrepitante sibilante și ronflante.

La cord nimic anormal de semnalat. Bătăile accelerate.  
Ap. digestiv normal. Ap. uro-genital nimic de semnalat.  
Sistem. nervos. Sensibilitatea normală, reflexele normale.

### Observația IV-a

(Clinica D-lui Profesor C. Bacaloglu).

Bolnavul C... Gh. în vârstă de 18 ani, muncitor din Tomești  
întră în serviciul clinice medicale la 30 ianuarie 1924 pentru ame-  
țeală și impotență funcțională a faciesului drept.

*Antecedente heredo-colaterale.* Nimic important.

*Antecedente personale.* Pojar la 4 ani. N'a suferit de altă  
boală până în prezent. Neagă alcoolismul, tabagismul, sifilisul și  
boalele venerice.

*Istoricul boalei actuale.* Acum zece zile s'a culcat sănătos.  
A doua zi dimineață s'a trezit cu jumătatea dreaptă a feței parali-  
zată.

*Examenul prezent.* Bolnavul de statură potrivită, bine con-  
format. Tegumentele normale, afebril. Pulsul 75, respirațiunea 16  
pe minut. Acuză amețeală. Faciesul asimetric: la dreapta nici o  
brăzdătură, mușchi relaxați, fața e imobilă și obrazul parcă atâr-  
nă. Jumătatea dreaptă a frunței e lipsită de încrețituri. Incercând să  
contracte fruntea, se contractă numai jumătatea stângă. Aripa na-  
sului de partea dreaptă imobilă în mișcările respiratorii. Mirosul  
păstrat. Șanțul naso-genian și naso-labial dispărut la dreapta. Bu-  
zele deviate la stânga. Devierea gurei spre dreapta e imposibilă.  
Articularea vorbelor greoaie. Bolnavul nu poate fluera. Auzul nor-  
mal. Masticajul se face cu greutate și numai în partea stângă.

La pupile nimic de semnalat. Pleoapa superioară stângă numai,  
se supune mișcărilor voluntare. Ochiul drept prezintă lagofalmie.  
Dacă ordonăm bolnavului să închidă ochii el închide numai pe cel  
din stânga: Nu prezintă turburări lacrimale, nici salivare, nici su-  
dorale.

Sensibilitatea tactilă și termică păstrate de partea dreaptă a  
feței.

Ap. respirator și circulator normale.

Ap. digestiv la fel.

La aparatul uro-genital nimic de semnalat.

Sistemul nervos. Sensibilitatea normală. Reflexele cutanate și  
tendinoase puțin exagerate. Motilitatea normală. Wassermann în  
sânge intens pozitiv.

### Observația V-a

(Un caz de diplegie facială publicat de Baumel J. et Lardennois G.  
Paris 1917)

D. Achile de 30 ani, comerciant, intră în Spital în ziua de 13  
Aprilie 1913 acuzând o senzație continuă de corp străin ocular cu

lacrimare neincetată. Văzul e turbure, nu prezintă diplopie; fotofobie ușară. Văjăituri absente, ușoară hiperacuzie stângă, anosmie parțială și bilaterală. Salivația puțin abundentă, deglutiția ușoară, nici o turburare apreciabilă a gustului, Anartrie sau dizartrie absente. Cefalee frontală intermitentă. Nimic în ce privește membrele superioare sau inferioare. Memoria și ideația normale.

Sudația abundentă pe frunte și pe față. Pofta de mâncare conservată. digestia ușoară, scaunele regulate, Nici albumină nici zahăr. Aparatul respirator și circulator, normale. Nimic nevrozic.

*Antecedente personale.* Nici etilism, nici specificitate. Convulsii la vârsta de doi ani. Bronșite ușoare. Căsătorit, are doi copii sănătoși. Femeia n'a avortat. Primul copil, născut la termen a murit după șase săptămâni. Inceputul turburărilor bolnavul nu-l poate preciza. Ar fi survenit acum 15-16 ani în urma unei emoții. Imposibilitatea încrețirii frunței e mai anterioară.

*Examen prezent.* Nici o asimetrie facială. Faciesul este figé, nasul ceva deviat la dreapta: o ușoară jenă respiratorie. Nici o paralizie oculară. Pupilele egale regulate și contractile. Ușoară conjunctivită. Nici o ulceratie a corneei. Lagoftalmie. Epifora. Imposibilitate absolută de a închide complect ochii, în această mișcare pleoapa cade inertă. Cea inferioară se ridică puțin mai cu seamă de partea externă dar rămâne și ea inertă. Globii oculari se convulsionează în sus și în afară (semnul lui Ch. Bell).

Reflexul palpebral abolit. Fruntea complect netedă, nu prezintă nici o brăzdătură. Imposibilitate de a încreți fruntea și a încrunta sprâncenele. Parezia aripelor nasului în înspir, zigomaticii par să se contracte. Gura nu-i oblică, limba nu-i deviată. Senzațiunile gustative conservate pe toată mucoasa linguală. Nici o stagnare a alimentelor în repliul gingivo-labial. Parezie bilaterală a orbicularului buzelor. Imposibilitatea de a închide buzele de a sufla, sau de a face gura. Când vrea să șuere bolnavul contractă forte pieșoșii săi și lipește buzele contra arcadelor dentare. Buccinatori par să contracte. Pieșoșii gâtului se contractă în actul șueratului. Nici un spasm sau hemispasmul facial. Turburări ale sensibilității absente. Parezia pare mai accentuată la stângă.

La membrele superioare și inferioare nimic anormal în afară de vagi secuse de clonus ale rotulei. Cordul, ap. respirator și digestiv normale R. Wassermann net pozitivă. Puncția lombară: lichid clar, cu tensiunea normală, albumină 0,20‰, nici o reacție citologică.

Examenul oto-rino-laringologic. Audiția: voce tare, auzul normal la stânga. la 3 mtr, la dreapta. Vocea șoptită la 30 cm. la dreapta. La stângă timpan cicatricial chiar cu plăci calcare, la dreapta timpân foarte retractat cu numeroase bride cicatriciale. Cloisonul nasal deviat.

În rezumat ne găsim în prezența unei diplegii faciale periferice probabil consecutivă unei otite catarale repetate survenind la un sifilitic, otite catarale ele înșile sub dependența obstrucțiunii nazale prin deviația cloisonului.

## Concluziuni

1. Nervul facial este un nerv mixt. Prin fibrele sale motorii el inervează toți mușchii mimici ai feței, prin fibrele sale sensitive culege impresiunile din interiorul pavilionului urechei și al conductului auditiv extern (zona lui *Ramsay-Hunt*); prin coarda timpanului exercită o acțiune senzorială (gustativă). Distribuie fibre secretorii întregii regiuni inervate de el.
2. Etiologia paraliziei faciale e foarte variată (factori infecțioși, toxici, autotoxici și traumatici. Paralizia facială zisă „a frigore“ entitate clinică frecventă e probabil tot de origine toxi-infecțioasă în care frigul joacă rolul unei cauze ocazionale.
3. Deosebim o paralizie facială centrală și una periferică. Prima se deosebește de a doua prin respectarea relativă a facialului superior.
4. Simptomatologia paraliziei faciale periferice e cu atât mai complicată cu cât leziunea e mai aproape de origina nervului și deci cu cât sunt atinse un număr mai mare din fibrele nervoase, diferite din punct de vedere funcțional (motrice, sensitive, secretorii, etc).
5. Pronosticul paraliziei faciale este în funcțiune de etiologia sa. După *Erb* există în ce privește pronosticul, trei grade de paralizii: 1) ușoare, 2) medii și 3) grave, bazate pe prezența sau absența reacției de degenerescență.
6. Tratamentul e etiologic și simptomatic. În această din urmă categorie intră metodele chirurgicale și ortopedice.

Văzută și bună de imprimat  
Președintele tezei

(ss) Prof. Dr. C. Bacaloglu

Văzută de noi

Decanul Facultății de Medicină

(ss) Prof. Dr. Ștefănescu-Galați

No. 909  
7 Martie 1927



## Bibliografie

- Ramond.** Conférences de cliniques médicales pratiques (Paris 1925.)  
**Pitres et Vaillard.** Pathologie du nerf facial (Traité de médecine Brouardel et Gilbert).
- Journé.** Pathologie médicale.  
**Dieulafoy.** Manuel de pathologie médicale.  
**Strümpell.** Trattato di patologia medica e terapia (Milano, 1923).  
**Martinet.** Diagnostique clinique (Paris, 1925).  
„ Therapeutique clinique (Paris, 1926).  
**Marie P.** La pratique neurologique.  
**Sollier, Chartier.** Neurologie de guerre 1918.  
**Baumel J. et Lardennois G.** Diplegie faciale (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1917).  
**Cabanès.** Etude sur la paralysie faciale congenitale (Revue de Neurologie, 1900).  
**Marfan et Delille.** Paralysie faciale congenitale (Bull. de la soc. med. des Hôpitaux, 1917) 190/  
**Despaignes.** Etudes sur la paralysie faciale periphérique (Thèse, Paris 1923). 1898  
**Launois.** De l'etiologie otitique de certains cas de paralysie faciale dite „a frigore“.  
**Reboul-Lachax.** Deux cas de paralysie faciale douloureuse avec zona otitique (Marseille médical 1925).  
**Giraud et Simeon.** Sur la paralysie totale du facial superieur dans l'hemiplegie (Revue Neurologique 1922).  
**Ofzeckowski Cazimir.** Paralysie faciale au cours d'une infection puerperale (Revue Neurologique 1921).  
**Parhon C. I.** Un cas de paralysie faciale survenue ciuq jours après la vaccination anticholérique (Bull. et Mem. de la Soc. de Neurol. Psych. Psychologie et Endocrinologie de Jassy 1919).  
**Noica D.** La contracture de la face consecutive á une paralysie faciale peripherique. (L'encephale Sept. 1920).  
**Racoveanu Virgil.** Paralizia facială periferică bilaterală consecutivă unui erizipel al feței (Spitalul 1926).  
**Amza Jianu.** Tratamentul chirurgical al paraliziei faciale (Revista de chirurgie, București 1909).  
**Ion Jianu.** Chirurgia Feței (Spitalul, 1920).  
**Ch. Lenormant,** Le traitement myoplastique de la paralysie faciale (Lyon chirurgical 1913).  
**V. Gomoiu.** Tratamentul chirurgical al paraliziei faciale (Revista de chirurgie (Sept. 1908).  
**Demetrescu-Brăila.** Tratamentul chirurgical al paraliziei faciale prin anastomoza spino-facială (Teză București 1909).  
**Ionescu D. Mihail.** Transplantarea maseterină în Tratamentul paraliziei faciale (Teza București 1912).

