

Observation. — « M. X... eut, en 1845, la dent canine gauche » attaquée par une carie molle qui la réduisit à une simple coque ; » le nerf dentaire fut détruit par déchirure, et la dent devenue in- » sensible fut aurifiée. En 1846, en mangeant, la coque d'émail » très amincie se brisa, et il ne resta que la racine ; une dent arti- » ficieuse à pivot remplaça la dent naturelle ; rien de particulier ne » se passa jusqu'en 1850 ; au mois de juin, à la suite d'un long » voyage, M. X... fit renouveler la dent, qui fut implantée avec » force dans la racine ; dès le lendemain l'œil correspondant, sans » être douloureux, ne voyait les objets qu'à travers un nuage ; une » tache noirâtre, une mouche, couvrait tous les objets et suivait les » mouvements de l'œil. Après quelques jours de cet état, la vue deve- » nant de plus en plus trouble, M. Desmarres prescrivit des sangsues » à l'anus, des purgatifs, des frictions iodurées s'adressant aussi » à une congestion de la choroïde ; il y eut un peu d'amélioration, » et après deux ou trois mois tout semblait revenu à l'état ordi- » naire ; cependant l'axe visuel avait dû subir une déviation, ce » dont M. X... s'aperçut à la chasse : contre son habitude, il » manqua constamment de tuer à belle portée.

« A plusieurs reprises les accidents se reproduisirent, et enfin » en 1852 ils augmentèrent tellement, que la vue du côté gauche » était entièrement compromise au point de ne pas distinguer » les traits d'une physionomie, à ne pas reconnaître les personnes. » Il parla de cela à M. Buchez, son dentiste, qui n'hésita pas à » l'attribuer à la dent ; il constata une douleur à la pression dans » la fosse canine et conseilla l'avulsion de la racine, laquelle fut » pratiquée de suite à l'aide d'un tire-fond. A l'extrémité de cette » racine adhérait un paquet de tissu vasculaire gris, gros comme » une cerise, ce dont s'applaudit beaucoup M. Buchez ; il y eut un » écoulement de sang assez modéré. Dès le lendemain, la vue » s'éclaircit ; tous les jours les progrès étaient très sensibles ; » quinze jours après il n'y paraissait plus. Depuis, jamais il n'y » a eu le moindre accident, le parallélisme s'est parfaitement ré- » tabli, ainsi que maintes fois M. X... a pu le constater. »

Un fait qui présente avec celui-ci une certaine analogie, est rapporté dans les *Archives de médecine* et dans les *Annales d'oculistique* (mémoire cité de M. Teirlinck, vol. XIX, p. 153). Il s'agit d'un homme de trente ans qui fut pris de douleurs dentaires intolérables, accompagnées d'amblyopie et plus tard de cécité. A chaque reprise, du pus s'échappa entre la conjonctive et la pau-

pière inférieure, et le malade désespéré demandait qu'on lui enlevât l'œil, tant la souffrance y était vive. Le professeur Galenzowsky, de Wilna, pensa qu'il s'était formé du pus dans le sinus maxillaire et que ce liquide s'était frayé une route vers l'intérieur par la portion orbitaire de l'os maxillaire supérieur. Les dents furent examinées, et l'une d'elles, qui était brisée et correspondait à l'antre d'Highmore, fut extraite pour donner issue au pus. Cette dent, à la grande surprise du médecin contenait un fragment de cure-dent en bois long de 3 lignes et du volume d'une tête d'épingle. Neuf jours après cette opération le malade était guéri et avait recouvré la vue.

ARTICLE II.

PARALYSIES.

I. — Paralytic de la cinquième paire.

Le plus souvent c'est à une lésion organique intra-crânienne qu'il faut rapporter la cause de la maladie. Alors, la paralysie est complète, et l'on voit se produire tous les phénomènes dont quelques-uns seulement sont occasionnés par les paralysies partielles. Ainsi la sensibilité est détruite dans la moitié correspondante de la face, et de plus, comme la nutrition de l'œil est sous l'influence des nerfs émanant de la cinquième paire, on comprendra facilement qu'en même temps que la sensibilité de la face est perdue d'un côté, il se produit un mouvement congestionnel de l'œil, suivi de l'obscurcissement de la cornée transparente et de son ulcération. Les expériences de M. Longet ont mis ces faits hors de doute. C'est principalement sous ce rapport que la paralysie de la cinquième paire doit nous occuper.

Lorsqu'au contraire, la lésion est située en avant du ganglion, il n'y a d'intéressé que la sensibilité des parties auxquelles se rend la branche qui est affectée. Le plus souvent alors, c'est une cause traumatique qui détermine cette paralysie. Corrigan a vu survenir la paralysie de la seconde branche de la cinquième paire (maxillaire supérieur) chez un sujet qui avait reçu à la tempe une violente contusion. Dans ce cas, il y avait nécessairement insensibilité des parties animées par ce nerf, et en particulier de la pau-

pière inférieure, à laquelle se rend le nerf sous-orbitaire. La lésion de cette branche, non plus que celle de la branche ophthalmique, n'ont que peu d'influence sur la nutrition de l'œil, dont les filets essentiels sont les filets ciliaires qui se détachent des angles antérieurs du ganglion de Gasser.

Cependant le docteur Van Roosbroeck, professeur à l'université de Gand, a rapporté l'histoire d'un malade chez lequel il croit n'avoir eu affaire qu'à une lésion des branches ophthalmique et maxillaire supérieure.

Lorsque le malade vint le consulter, dit-il, toutes les altérations étaient déjà produites; la moitié gauche de la face, de la langue, la narine et l'œil du même côté présentaient une insensibilité complète, la conjonctive était rouge, variqueuse, et l'œil larmoyant. La cornée offrait à sa partie inférieure un ulcère superficiel rond de 7 à 8 millimètres de diamètre. La pupille était entièrement recouverte par une exsudation plastique; la vue n'était pas entièrement perdue; le malade distinguait le jour de la nuit, mais tous les objets étaient cachés par une tache noire qui occupait le champ de la vision. Des collyres astringents dissipèrent l'injection de la conjonctive et modifièrent un peu l'ulcération de la cornée, sans la cicatrifier. Des cautérisations faites avec le nitrate d'argent déterminèrent une injection notable de la conjonctive et du larmolement sans réveiller la sensibilité de l'œil. En six mois de traitement on ne put obtenir la cicatrisation que de la moitié de l'ulcération. L'iodure de potassium, administré à l'intérieur, a déterminé la résorption de la plus grande partie de l'exsudation plastique, et rendu la vision assez distincte pour que le malade puisse lire des caractères de moyenne grandeur.

Il est fâcheux que l'auteur n'ait pas indiqué l'état dans lequel se trouvait la sensibilité des parties auxquelles se rendent les branches ophthalmique et maxillaire supérieure, au moment où il a constaté cette amélioration des fonctions et de l'état anatomique de l'œil. Si, comme on a lieu de le croire d'après son silence, cette sensibilité n'est pas revenue, on a peine à comprendre l'amélioration de l'état de l'appareil oculaire, la cause existant toujours. N'y aurait-il pas eu là quelque erreur de diagnostic, et était-ce bien à la paralysie de la cinquième paire qu'étaient dues les lésions anatomiques du globe?

Suivant les auteurs, et en particulier M. Jobert, qui regardent la cinquième paire comme un nerf moteur en même temps que

sensitif, il y aurait, dans la paralysie, altération du sentiment et du mouvement à la fois; mais la plupart des pathologistes ne partagent pas cette opinion, et il est à croire que dans les faits observés par M. Jobert, comme dans un autre rapporté par M. Marchal (de Calvi), la septième paire s'est trouvée consécutivement affectée.

La paralysie du sentiment est souvent précédée d'une altération de la sensibilité; quelquefois, ainsi que j'ai eu l'occasion de l'observer sur une femme que j'ai fait voir à M. Longet, le côté malade est couvert de sueur tandis que, du côté sain, on n'aperçoit rien de semblable; M. Jobert expose de la manière suivante la succession des symptômes (1): « Dans tous les cas où j'ai observé » la cinquième paire comprimée par des tumeurs développées dans » le crâne, la sensibilité était exaltée jusqu'à ce que, la compression devenant plus forte et l'inflammation ayant déposé ses » produits dans l'épaisseur du nerf, au point d'en rendre les parties » composantes incapables d'accomplir leurs fonctions, la peau et la » muqueuse de la bouche devinrent tout à fait insensibles... C'est » à cette époque que la face a perdu de son expression, que les » membranes présentent des phénomènes de ramollissement, que » la cornée devient opaque, et que l'œil finit par se vider... Chez » un homme qui avait succombé à une affection cérébrale, » M. Serres trouva un ramollissement de l'origine de la septième » paire, qui était devenue jaunâtre et gélatineuse. Il y avait » eu chez ce malade, qui était épileptique, ophthalmite, insensibilité de la conjonctive, de la narine et de la partie correspondante » de la langue... »

Nous n'avons sur la marche, la durée et le traitement de la maladie, rien à dire qui diffère des points correspondants de l'histoire des autres paralysies.

Pour le traitement en particulier, il est évident qu'on n'aura de chance de succès que dans les cas où il n'existera pas de lésion organique du nerf à l'intérieur du crâne. Dans les autres, ce seront les révulsifs, les stimulants appliqués à la surface de la peau sur le trajet des branches affectées, qui paraissent devoir le mieux réussir. Nous ne croyons pas que l'on ait encore mis en usage l'électrisation localisée, de laquelle il nous semble cependant que l'on aurait lieu d'attendre de bons résultats.

(1) *Études sur le système nerveux*, t. II, p. 689.

II. — Paralyse de la septième paire.

La paralysie de la septième paire ne doit, comme les précédentes, trouver ici sa place qu'au point de vue des phénomènes qu'elle détermine du côté de l'appareil oculaire. Nous n'aurons donc à nous occuper ni de l'étiologie, ni de la marche de la maladie.

Les mouvements de la partie de la face à laquelle se rend le nerf paralysé sont complètement abolis. Le front ne présente plus ces rides ou plis transversaux qui lui sont propres ; le sourcil reste immobile, pendant, et ne peut plus se rapprocher de celui du côté opposé lorsque le malade fait le mouvement de *froncer* le sourcil. Le muscle orbiculaire a perdu sa faculté contractile ; l'œil reste donc ouvert ; il semble être saillant, ce qui tient au relâchement paralytique de la paupière inférieure, qui demeure un peu renversée en dehors.

Le clignement naturel ne se fait que du côté sain, d'où il résulte que la paupière supérieure du côté malade semble être attachée à la partie supérieure de l'orbite.

Voilà pour les premiers phénomènes qui se produisent à la suite de la paralysie de la septième paire ; quant aux phénomènes consécutifs, ils sont beaucoup moins évidents et exigent que nous entrons dans quelques développements.

M. le professeur Bérard, à qui l'on doit un remarquable travail sur la paralysie de la face (1), a écrit, à l'occasion de l'influence de la paralysie de la septième paire sur l'appareil oculaire, les lignes suivantes que nous demandons la permission de reproduire.

« L'œil, dit-il, n'étant plus protégé par les paupières ni lubrifié par les larmes, s'irrite, se sèche ; la conjonctive rougit, et quelquefois même la cornée devient opaque ; ou bien la rotation de l'œil, opérée par les muscles obliques, garantit en partie cet organe. Enfin, faute de la participation du muscle orbiculaire au cours des larmes, celles-ci tombent sur les joues dans l'hémiplégie faciale. L'*épiphora* tient encore à ce que les points lacrymaux, et notamment l'inférieur, cessent d'être

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. II.

» convenablement dirigés pour absorber les larmes, lorsque le muscle orbiculaire est paralysé. »

D'autre part, un physiologiste non moins distingué, et auquel personne ne refusera un rare talent d'observation et d'expérimentation, M. Longet a dit (1) :

« La diminution de la sécrétion des larmes n'est pas une cause de l'opacité de la cornée, puisque l'excision complète des glandes lacrymales ne donne pas lieu à cette altération. On ne doit pas davantage faire dépendre l'opacité de la cornée de l'absence du clignement et du contact prolongé de l'air sur l'œil. En effet, sur des chiens, en rendant impossible le rapprochement des paupières par la *section du nerf facial*, je n'ai vu que *bien rarement la cornée devenir opaque*. Dans trois de mes expériences, cet effet ne s'était même pas produit trois semaines après l'ablation des paupières, malgré une ophthalmie consécutive des plus intenses. »

L'influence de la section ou de la paralysie du nerf facial sur la vision est donc encore un point qui est loin d'être élucidé et qui appelle aussi l'attention des observateurs.

Cependant voici ce que nous croyons pouvoir donner comme à peu près certain, d'après les faits que nous avons observés.

Dans la paralysie du facial, la protection de l'œil, le cours des larmes et la vision elle-même se trouvent compromis par suite du défaut d'action de l'orbiculaire palpébral. L'impossibilité du rapprochement des paupières fait paraître l'œil plus grand et plus saillant que l'autre, ce qui constitue souvent une réelle difformité. Le défaut du clignement empêche ces paupières de balayer la surface du globe, et d'entraîner les corps étrangers qui deviennent une cause incessante d'irritation. L'œil reste ouvert pendant le sommeil, et j'ai la conviction que c'est à cette circonstance seule que l'œil doit de s'enflammer. La conjonctivite est une suite fréquente de cette paralysie ; j'ai vu souvent, comme Ch. Bell, une kératite lui succéder et la cornée devenir opaque, surtout dans la moitié inférieure. Cependant cette ophthalmie est loin d'être constante, et la rotation du globe suffit le plus souvent pour l'empêcher de se produire. Valleix a vu plusieurs cas de paralysie du facial dans lesquels l'œil offrait à peine une légère injection, et dans un, entre autres, qu'il a observé à la Salpê-

(1) *Traité de physiologie*, t. II, p. 293.

rière, quoique la maladie durât depuis plus de vingt ans, l'œil ne présentait aucune lésion évidente (1). Je vois en ce moment même à ma clinique un garçon de douze ans et un homme de vingt-cinq ans qui ont chacun depuis leur première année une paralysie de la septième paire et qui n'ont jamais souffert d'ophtalmie. Il est vrai qu'ils ont les yeux un peu enfoncés, et que cet organe se trouve moins exposé par suite de cette disposition. Je les ai opérés tous les deux d'ankyloblépharon artificiel.

Si des accidents graves ne se montrent pas toujours dans ces cas, l'inégalité de la distribution des larmes à la surface de l'œil amène un trouble de la vision, par suite de la réfraction irrégulière des rayons lumineux. D'autres particularités peuvent encore se rencontrer. Un malade du service de Blandin, à l'Hôtel-Dieu, affecté d'hémiplégie faciale, faisait aisément sortir de l'air par les points lacrymaux du côté malade, toutes les fois que, fermant la bouche et serrant le nez avec les doigts, il exécutait un effort expiratoire; ceci n'existait pas avant la paralysie.

En résumé, la paralysie du facial nuit à la netteté de la vue, et détermine quelquefois, mais non toujours comme on le croyait, des accidents inflammatoires du côté de la muqueuse oculaire, et par suite de la cornée.

Le traitement est le même que celui des paralysies des autres nerfs moteurs, et est toujours subordonné à la cause qui les produit. Quand la paralysie est fort ancienne, et que le malade est atteint d'une difformité choquante, ou d'accidents multipliés vers la cornée, on y remédie en pratiquant l'opération de l'ankyloblépharon artificiel au côté externe. J'ai réussi de cette manière à amoindrir et même à pallier entièrement la difformité de l'œil par ce procédé (voy. t. I, p. 457). A défaut de ce moyen, on guérit la kératite, et on la prévient dans la suite, en recommandant au malade de rapprocher ses paupières tous les soirs au moyen de bandelettes de taffetas d'Angleterre.

III. — Paralysie de la troisième paire ou moteur oculaire commun.

Cette paralysie est beaucoup plus fréquente que les autres. Elle est complète ou incomplète; toutes les branches de la troisième paire peuvent être paralysées à la fois, mais elles le seront à divers

(1) *Guide du médecin praticien*, t. IV, p. 589.

degrés; et, ce qui n'est pas le côté le moins curieux de la maladie, elles peuvent aussi ne l'être qu'individuellement. Dans la description de cette affection, nous aurons donc à tracer les caractères de la paralysie complète ou incomplète de toutes les branches à la fois, et ceux de la paralysie complète ou incomplète d'une seule ou de plusieurs branches du tronc commun.

SYMPTÔMES ANATOMIQUES. — I. Paralysie de toutes les branches.

— Quand la paralysie est complète, l'œil se trouve dans les conditions suivantes: la paupière supérieure est abaissée et ne se relève pas, quelque effort que fasse le patient (blépharoplégie); dans quelques cas où l'œil est saillant, si le muscle fronto-occipital se contracte énergiquement, les tarses parviennent quelquefois à s'écarter un peu l'un de l'autre, mais le muscle releveur n'est pour rien dans ce mouvement. Lorsqu'on soulève la paupière avec les doigts pour l'abandonner ensuite, elle s'abaisse lentement, jusqu'à ce qu'elle se trouve en contact avec l'inférieure. Si l'on saisit un pli de la paupière abaissée, entre les doigts ou entre les mors d'une petite pince très légère, dans le genre de celle que j'ai fait faire exprès pour mesurer le ptosis sans paralysie, elle demeure absolument immobile, caractère qui distingue la blépharoplégie du ptosis simple.

Le globe, entraîné en dehors et en bas par le droit externe et le grand oblique, est fixé dans le petit angle; il fait légèrement saillie du côté interne, si le malade a naturellement les yeux un peu gros: cela tient au relâchement musculaire.

Les mouvements en *haut*, en *bas* et en *dedans* sont complètement annulés, et l'œil dévié reste immobile, quand l'œil sain se tourne dans toutes ces directions. Pourtant, le plus souvent, quand on ordonne au malade de regarder successivement dans ces divers sens, le globe exécute sur son axe un léger mouvement de rotation dû à l'oblique supérieur, qu'on ne reconnaît qu'avec une certaine difficulté, et alors seulement que la conjonctive scléroticale ou le tissu cellulaire sous-jacent est parcouru de quelques rares vaisseaux, qui servent ainsi de points de repère.

La pupille est immobile, largement ouverte, et les mouvements par synergie en sont nuls.

Quand la paralysie de toutes les branches est incomplète, les symptômes sont moins nettement accusés: par un énergique effort de sa volonté, le malade peut soulever un peu la paupière supé-

rieure ; mais presque aussitôt elle s'abaisse de nouveau. De même les muscles droits paralysés (droit interne, droit inférieur et droit supérieur) se contractent faiblement, si, tenant l'œil sain fermé, le malade s'efforce de regarder successivement en haut, en bas ou en dedans. La pupille, en général immobile, offre quelquefois aussi des mouvements, à peine visibles, il est vrai. Lorsque la paralysie incomplète succède à la paralysie complète, les signes de l'affection deviennent de moins en moins marqués, si un traitement bien dirigé favorise la disparition du mal.

SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES. — Quand on maintient la paupière supérieure relevée, le malade voit bien de l'œil dévié si on l'examine isolément ; mais si les deux yeux sont ouverts, il voit les objets doubles (*diplopie*) dans toutes directions, excepté lorsque l'œil sain se trouve tourné du côté vers lequel l'œil malade est entraîné.

Il est intéressant pour la sûreté du diagnostic, non pas seulement dans le cas de paralysie générale de la troisième paire, mais dans ses paralysies partielles, comme aussi dans les paralysies de la quatrième et de la sixième, d'étudier la direction et la forme de la fausse image ; on y parvient en montrant un objet au malade, par exemple une bougie allumée, et en la promenant devant lui dans toutes les directions, ainsi qu'à des distances rapprochées et éloignées. A l'exemple de Boehm, on peut couvrir l'œil fort d'un verre rouge ou violet afin d'obtenir plus de précision dans les renseignements que le malade vous transmet sur la manière dont les deux images se comportent entre elles, parce qu'il indique par ce moyen la place et la direction de l'image fournie par l'œil sain et de celle fournie par l'œil malade. On remarquera, en suivant ce conseil, que la double image croise la direction de celle fournie par l'œil sain, c'est-à-dire que si c'est l'œil gauche qui est entraîné en dehors dans la paralysie de la troisième paire, l'image qu'il donnera sera placée à droite de celle fournie par l'œil droit, c'est-à-dire que les images sont *croisées*. On se rappellera, comme règle générale, que l'écartement de ces images doit nécessairement devenir d'autant plus grand qu'on portera davantage l'objet dans la direction du muscle paralysé.

La double image est un signe commun à toutes les paralysies qui nous occuperont dans ce chapitre. A la longue, elle finit par disparaître, à mesure que l'œil dévié se guérit, ou que, soit

par défaut d'exercice, soit par suite de complications survenues du côté de la rétine ou du nerf optique, il s'affaiblit, au contraire, davantage. Au début, ainsi que je viens de le dire, la vue est bonne quand on examine isolément l'œil dévié ; seulement le malade ne distingue d'une manière nette que les objets éloignés. On s'assurera facilement que ce symptôme ne doit être rapporté qu'à la grandeur et à l'immobilité de la pupille, et non à une complication du côté de la rétine, si en tenant l'œil sain couvert, on fait regarder avec l'œil malade à travers une carte percée d'un très petit trou, ou à travers l'ouverture de lunettes à mydriasis (voy. *Mydriasis*, p. 492, t. II, et *Lunettes*).

Le malade accuse ordinairement des maux de tête, des étourdissements, des tintements d'oreilles, etc., que le plus souvent il éprouvait déjà avant l'apparition de la paralysie. Mais fréquemment aussi il affirme que ces signes de congestion n'ont jamais existé, et que la paupière s'est abaissée sans qu'aucune douleur de tête ait précédé ni accompagné ce phénomène. J'ai vu des malades à qui la double image donnait d'opiniâtres vomissements, qu'on faisait cesser aussitôt qu'on cachait l'un des yeux sous un bandeau.

II. Paralysie d'une seule ou de plusieurs branches. — Il n'est pas rare de constater qu'une seule branche soit paralysée *complètement*, et alors quelques-uns des signes anatomiques et physiologiques doivent nécessairement varier. Ainsi la branche palpébrale étant seule atteinte, la paupière s'abaisse devant l'œil, et ne peut plus se relever, tandis que les mouvements du globe ont conservé leur parfaite intégrité. Lorsqu'on tient l'œil découvert, il n'y a point alors de diplopie (*ptosis paralytique*, *blépharoplégie*). Dans d'autres cas, ce n'est plus la paupière qui est paralysée, mais c'est un des muscles droits : supposons pour un moment que ce soit le supérieur ; le malade pourra relever sa paupière, et diriger son œil dans tous les sens, comme à l'état normal ; mais quand il voudra regarder un peu en haut, le globe devenant tout aussitôt immobile demeurera fixe au milieu de l'orbite, tandis que l'œil sain se cachera presque complètement sous la paupière supérieure. Le malade atteint de cette paralysie partielle de la troisième paire ne deviendra donc diplope et ne s'apercevra de son affection qu'autant qu'il voudra regarder en haut. Au contraire, si la paralysie porte sur la branche qui se rend au muscle droit inférieur, il verra double toutes les fois qu'il dirigera son œil en bas, et comme c'est dans

ce sens que la vue s'exerce le plus souvent, il sera alors beaucoup plus gêné que dans le cas qui précède; aussi tiendra-t-il souvent la tête inclinée sur sa poitrine, pour échapper à l'inconvénient de la diplopie. Si la perte du mouvement a frappé le droit interne, indépendamment d'un strabisme en dehors plus ou moins marqué, il y aura diplopie chaque fois que le malade essaiera de regarder dans le sens opposé à la déviation, ou même lorsqu'il voudra voir un objet placé devant lui. Il arrivera fréquemment alors, que pour éviter la double image, le malade qui aura, par exemple, une paralysie du droit interne de l'œil gauche, tournera la tête à droite pour voir du côté gauche, ce qui lui donnera, quand il voudra marcher, une démarche des plus singulières. Enfin, dans quelques cas où la racine motrice du ganglion ophthalmique est seule paralysée, il n'y a pas de diplopie, mais la pupille est largement ouverte et immobile (voy. *Mydriasis*, p. 492, t. II).

C'est la paralysie complète de chacune des branches de la troisième paire dont nous venons d'esquisser les traits principaux; il reste à dire, pour achever notre description, ce qui arrive quand la perte du mouvement est incomplète dans la branche paralysée: il devient alors assez difficile de reconnaître la cause de la diplopie. C'est en ordonnant au malade de regarder des deux yeux simultanément dans tous les sens, tandis qu'on tiendra ses paupières supérieures relevées; puis en examinant chaque œil individuellement, pendant qu'on couvrira de la main celui dont on n'étudiera pas les mouvements, qu'on parviendra à constater la paralysie incomplète d'un des muscles. On devra aussi rechercher avec soin le sens dans lequel le malade est atteint de diplopie, pour arriver à un degré de certitude rigoureuse. C'est surtout dans ces cas que le secours d'une bougie promenée dans tous les sens, le malade ayant l'œil sain couvert d'un verre coloré, est nécessaire pour établir le diagnostic (voy. *Diplopie*).

ÉTIOLOGIE. — Les causes de la paralysie de la troisième paire sont en général assez obscures, ce qui est une source de difficultés lorsqu'il s'agit d'asseoir les bases du traitement. Les affections du cerveau doivent être notées en première ligne: la simple congestion, les épanchements, le ramollissement de l'encéphale, puis toutes les causes de compression du nerf, soit à son origine, soit dans son trajet, etc., seront l'objet de l'attention du médecin. Les causes éloignées seront aussi recherchées: l'aménorrhée, la

dysménorrhée, la disparition d'hémorrhoides fluentes, la répercussion d'une maladie ancienne de la peau, etc., ont souvent occasionné la paralysie qui nous occupe. Le rhumatisme joue un grand rôle dans sa production; aussi sera-t-il souvent utile d'interroger le malade sur les conditions où il se trouvait quand il en a été atteint. J'ai vu des voyageurs frappés de la paralysie de la troisième paire, pour avoir laissé ouverte, par une nuit fraîche et humide, une glace de la voiture où ils se trouvaient. Mackensie l'a observée chez un homme qui avait tenu un chapeau mouillé sur sa tête, et Rognetta chez un tambour qui battait la retraite sur le boulevard du Temple, par un temps froid et pluvieux, etc. On recherchera encore si, selon les remarquables observations de M. Marchal, de Calvi (1), la paralysie de la troisième paire ne serait point consécutive de la névralgie de la cinquième.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS. La marche de cette maladie n'a rien de fixe, de régulier, ce qui s'explique facilement par la différence des causes qui la produisent. Dans quelques cas, elle apparaît tout à coup et complète, pour demeurer indéfiniment dans cet état; tandis que, dans d'autres, elle se développe lentement, et disparaît assez vite sous l'influence du traitement conseillé. Tantôt elle ne frappe qu'un seul œil, ce qui est le cas le plus commun; tantôt elle attaque les deux yeux à la fois. Chez plusieurs malades je l'ai vue passer d'un œil à l'autre, se guérir et ne plus reparaitre; tandis que dans certains cas je l'ai vue se reproduire jusqu'à un nombre de fois surprenant, ou persister toute la vie, ou même se terminer par la mort. Malheureusement cette dernière terminaison est loin d'être rare. Le fait suivant, entre autres, m'a paru fort remarquable:

R..., jeune homme de vingt-deux ans, bien constitué, se présente, en 1843, à ma clinique. L'examen me fait reconnaître qu'il est atteint d'une double paralysie de la troisième paire, sans blépharoplégie ni mydriase. Les deux yeux sont entraînés en dehors, et ne peuvent exécuter aucun mouvement, quel que soit le sens dans lequel le malade essaie de les diriger. Cette affection s'est montrée tout à coup, sans symptômes précurseurs, et n'a été annoncée au malade que par un violent étourdissement, accom-

(1) Marchal de Calvi, *Mémoire sur la paralysie de la troisième paire de nerfs crâniens consécutive à la névralgie de la cinquième* (Archiv. génér. de méd., 1846.)