

**NERF MOTEUR OCULAIRE EXTERNE.** — Il est souvent paralysé à l'exclusion des autres nerfs de l'œil à la suite d'un refroidissement, d'un traumatisme, tel qu'une fracture du rocher. La paralysie double s'observe assez fréquemment dans le tabes et dans la méningite tuberculeuse.

Il innerve le muscle de l'abduction, ou droit externe. Aussi sa paralysie donne-t-elle lieu à un strabisme convergent, à une diplopie latérale et homonyme; le visage est tourné du côté malade.

En même temps, on constate souvent que dans les efforts accomplis par l'œil malade pour se porter en dehors, le droit interne du côté sain qui devrait, par synergie, se porter en dedans reste immobile. Cependant ce muscle n'est pas paralysé, car, l'œil malade étant fermé, on voit que les mouvements d'adduction sont possibles du côté sain (Graux<sup>1</sup>). Cette dissociation s'explique, d'après MM. Duval et Laborde, par l'existence d'un filet anastomotique unissant le noyau de l'abducens à celui du droit interne du côté opposé; mais les deux muscles (droit externe d'un côté, droit interne de l'autre) ne sont associés que pour la vision binoculaire quand le regard se porte en dehors. Pour les mouvements de convergence, les deux droits internes entrent en jeu simultanément: l'intervention du filet anastomotique entre la troisième et la sixième paire ne se produit plus.

**Formes cliniques.** — *Paralysies dans les ophtalmoplégies.* — Le terme d'ophtalmoplégie, employé pour la première fois par Brunner, n'est synonyme ni de paralysie complète d'un nerf de l'œil, ni de paralysie dissociée du moteur oculaire commun.

Sous le nom d'ophtalmoplégie intérieure ou intrinsèque, il faut entendre la paralysie de toute la musculature intérieure de l'œil, muscle de l'accommodation et sphincter de l'iris.

Il y a ophtalmoplégie extrinsèque<sup>2</sup> quand la musculature extrinsèque d'un œil est paralysée, ou tout au moins quand la paralysie porte sur deux muscles animés par deux nerfs différents. Généralement cette ophtalmoplégie partielle précède l'ophtalmoplégie extrinsèque complète.

L'ophtalmoplégie est totale ou mixte quand les muscles intrinsèques et extrinsèques sont paralysés.

L'aspect si varié des ophtalmoplégies tient aux causes multiples qui peuvent les produire. De toutes les formes, la plus intéressante est l'ophtalmoplégie nucléaire progressive, presque toujours double, caractérisée par une immobilité complète du globe oculaire, donnant au visage un aspect absolument spécial. « L'œil paraît figé dans

1. GRAUX (Thèse de Paris, 1878).

2. SAUVINEAU, *Pathogénie et diagnostic des ophtalmoplégies* (Thèse de Paris, 1892).

de la cire » (Hutchinson). Les trois nerfs moteurs de l'œil sont paralysés; le muscle releveur de la paupière est toujours moins profondément atteint que les autres muscles extrinsèques; les mouvements d'élévation de la paupière sont conservés dans une certaine mesure. La musculature intrinsèque est souvent envahie secondairement.

L'ophtalmoplégie progressive est tantôt aiguë, tantôt chronique; généralement l'envahissement des noyaux bulbaires donne lieu au bout d'un temps plus ou moins long à de l'assoupissement, à des troubles de la circulation, de la respiration et à la mort<sup>1</sup>.

*Paralysies associées.* — Elles ont été bien étudiées surtout par M. Parinaud<sup>2</sup>. Elles consistent dans la suppression d'un mouvement commun aux deux yeux. La mieux connue est la paralysie simultanée du droit externe d'un côté et du droit interne du côté opposé dans le mouvement d'abduction pour lequel ces deux muscles sont conjugués. Mais il peut y avoir aussi paralysie associée des deux droits supérieurs, des droits inférieurs, paralysie des deux droits internes ou paralysie de la convergence, paralysie des deux droits externes ou de la divergence.

Ces formes particulières de paralysies sont peu fréquentes et encore mal expliquées, sauf la paralysie croisée du droit externe et du droit interne. Elles paraissent avoir une origine cérébrale et doivent assez souvent être attribuées à l'hystérie.

*Paralysies hystériques.* — Elles sont assez rares. Le plus grand nombre des accidents oculaires imputables à l'hystérie tient non pas à une paralysie proprement dite, mais à un spasme du muscle associé. C'est ainsi que la chute de la paupière supérieure observée chez les hystériques est causée presque toujours par un spasme de l'orbiculaire palpébral. On a signalé des paralysies de l'oculo-moteur commun d'origine hystérique. Dans un cas consécutif à un traumatisme (Debove<sup>3</sup>), les deux nerfs étaient paralysés et il y avait en même temps des stigmates évidents de la névrose (hémianesthésie, monoplégie). La dilatation permanente des pupilles, la paralysie isolée de l'oculo-moteur externe sont absolument exceptionnelles.

L'ophtalmoplégie hystérique (Ballet<sup>4</sup>) présente des caractères assez spéciaux. Elle est presque toujours double et limitée à la musculature extrinsèque. Elle est dissociée, c'est-à-dire que la paralysie ne porte que sur les mouvements intentionnels du globe oculaire; les mouvements réflexes ou automatiques, ceux qui ne sont pas voulus,

1. Pour plus de détails, voir l'article consacré à l'*Ophtalmoplégie nucléaire progressive*, t. III, p. 409.

2. PARINAUD (*Archives de neurologie*, 1883).

3. DEBOVE (*Société médicale des hôpitaux*, 1890, p. 948).

4. BALLEZ (*Revue de médecine*, 1888).

s'accomplissent parfaitement. Une dissociation aussi particulière des phénomènes paralytiques ne se voit que dans l'hystérie.

*Paralysie migraineuse.* — Cette affection s'observe presque exclusivement dans l'âge adulte et de préférence chez la femme. Les accidents de migraine (céphalalgie violente souvent limitée à une moitié de la tête, nausées, vomissements) sont suivis au bout de quelques heures de paralysie de l'oculo-moteur commun; la quatrième et la sixième paire sont toujours respectées. La paralysie est totale, frappant à la fois la musculature intrinsèque de l'œil et toute la musculature extrinsèque, à l'exception du droit externe et du grand oblique qui ne sont pas innervés par le nerf de la troisième paire. Elle est très rarement double; presque toujours elle siège du côté correspondant à l'hémicrânie. La paralysie migraineuse dure plusieurs heures ou quelques jours après la disparition complète des accidents douloureux; elle récidive fréquemment, alternant habituellement avec des crises de migraine franches.

Elle se rapproche des paralysies périodiques de l'oculo-moteur commun, décrites par Saundby et Möbius; comme elles, elle paraît due à des poussées congestives du côté des noyaux<sup>1</sup>.

*Paralysies tabétiques.* — La paralysie des muscles de l'œil est un des symptômes fréquents de la période préataxique du tabes. Elle est très rarement complète<sup>2</sup>. Presque toujours, dans plus de la moitié des cas (Fournier), elle porte exclusivement sur la pupille, et seulement sur le sphincter pupillaire: le réflexe lumineux est aboli, le réflexe accommodateur est conservé (signe d'Argyll Robertson). Assez souvent, on constate chez les tabétiques du myosis qu'il faut attribuer à une irritation passagère du noyau du muscle ciliaire. La diplopie s'observe rarement, le ptosis est un peu plus fréquent. Les paralysies du tabes présentent, outre leur dissociation, ce caractère essentiel d'être légères, fugaces, de guérir sans traitement, mais aussi de récidiver très facilement.

**Diagnostic.** — En présence d'un trouble dans le fonctionnement de la musculature oculaire, il faut se demander d'abord s'il s'agit vraiment d'une paralysie, puis en quel point de son trajet le nerf a été touché.

I. — Le *strabisme non paralytique* se distingue du strabisme paralytique par ce caractère que l'arc d'excursion de l'œil strabique n'a rien perdu de son amplitude: le centre visuel est déplacé, mais les mouvements du globe oculaire se font également bien dans tous les sens; il n'y a pas de diplopie.

1. Voir l'article *Migraine ophthalmoplégique*.  
2. FOURNIER (*Bulletin médical*, 1887).

Les *spasmes* musculaires des antagonistes peuvent en imposer pour des paralysies; on les observe surtout dans l'hystérie où le ptosis pseudo-paralytique<sup>1</sup> doit être distingué du ptosis véritable. Dans les deux cas, l'attitude du malade est la même: paupière tombante, tête rejetée en arrière. Mais, dans le spasme hystérique, lorsqu'on relève la paupière supérieure avec le doigt et qu'on l'abandonne ensuite, elle retombe plus brusquement que dans la paralysie; souvent on peut y reconnaître de petites secousses convulsives; le sourcil, au lieu d'être plus élevé, est abaissé du côté du spasme<sup>2</sup>; il y a une zone d'anesthésie superposée à la région musculaire qui paraît être paralysée<sup>3</sup>; presque toujours, enfin, il existe une amblyopie hystérique concomitante.

Pour déterminer avec précision quel est le muscle paralysé, on se rappellera que l'écartement des images doubles augmente d'autant plus que l'objet fixé se déplace davantage dans le domaine du muscle paralysé: une paralysie du droit interne, par exemple, se reconnaîtra à ce fait que les images sont d'autant plus écartées que l'objet se rapproche davantage du nez.

II. — Les nerfs de l'œil peuvent être touchés au niveau de leur origine cérébrale ou nucléaire, dans leur trajet à la base du crâne, enfin dans l'orbite.

La seule paralysie oculaire *d'origine cérébrale* que l'on connaisse actuellement est le ptosis (Grasset, Landouzy<sup>4</sup>). Sa localisation exclusive au niveau du pli courbe est démentie par des faits nombreux (Rendu, Tripier). Presque toujours, elle est due à une lésion de la zone motrice corticale. La blépharoptose cérébrale est difficile à distinguer; l'existence d'autres accidents cérébraux (cécité, surdité, épilepsie), d'hémiplégie complète ou incomplète permettra seule de l'attribuer à sa véritable cause.

Très souvent, les paralysies des nerfs de l'œil sont déterminées par une lésion *nucléaire*. L'ophtalmoplégie extérieure double est presque toujours d'origine nucléaire<sup>5</sup>. Il en est de même de la paralysie des muscles intrinsèques, quoique cependant elle puisse également être due à une lésion pédonculaire, car dans l'étage supérieur les fibres destinées à l'iris et au muscle ciliaire n'ont pas encore rejoint les autres radicules<sup>6</sup>.

1. PARINAUD, De l'anesthésie de la rétine, 1886.  
2. CHARCOT (*Archives de neurologie*, mai 1891).  
3. GILLES DE LA TOURETTE, *Traité clin. et thérap. de l'hystérie*, Paris, 1891, p. 397.  
4. LANDOUZY, Ophtalmoplégie d'origine corticale (*Arch. gén. de méd.*, 1877).  
5. M. Sauvinau pense que dans les ophtalmoplégies à marche aiguë il y a toujours une lésion sus-nucléaire.  
6. L'origine pédonculaire d'une paralysie de l'oculo-moteur commun est évidente quand il y a en même temps paralysie du facial, de l'hypoglosse et des membres du côté opposé (syndrome de Weber).

Une paralysie complète du moteur oculaire commun est rarement causée par une lésion des noyaux ; dans ce cas, en effet, il y aurait en même temps paralysie du nerf pathétique du côté opposé. Par contre, les paralysies isolées des muscles innervés par le moteur oculaire commun ont presque toujours une origine nucléaire. Une paralysie du moteur oculaire externe accompagnée de la paralysie du droit interne du côté opposé ne peut être déterminée que par une altération de son noyau. De même encore, une paralysie du moteur oculaire externe accompagnée d'une paralysie du facial du même côté et d'une hémiplegie du côté opposé (syndrome de Millard-Gubler) reconnaît toujours pour cause une lésion nucléaire.

Les paralysies *basilaires* ont pour caractère fondamental d'être, sauf de très rares exceptions, limitées à un seul œil.

Très souvent elles sont caractérisées par une ophtalmoplégie totale, unilatérale, portant à la fois sur la musculature intrinsèque et extrinsèque : les trois nerfs moteurs de l'œil sont paralysés en même temps. Fréquemment aussi ils sont touchés isolément ; mais jamais, dans le cas de paralysie du moteur oculaire commun, la paralysie n'est dissociée, puisque, à la base du crâne, tous les filets de ce nerf sont réunis en un seul tronc. Le pathétique, le moteur oculaire externe peuvent être frappés seuls : la paralysie de ce dernier nerf a alors pour caractère de ne pas s'accompagner de paralysie du droit interne du côté opposé.

Souvent il existe en même temps des troubles de la vue, de l'odorat et de l'ouïe, dus à la compression du chiasma, des nerfs acoustiques ou olfactifs par les tumeurs, les méningites, les gonges, qui sont les causes habituelles des paralysies basilaires.

Les paralysies *orbitaires* sont également unilatérales : elles peuvent être dissociées et simuler alors la paralysie nucléaire, ou complètes comme les paralysies basilaires. Les phénomènes douloureux qui souvent les accompagnent, l'exophtalmie, l'examen de la région orbitaire permettront d'en reconnaître l'origine.

Les paralysies *périphériques* (tabes, intoxications) sont ordinairement fugaces ; elles s'accompagnent d'un spasme des muscles associés et souvent de la rétraction du releveur palpébral.

III. — La valeur séméiologique des paralysies oculaires est parfois très grande. Il faut avant toute autre chose songer à la syphilis ou au tabes comme cause des accidents : le ptosis est fréquemment le meilleur indice d'une syphilis cérébrale commençante. La méningite tuberculeuse, les tumeurs, les abcès de la base du cerveau se reconnaissent souvent au début par du strabisme et de la diplopie. La mydriase s'observe assez habituellement au début des paralysies consécutives aux maladies aiguës.

La paralysie du moteur oculaire externe survenant après un traumatisme permet presque toujours d'affirmer une fracture de la pointe du rocher.

Aussi le **pronostic** dépend-il exclusivement de la cause qui a donné naissance à la paralysie. Relativement bénin dans la syphilis cérébrale, grâce à l'influence favorable du traitement, il est des plus graves dans le tabes où cependant la paralysie oculaire envisagée en elle-même est un accident éphémère, dans les méningites et les tumeurs de la base du cerveau, et surtout dans l'ophtalmoplégie à marche progressive. La paralysie migraineuse, celle des intoxications et des névroses, la paralysie dite rhumatismale guérissent toujours.

**Traitement.** — La révulsion a été très recommandée sous forme de sangsues, de vésicatoire à la tempe, dans toutes les paralysies en apparence spontanées, et dans les paralysies rhumatismales : elle est presque complètement abandonnée aujourd'hui, depuis que l'on connaît la fréquence plus grande des paralysies nucléaires.

On sera souvent amené, même en l'absence de commémoratifs certains ou de signes positifs de syphilis, à tenter le traitement anti-syphilitique.

L'électricité peut être employée soit sous forme de courants galvaniques (Erb), le pôle positif étant à la nuque et le pôle négatif appliqué sur les paupières fermées ; soit sous forme de courants faradiques, appliqués sur le globe oculaire ou autour de l'orbite avec un pinceau très fin. Il faut toujours faire usage de courants faibles. L'emploi de la strychnine à l'intérieur a paru quelquefois utile.

Contre le strabisme et la diplopie qui l'accompagne, on pourra recourir à l'emploi de prismes correcteurs, à la gymnastique oculaire, enfin à la ténotomie.

PIERRE BOULLOCHE.

## PARALYSIE DU NERF FACIAL

**Historique. Définition.** — C'est à Ch. Bell (1825) que l'on doit la première description de la paralysie du nerf facial, complétée ensuite par l'article important de Bérard. Les recherches physiologiques de Longet et de Cl. Bernard sur le rôle des nerfs de la cinquième et de la septième paire, celles de Vulpian ont fait bien connaître les troubles de la sensibilité générale ou spéciale qui peuvent l'accompagner. Les réactions électriques dans les paralysies ont été