

à l'artifice suivant : on fait porter l'œil dans le sens opposé à celui du muscle que l'on soupçonne atteint, et l'on observe si l'œil peut rester aussi longtemps dans cette position que l'œil du côté sain.

La déviation de l'œil est surtout apparente dans la paralysie des muscles *droits*. Quand il s'agit de reconnaître la paralysie d'un des muscles *obliques*, ce symptôme est peu marqué. Dans ce cas, on tiendra compte d'autres phénomènes que nous indiquerons plus loin.

On peut confondre la paralysie d'un des muscles de l'œil avec la *contracture* du muscle antagoniste. En cas de *contracture*, l'œil peut encore être porté, par intervalles, du côté opposé à la déviation. La contracture survient lentement, la paralysie a une marche rapide. La *rétraction* d'un des muscles de l'œil simule également la paralysie du muscle opposé; la rétraction a une marche très-lente; elle ne permet pas de mouvement de l'œil en sens opposé au muscle rétracté. La paralysie simultanée de tous les muscles de l'œil pourrait être confondue avec ce qu'on a appelé *tétanos oculi*, caractérisé par une fixité de l'organe due au spasme de tous les muscles droits ou de plusieurs d'entre eux. Cette dernière affection se montre en même temps que le *trismus* et le *tétanos*.

Pronostic. Il est subordonné à la cause de la paralysie. Celle qui est produite par une lésion cérébrale est plus difficile à guérir que celle qui reconnaît pour point de départ l'action du froid. La paralysie de nature syphilitique cède le plus souvent à un traitement spécifique approprié.

Traitement. Avant d'instituer une médication propre à guérir la paralysie des muscles de l'œil, on cherche à établir la cause de cette affection. Si la paralysie a eu une invasion brusque, si elle a été complète dès le début, il y a tout lieu de présumer qu'elle est occasionnée par une petite hémorragie cérébrale circonscrite à l'endroit des centres nerveux correspondant au point d'origine du nerf compromis. Dans ce cas, on commence par une saignée du bras, si l'état général du sujet comporte cette indication, ou bien par une application de sangsues derrière l'oreille du côté affecté. Les jours suivants, on prescrit une médication purgative. Il est préférable d'administrer des révulsifs sur l'intestin tous les jours, à petite dose, plutôt qu'à des intervalles prolongés et à dose plus forte. Au bout de quinze jours à trois semaines, quand il y a lieu de supposer que le caillot cérébral est résorbé, si le muscle paralysé n'a pas recouvré sa contractilité, ou s'il ne l'a recouvrée qu'incomplètement, on a recours à une médication locale excitante : *fumigations de vapeur sulfureuse* sur la région oculaire, onctions sur l'orbite et sur les paupières avec une pommade au *sulfate de strychnine*, ou avec de la *teinture alcoolique de noix vomique*; instillations derrière les paupières d'un collyre avec le *sulfate de strychnine*, etc.

Lorsque la paralysie est de nature *rhumatisme*, c'est-à-dire qu'elle semble occasionnée par l'action du froid, elle est parfois accompagnée d'une céphalalgie vive qui demande à être combattue par l'application de vésicatoires volants, d'après la méthode de Gondret, sur la partie douloureuse, vésicatoires que l'on panse avec l'*acétate de morphine*. La pommade au *chloroforme* peut être utilisée dans le même but. On enveloppe la tête

d'un bonnet en taffetas gommé; pour rétablir la transpiration, les diaphorétiques, les bains de vapeur généraux ou locaux seront utiles. Quelques praticiens se louent de l'administration à l'intérieur de la *teinture de semences de colchique*.

L'*électricité* a été recommandée par la plupart des médecins. Elle a moins d'action sur les muscles de l'œil que sur l'orbiculaire, parce que les premiers sont situés plus profondément. On a employé aussi les *bains électriques*.

La paralysie de nature *syphilitique* comporte l'emploi des préparations *hydrargyriques* et de l'*iodure de potassium*. Si elle cède parfois à ce dernier médicament seul, dans d'autres cas la guérison est mieux assurée et exige même l'administration simultanée des préparations *mercurielles*.

Les *vésicatoires*, les *cautères*, les *moxas*, le *séton* à la nuque, vantés encore aujourd'hui par un certain nombre de praticiens, seront prescrits de préférence, dans les cas où l'on soupçonne la persistance de quelque lésion cérébrale.

La *diplopie* est un phénomène tellement fatigant, qu'il faut y remédier de prime abord, en cachant complètement l'œil affecté. Pour cela, on recommande au malade d'avoir des lunettes à verres grands et circulaires; du côté sain, on adapte un verre n° 400, si le sujet n'est ni myope ni hyperope; un verre concave ou convexe approprié à sa vision, en cas contraire; du côté malade, on fait couvrir le verre de taffetas noir, dans toute son étendue. On a aussi recommandé l'exercice de l'œil malade au moyen de *verres prismatiques*, moyen que l'on a également préconisé pour remédier d'une manière définitive à la diplopie.

Dans les *paralysies anciennes*, on a proposé de pratiquer la section du muscle antagoniste de celui qui est paralysé. De cette manière, on affaiblit l'action du muscle antagoniste sur l'œil, et on augmente d'une manière relative l'action du muscle affaibli. La première idée de cette opération nous semble devoir être rapportée à Frœbelius; plus récemment, de Græfe a régularisé ce mode de traitement, en y ajoutant, dans quelques cas, la section tendineuse du muscle *paralysé* dont il ramène l'insertion plus en avant sur le globe.

§ 1. Paralysie de la sixième paire, ou du nerf moteur oculaire externe.

Symptômes. La céphalalgie précède et accompagne le plus souvent la paralysie; elle est sourde, gravative, frontale, parfois propagée jusqu'à l'occiput. L'œil est entraîné vers le nez (strabisme convergent), d'autant plus que la paralysie est plus marquée. Quelquefois la cornée disparaît presque entièrement dans le grand angle de l'œil; dans d'autres cas, elle est cachée en partie seulement, ou reste même complètement à découvert. Lorsqu'on commande au sujet de porter l'œil du côté de la tempe, il n'y arrive jamais complètement; quelquefois il ramène l'œil jusqu'au milieu de l'orbite. Le plus souvent, les plus grands efforts exécutés par le patient

n'arrivent pas même à ce résultat. Lorsqu'on lui commande de regarder en haut, on reconnaît que l'œil se porte à la fois en haut et en dedans; si on lui commande de regarder en bas, l'œil se porte en bas et en dedans. La convergence de l'œil, c'est-à-dire son mouvement en dedans, est facilement augmentée par la volonté du malade. La *diplopie* est constante; lorsqu'on place devant le malade un objet dont les dimensions en longueur l'emportent de beaucoup sur les autres dimensions, tel qu'un crayon, et qu'on tient l'objet verticalement, à distance égale des deux yeux, il est vu double. Les deux images sont *homonymes*. L'une des images, celle qui correspond à l'œil sain, est plus nette que l'image fournie par l'œil paralysé, et qu'on appelle *fausse image*. Plus l'objet est porté du côté de l'œil paralysé, plus la distance entre les deux images grandit. Plus au contraire l'objet est porté du côté de l'œil sain, plus la distance des images diminue; et, à un moment donné, les deux images se confondent. Le malade corrige la *diplopie* en portant l'objet qu'il veut voir en dehors de l'œil sain, ou en imprimant à la tête un mouvement de rotation autour de son axe vertical qui porte l'orbite du côté sain en arrière, et l'orbite du côté correspondant à la paralysie en avant.

La vision est généralement moins bonne du côté paralysé que du côté sain; cela peut tenir à un affaiblissement dans la sensibilité de la rétine survenue sous l'influence de la même cause que celle qui a produit la paralysie; mais cela est dû certainement à la difficulté qu'éprouve le malade à ramasser les perceptions visuelles avec la région de la *macula*, les autres parties de la rétine ayant une sensibilité d'autant moins vive qu'on s'éloigne davantage de cette région.

La pupille conserve ses dimensions normales, sa contractilité et son degré de dilatation ordinaires. Quelques observateurs ont noté l'existence d'une mydriase coïncidant avec une paralysie de la sixième paire. On a voulu expliquer cette particularité, en invoquant ce fait, à savoir que quelquefois le filet moteur du ganglion ophthalmique, au lieu d'être fourni par le nerf de la troisième paire, provient du nerf de la sixième. Mais il est possible qu'alors le filet nerveux envoyé au ganglion par le nerf de la sixième paire soit un filet de restitution, puisqu'on a constaté des anastomoses entre la troisième et la sixième paire dans l'intérieur du tissu caverneux. La mydriase s'explique plutôt par une affection paralytique commençante et concomitante de la troisième paire, ou par l'affaiblissement de la vision.

Diagnostic. Il est facile: la déviation de l'œil en dedans, l'impossibilité de ramener l'organe en dehors, la *diplopie*, sont autant de symptômes qui ne peuvent laisser de doute dans l'esprit.

Le strabisme convergent diffère de la paralysie de la sixième paire, en ce que, dans le premier cas, lorsqu'on ferme l'œil sain, l'œil dévié peut être ramené en dehors par la volonté du malade.

Traitement. Il est basé sur les indications formulées page 272.

§ 2. Paralysie de la troisième paire, ou du nerf moteur oculaire commun.

La troisième paire se distribue aux muscles droit supérieur, droit interne, droit inférieur, petit oblique, constricteur de la pupille, auxquels il faut ajouter le releveur de la paupière supérieure. La paralysie de ce dernier ayant été étudiée avec le ptosis (t. I, p. 917 et suiv.), il ne sera question que de la perte des mouvements des autres muscles.

Variétés. La paralysie est complète ou incomplète; elle porte sur tous les muscles ou sur quelques-uns, parfois même sur un seul.

Symptômes. Pour peu que la paralysie soit arrivée à un certain degré, ils sont tellement caractérisés, qu'il est impossible de méconnaître le mal. La paupière supérieure est pendante, et les plus grands efforts exécutés par le patient arrivent à peine à agrandir la hauteur de la fente interpalpébrale. Si on relève la paupière avec le doigt, on reconnaît que le globe est plus ou moins dévié en dehors (strabisme divergent). Si on prescrit au malade de le porter en dedans, l'œil exécute quelques oscillations, mais arrive à peine près de la ligne médiane de l'orbite. Si, tenant toujours la paupière supérieure relevée, on engage le patient à regarder en haut ou en bas, on observe que, tandis que l'œil sain accomplit sans peine ces mouvements, l'œil paralysé n'exécute qu'une ascension ou une descente incomplètes; parfois même reste immobile. Dans ce cas, si le malade continue à exécuter des efforts pour regarder en haut, on constate que l'œil paralysé exécute un mouvement d'oscillation de bas en haut et de dehors en dedans, autour de son axe antéro-postérieur. Ce mouvement est produit par la contraction du grand oblique. La pupille est plus dilatée (mydriase) du côté affecté que du côté opposé; elle ne présente plus ces alternatives de resserrement et de dilatation sous l'influence de la lumière, plus ou moins vive, projetée dans le fond de l'organe. Toutefois ce symptôme n'est pas constant; on rencontre des paralysies complètes de la troisième paire, avec conservation du diamètre normal de la pupille. De Græfe a vu, plusieurs fois, dans des cas de paralysie complète du nerf moteur oculaire commun avec immobilité de la pupille, que celle-ci se resserre, lorsque l'œil est porté en dehors par l'action du muscle abducteur. Ce fait confirme l'opinion de ceux qui admettent que la racine motrice du ganglion ophthalmique est fournie parfois par le nerf de la sixième paire (voy. p. 274).

En général, la vision est notablement affaiblie du côté où existe la paralysie, et cela ne tient pas uniquement à la mydriase. On l'observe alors même que la pupille n'est pas dilatée. Il faut tenir compte du trouble de la réfraction dû au raccourcissement du diamètre antéro-postérieur de l'œil, par défaut d'action des muscles droits, qui produit l'hyperopsie. Un autre symptôme que j'ai constaté sur plusieurs malades, c'est que, du côté où existent la paralysie et la mydriase, les objets, les caractères d'impression, sont vus plus éloignés et plus petits (*micropsie*).

La DIPLOPIE exige une étude spéciale. Si on se place au point de vue théo-