

Les *paralysies hystériques* présentent quelque analogie avec les paralysies consécutives à une lésion d'un plexus nerveux; dans les deux cas il s'agit d'une monoplégie de tout un membre. Mais dans l'hystérie la paralysie survient spontanément ou à la suite d'une émotion morale, d'un traumatisme; elle se montre parfois plusieurs jours après l'accident. Les troubles de la sensibilité sont beaucoup plus accusés, les limites de l'anesthésie ne correspondent nullement à la distribution des nerfs cutanés (anesthésie circulaire, en manchette); la contracture souvent excessive peut survenir très rapidement. La présence d'autres stigmates de la névrose, l'influence de la suggestion, du transfert, la possibilité des récidives rendront généralement le diagnostic assez facile.

Les caractères spéciaux des paralysies périphériques dues à des *névrites infectieuses* ou *toxiques* permettront presque toujours de les rattacher à leur véritable cause : ainsi la symétrie, la localisation aux extenseurs de l'avant-bras, avec intégrité du long supinateur, sont le propre de la paralysie saturnine; la paralysie alcoolique frappe de préférence les extenseurs des membres inférieurs; dans la diphtérie, le voile du palais, les muscles de l'accommodation sont touchés d'une façon toute particulière.

**Traitement.** — La première indication à remplir est de faire disparaître la cause à laquelle est due la paralysie : réduction d'une fracture, suppression d'un appareil trop serré, résection d'un cal vicieux, suture primitive ou secondaire du nerf.

Dans les paralysies dites *a frigore* on a souvent recommandé l'emploi des révulsifs, vésicatoires, ventouses scarifiées, appliqués sur le trajet du tronc nerveux dans le but de prévenir ou de diminuer la congestion probable du névrilemme. Le massage, les frictions excitantes, les douches locales froides ou chaudes seront d'une grande utilité pour empêcher le développement de l'atrophie musculaire. Dans le même ordre d'idées, on a préconisé l'emploi de la gymnastique méthodiquement ordonnée et surtout, quand les muscles n'ont pas encore perdu toute leur contractilité volontaire, la gymnastique de l'opposant<sup>1</sup>.

L'usage des médicaments internes, tels que les préparations de noix vomique, la strychnine, peut rendre quelques services dans les paralysies par névrites : il est tout à fait inutile dans les paralysies traumatiques.

L'électricité constitue la base du traitement des paralysies péri-

1. Par exemple, dans le cas de paralysie du biceps brachial, on place l'avant-bras dans l'extension et l'on ordonne au malade d'essayer de le fléchir tandis qu'on s'oppose à ce mouvement : il se produit alors des contractions volontaires de plus en plus énergiques.

phériques. On trouvera plus loin toutes les règles qui doivent présider à son emploi. Rappelons seulement que l'on peut s'adresser, soit aux courants faradiques, soit aux courants galvaniques, et que ceux-ci sont surtout utiles dans les paralysies graves où les muscles ont cessé de répondre aux excitations faradiques. Il y a toujours à craindre de faire usage de courants trop intenses ou à intermittences trop rapides : ils ont été accusés d'exagérer la réaction inflammatoire du nerf et de provoquer dans certains cas (paralysie du nerf facial) l'apparition de la contracture.

PIERRE BOULLOCHE.

#### PARALYSIES DES NERFS MOTEURS DE L'ŒIL

Les nerfs moteurs de l'œil sont au nombre de trois : le *moteur oculaire commun* (troisième paire), le *pathétique* (quatrième paire), le *moteur oculaire externe* (sixième paire). Ils peuvent être paralysés soit isolément, soit simultanément. La paralysie du moteur oculaire commun est totale ou partielle.

Envisagés dans leur ensemble, ces nerfs se présentent comme constitués par un tronc nerveux prenant naissance par de nombreux noyaux disséminés sur les parties latérales du troisième ventricule et sur le plancher du quatrième, se terminant dans l'orbite par de nombreux filets destinés à la musculature intrinsèque et extrinsèque de l'œil.

Les noyaux d'origine paraissent, depuis les recherches de Hensen et Vœlkers, complétées par celles de Kahler et Pick, devoir être groupés de la façon suivante en procédant d'avant en arrière, à droite et à gauche de la ligne médiane :

Nerf moteur oculaire commun.	Muscle ciliaire.	} Ventricule moyen.
	Sphincter de l'iris.	
Nerf pathétique.	Droit interne.	} Aqueduc de Sylvius.
	Droit inférieur.	
	Releveur palpébral. Droit supérieur. Petit oblique.	
Nerf moteur oculaire externe.	Grand oblique <sup>1</sup> .	} Quatrième ventricule.
	Droit externe. (En rapport avec le noyau du facial).	

1. Les fibres du pathétique subissent un entre-croisement, c'est-à-dire que le noyau situé à gauche innerve le grand oblique droit.

On voit dès lors comment les lésions des noyaux d'origine, aussi bien que celles qui portent sur les filets terminaux, pourront produire des paralysies limitées à tel ou tel muscle.

**Étiologie.** — Les paralysies oculaires sont très fréquentes : sur cent affections de l'œil on rencontre environ une ou deux paralysies de la troisième ou de la sixième paire; la quatrième paire est moins souvent touchée.

Les causes susceptibles de les provoquer sont multiples. Les *traumatismes* interviennent fréquemment; telles sont les paralysies consécutives à une fracture de la base du crâne, surtout à une fracture du rocher, à une plaie de l'orbite par un instrument piquant ou à une blessure par arme à feu. Toutes les causes susceptibles de déterminer la *compression* du nerf jouent un grand rôle; les tumeurs, les phlegmons, les anévrysmes développés dans la cavité orbitaire sont souvent suivis de paralysies; de même encore les abcès du cerveau, les esquilles osseuses, les *tumeurs cérébrales* peuvent comprimer les nerfs dans leur trajet depuis la région pédonculaire jusqu'à l'orbite. Mais dans ce groupe la méningite tuberculeuse et surtout la *syphilis* occupent une place prépondérante. Celle-ci cause plus des six dixièmes des paralysies oculaires; d'une façon exceptionnelle elle frappe directement le tronc nerveux (névrite) ou un de ses noyaux d'origine. Presque toujours ce sont des gommés, des plaques de méningite scléro-gommeuse plus ou moins circonscrites qui compriment un des nerfs moteurs de l'œil.

Ces paralysies se rencontrent souvent dans un grand nombre de *maladies du système nerveux*. Les hémorragies, les tumeurs du quatrième ventricule, l'inflammation des noyaux d'origine soit primitive, soit consécutive à une affection du bulbe (poliencéphalite aiguë et chronique), la sclérose en plaques, la paralysie générale doivent être incriminées. Mais leur importance est beaucoup moins grande que celle du *tabes* qui frappe souvent les muscles de l'œil à sa période préataxique : la syphilis cérébrale et le *tabes* sont les deux grandes causes des paralysies oculaires. Citons encore la migraine, le goître exophtalmique (Ballet), l'hystérie, le zona ophtalmique (Hybord).

Parmi les *maladies générales et infectieuses*, la diphtérie tient une place à part : les troubles de l'accommodation, la mydriase marquent souvent le début de la paralysie diphtérique. La pneumonie, la scarlatine, le diabète sont des causes beaucoup plus rares. Certaines intoxications, par la nicotine, l'oxyde de carbone, l'alcool, peuvent s'accompagner de paralysies. La mydriase est un des premiers symptômes de l'intoxication belladonnée.

Dans certains cas, on a été amené, en l'absence de toute autre cause, à invoquer l'action du froid; il s'agit alors de paralysies dites

rhumatismales ou *a frigore*; elles sont des plus rares : quelques-unes de ces paralysies, fugaces, doivent être attribuées à un *tabes* commençant<sup>1</sup>.

**Description clinique.** — L'aspect des paralysies oculaires est très variable, suivant la nature et le nombre des muscles paralysés. Cependant, quel que soit le muscle atteint, sa paralysie s'accompagne presque toujours d'un certain nombre de signes communs à toutes les paralysies (de Graefe).

**Signes communs.** — Un des plus importants de tous est le *strabisme*. Il est causé par la prédominance d'action du muscle antagoniste : par exemple la paralysie du droit externe donne lieu à un strabisme interne, le globe oculaire étant tiré en dedans par le droit interne. L'œil ne peut plus suivre un objet dans la partie du champ visuel qui correspond au muscle paralysé. Cette limitation du mouvement du globe oculaire est quelquefois difficile à constater : on peut la mettre en évidence par la recherche de la *déviatio[n] secondaire* de l'œil sain; l'excursion synergique accomplie par l'œil sain est beaucoup plus étendue que celle accomplie par l'œil malade, quand celui-ci cherche à se mouvoir dans le sens du muscle paralysé. C'est ainsi que dans une paralysie du droit interne gauche, le globe oculaire gauche ne peut être porté en dedans que dans une limite très restreinte, tandis que le globe oculaire droit, se déplaçant synergiquement, est reporté en dehors. Cette déviation secondaire s'accompagne à la longue d'une *contracture secondaire* qui peut aboutir à un strabisme définitif.

La déviation permanente du globe oculaire donne lieu à de la *diplopie*; par la vision binoculaire, le malade voit deux images; elles sont d'autant plus écartées l'une de l'autre que le strabisme est plus marqué. L'image fautive apparaît seulement quand l'objet fixé se trouve placé dans le domaine du muscle paralysé; ainsi, dans une paralysie du droit externe, la diplopie se produit et s'exagère au fur et à mesure que l'objet déplacé horizontalement est porté en dehors.

La diplopie est *croisée* lorsque le strabisme est divergent; c'est-à-dire que l'image vue par l'œil droit est située à gauche de celle vue par l'œil gauche; elle est *homonyme*, ou directe, dans le strabisme convergent.

La diplopie et la *fausse localisation* des objets provoquent des

1. Lorsque la paralysie est due à une lésion des noyaux bulbaires, on trouve au niveau de ceux-ci les cellules ganglionnaires, tantôt diminuées de volume, tantôt creusées de vacuoles; elles ont perdu leurs prolongements; le tissu qui les entoure est infiltré de cellules embryonnaires et atteint d'une sclérose plus ou moins avancée. Sur les nerfs longtemps comprimés on retrouve les lésions habituelles de la névrite dégénérative. L'existence de névrites périphériques, en dehors de celles du *tabes*, n'est pas encore démontrée au point de vue anatomique.

vertiges plus ou moins accentués existant dans la vision binoculaire et dans la vision avec l'œil malade seul; ils disparaissent complètement dans la vision avec l'œil sain.

L'attitude prise par le malade a pour but de corriger le strabisme et d'atténuer la diplopie. La face se tourne du côté où devrait agir le muscle paralysé; dans la paralysie du droit interne gauche elle se tourne à droite; elle se porte à gauche si c'est le droit externe de ce côté qui est paralysé. Le ptosis en supprimant le fonctionnement de l'œil malade prévient la diplopie; à la longue enfin, le malade peut arriver à fusionner les deux images.

PARALYSIE DU MOTEUR OCULAIRE COMMUN. — Ce nerf est souvent atteint isolément, soit en totalité, soit en partie (noyaux ou racines).

A. *Paralysie totale.* — Le symptôme le plus saillant est le *ptosis*; la paupière supérieure recouvre le globe oculaire d'une façon plus ou moins complète. Quelquefois le malade peut encore la relever, mais ce mouvement est alors dû au muscle sourcilier; si on l'empêche d'intervenir en appuyant avec le doigt au-dessus du sourcil, on constate que les mouvements sont impossibles.

Le globe oculaire ne peut se mouvoir ni en dedans (paralysie du droit interne), ni en haut (paralysie du droit supérieur), ni en bas (paralysie du droit inférieur). Cependant, dans cette direction, il peut quelquefois se faire un léger déplacement dû à l'action du grand oblique. L'œil est porté en dehors (strabisme divergent). Aussi la diplopie qui existe pour tout le champ vertical est-elle croisée; l'image de l'œil malade est vue du côté opposé; elle est située un peu plus haut que l'image de l'œil sain.

La déviation secondaire de l'œil sain se produit en dehors: au fur et à mesure qu'on rapproche de la ligne médiane du corps un objet situé dans le plan vertical, on voit se produire une excursion en dehors de l'œil sain beaucoup plus étendue que l'excursion en dedans de l'œil malade, qui est presque nulle à cause de la paralysie du droit interne.

L'attitude du malade est caractéristique; il rejette la tête en arrière et porte la figure du côté sain pour supprimer l'effet du ptosis et faire compensation à la paralysie du droit interne. Néanmoins, il ne réussit pas toujours ainsi à faire disparaître la diplopie, sa vue est trouble; il a souvent des vertiges, aussi le voit-on fréquemment, pour supprimer le fonctionnement de l'œil atteint, le recouvrir avec la main; il a toujours recours à cet artifice quand il veut fixer un objet déterminé.

En effet, la paralysie totale de l'oculo-moteur commun frappe aussi la musculature intrinsèque. Il y a de la *mydriase*; la pupille ne réagit plus à la lumière, et elle ne se contracte plus pour la vision

des objets rapprochés; ces troubles de l'accommodation caractérisés par l'éloignement du *punctum proximum* rendent la lecture difficile; ils sont d'autant moins faciles à constater que l'individu est plus âgé, plus voisin par conséquent de la presbytie physiologique. Cette pupille complètement immobile réagit cependant encore à l'action de l'atropine<sup>1</sup>.

B. *Paralysie partielle.* — Chacun des muscles innervés par l'oculo-moteur commun peut être touché isolément; les paralysies isolées les plus fréquentes sont celles de la paupière supérieure (blépharoptose) ou de l'iris (ophtalmoplégie intrinsèque). Quand un seul muscle est paralysé, les signes observés sont très faciles à déduire du rôle physiologique du muscle considéré.

Supposons par exemple qu'un des droits, le *droit supérieur*, soit paralysé. Il y a alors strabisme inférieur, impossibilité d'élever le regard au-dessus du plan horizontal: la pupille est légèrement tournée en dehors par le grand oblique qui porte le globe oculaire en bas et en dehors. Les images sont doubles dans la moitié supérieure du champ horizontal de la vision; elles sont un peu croisées (puisque le strabisme est légèrement divergent). Quand le malade veut regarder en haut, il porte la tête en arrière; on voit se produire en même temps des mouvements associés du releveur.

La paralysie du *petit oblique*, isolée, est assez difficile à constater, le strabisme est peu marqué, cependant il y a une légère déviation du globe oculaire en bas et en dedans; la diplopie pour les objets placés en haut et en dehors du champ de la vision est homonyme; les images sont superposées. Quand le malade essaye de porter le regard en haut et en dehors, la déviation secondaire de l'œil sain est très accusée.

NERF PATHÉTIQUE. — Sa paralysie isolée est rare. Elle ne se reconnaît d'ailleurs qu'avec peine, parce que le seul muscle innervé par lui, le grand oblique ou oblique supérieur, se contracte rarement seul; il a pour action de porter la pupille en bas et en dehors, mais presque toujours le droit inférieur agit en même temps que lui.

Quand la paralysie est très accusée, le globe oculaire est porté en haut et en dedans; aussi les images doubles se produisent-elles pour un objet placé dans la moitié inférieure du champ visuel; elles sont homonymes. Dans cette forme, les vertiges sont fréquents: le malade les atténue légèrement en portant la tête en avant et en l'inclinant vers l'épaule du côté paralysé.

1. La mydriase s'explique par la paralysie du muscle constricteur de l'iris que le nerf oculo-moteur innerve par l'intermédiaire du ganglion ophtalmique: l'action des fibres dilatatrices innervées par le grand sympathique devenant prédominante, il y a relâchement de la pupille. Les troubles de l'accommodation sont dus à la paralysie du muscle de Brücke auquel le nerf oculo-moteur commun donne quelques filets.