

pagné d'un trouble considérable de la vue, et peu après de diplopie. Le pouls étant fort, la constitution très bonne (point de rhumatismes ni de syphilis, point de palpitations de cœur ni d'affection des poumons), je ne puis m'arrêter à d'autre idée qu'à celle d'un épanchement dans le cerveau, et je fais saigner le malade plusieurs fois en quarante-huit heures. Des purgatifs, le calomel à l'intérieur, des frictions d'onguent napolitain sur le front, sont aussi conseillés; cependant au bout de quinze jours le malade est encore dans le même état. Un séton fort large est alors placé à la nuque; des vésicatoires volants sont promenés sur le front et sur le sommet de la tête, et après huit jours, l'œil droit revient tout à coup au centre de l'orbite, et retrouve ses mouvements. Deux semaines plus tard, le gauche se guérit aussi. Je conseille au malade de prendre souvent des purgatifs, d'entretenir son séton avec le plus grand soin, de vivre de régime, et de revenir me voir de temps en temps. La guérison se soutint pendant tout l'été de 1843; mais vers la première moitié d'octobre, R... revint me trouver « avec sa loucherie, » comme il appelait sa maladie. Cette fois la paralysie portait sur les sixièmes paires, et les deux yeux étaient entraînés fortement en dedans. Le même traitement fut conseillé; mais la guérison se fit attendre, et ne fut complète qu'après trois mois, c'est-à-dire vers la fin de janvier 1844. R... se porta bien pendant deux mois, puis revint me voir à la fin de mars. Il se plaignait alors de violents maux de tête, reparaisant tous les matins vers sept heures, et se prolongeant jusqu'à dix. Pendant leur durée il était anéanti, et restait immobile sur sa chaise ou sur son lit, ne comprenant rien de ce qui se passait autour de lui, bien qu'il tint les yeux ouverts. Sa mère n'osait le quitter de tout ce temps, dans la crainte qu'il ne tombât par terre. Une fois l'accès passé, le jeune homme se portait bien, mangeait et se promenait comme de coutume; seulement, jusque vers trois heures après midi, il avait la tête pesante, et les idées moins nettes qu'à l'ordinaire. Après avoir conseillé quelques sangsues à l'anus et un purgatif, je prescrivis six pilules, contenant chacune 10 centigrammes de sulfate de quinine. Dès la première, l'accès changea d'heure, et à la troisième il disparut; mais le huitième jour, au moment où le jeune homme était fort gai, en apparence très dispos, il mourut tout à coup. Malheureusement je ne fus pas prévenu assez à temps pour faire son autopsie.

#### IV. — Paralysie de la sixième paire ou moteur oculaire externe.

La paralysie de la sixième paire de nerfs est presque aussi commune que celle de la troisième paire. Je renvoie à cette dernière affection pour l'étude des causes, de la marche, des terminaisons, etc., afin de ne m'occuper ici que de la symptomatologie.

**SYMPTÔMES ANATOMIQUES.** — On pourrait les indiquer d'un seul mot, si l'on s'en fiait aux données anatomiques sur la distribution du nerf, en disant que le muscle droit externe étant paralysé, le globe est entraîné dans le grand angle par le muscle droit interne. Cependant dans le plus grand nombre de cas le globe n'est pas immobile: s'il demeure dans l'impossibilité de se diriger vers le petit angle, et reste au milieu de l'orbite, quelques efforts que fasse le malade pour regarder en dehors, en revanche il se tourne avec facilité dans tous les autres sens. Doit-on avancer alors qu'il y a paralysie incomplète? Si le globe n'est pas entraîné en dedans, ne peut-on pas l'expliquer par le fait du jeu des obliques, et aussi parce que les digitations externes du muscle droit inférieur et du supérieur, se trouvant en dehors d'une ligne qui partagerait l'œil en deux moitiés latérales, fixent l'œil au centre de l'orbite quand elles se contractent? Je penche beaucoup vers cette opinion.

La pupille demeure presque toujours mobile dans la paralysie de la sixième paire; cependant, dans plusieurs cas, je l'ai vue dilatée et immobile, sans qu'il y eût aucun signe de paralysie de la troisième. Les recherches anatomiques de MM. Pourfour-Dupetit, Grant, de New-York, et Longet, expliquent ce phénomène exceptionnel. Très certainement, dans ces cas, la sixième paire ou moteur oculaire externe envoyait de nombreux filaments au ganglion ciliaire, et tenait les mouvements de l'iris sous sa dépendance. Mais, en cas pareil, on soutiendrait l'opinion contraire, et l'on avancerait que la mydriase, au lieu d'être produite par la paralysie de la sixième paire, n'est que le résultat d'une paralysie incomplète de la troisième, qu'il ne serait pas possible, à moins de recherches cadavériques, de rien prouver contre cette opinion.

**SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES.** — Aussitôt que la paralysie de la sixième paire frappe l'un des yeux, le malade voit double chaque fois qu'il veut regarder dans la direction du muscle dont le mou-

vement est anéanti. De même que dans la paralysie de la troisième paire, il accuse des étourdissements, des maux de tête, quelquefois il a des vomissements produits par la diplopie, etc., etc.

Si l'on promène une bougie devant ses yeux, on reconnaîtra que les images sont *synonymes*, c'est-à-dire que celle fournie par l'œil droit sera à droite et réciproquement.

Les *causes*, la *marche*, la *durée*, les *terminaisons* de la paralysie de la sixième paire, sont absolument les mêmes que celles de la troisième.

**V. — Paralysie de la quatrième paire ou du pathétique, destiné tout entier au muscle grand oblique.**

Isolée, cette affection est assez rare ; on l'observe plus souvent combinée avec une paralysie de la troisième ou de la sixième paire. Si on l'étudie sans cette complication, elle présente les symptômes suivants :

**SYMPTÔMES ANATOMIQUES.** — Les yeux examinés ne présentent l'apparence d'aucune maladie, et se dirigent facilement dans tous les sens, ce qui exclut toute idée d'une paralysie de la troisième ou de la sixième paire, et ce qui prouve en même temps qu'il n'y a ni tumeur dans l'orbite, ni adhérence des paupières au globe, ni aucun autre empêchement matériel pouvant gêner l'œil dans ses mouvements. Le malade se plaint de voir *double*, signe sur lequel nous reviendrons, en nous occupant des symptômes physiologiques. Les deux pupilles sont parfaitement et également mobiles ; il n'y a rien, ni sur la capsule, ni dans le cristallin, qui puisse expliquer la cause de la diplopie ; on ne voit sur la cornée ni taches ni facettes qui rendent compte de ce singulier phénomène. Mais si l'on ordonne au malade de regarder un point fixe, placé en face de lui, on reconnaît, tout de suite, que *la cornée de l'œil malade est placée un peu plus haut que celle de l'œil sain* ; chez d'autres malades ce symptôme est si peu marqué, qu'il est difficile de le constater d'abord. Cependant, ainsi que j'ai eu l'occasion de l'observer dans plusieurs cas de paralysie *incomplète* ou en voie de guérison, si l'on exige du patient qu'il tienne les yeux longtemps fixés sur le même objet, on voit bientôt s'élever l'une des cornées, qui se trouve alors en petite partie au-dessus de la paupière inférieure, tandis que celle de l'autre œil demeure en partie cachée. En même temps que la cornée s'élève ainsi, le

malade accuse la présence de la double image. Chez quelques individus, dans les mêmes conditions de paralysie incomplète, j'ai remarqué qu'on ne peut arriver à constater cette ascension qu'en leur faisant fermer les yeux ; puis en leur ordonnant de les ouvrir tous les deux en même temps, et de regarder un objet placé à 4 ou 5 pieds, pendant qu'on tient un corps opaque devant l'un des yeux, sans le toucher, et en prenant un point d'appui sur l'extrémité du nez. Le malade étant attentif à regarder d'un œil l'objet dont j'ai parlé, on découvre brusquement l'autre œil, et l'on peut reconnaître facilement alors que la cornée présente dans l'œil paralysé une élévation manifeste ; mais après quelques oscillations elle ne tarde pas à reprendre sa place normale.

L'élévation de la cornée en dedans n'est pas le seul signe anatomique qui serve à distinguer la paralysie complète de la quatrième paire ; on peut encore constater que l'œil, dans cette affection, *a perdu ses mouvements de rotation sur son axe antéro-postérieur*, comme il est facile, avec un peu d'attention, de l'observer. A l'exemple de M. Szokalski (1), qui a très bien décrit cette maladie, on ordonne au patient de regarder un objet, puis, lui appliquant les deux mains sur les tempes, on penche sa tête alternativement à droite et à gauche, et l'on constate que l'œil malade suit les mouvements de la tête, et demeure comme attaché au plancher de l'orbite, tandis que l'œil sain exécute dans cette cavité des mouvements de rotation dans le sens opposé à celui où l'on abaisse la tête. Pour s'assurer d'une manière positive que l'œil est immobile, on prend pour point de repère quelques vaisseaux rampant sous la conjonctive, ou, ce qui vaut mieux, quelqu'une de ces taches ou inégalités de couleur qu'offre presque toujours l'iris à l'état normal.

**SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES.** — Les malades atteints de cette affection sont tous tourmentés de *diplopie*, comme dans les paralysies que nous avons étudiées plus haut ; mais avec cette différence que dans ces dernières les deux images occupent le même plan, tandis que dans la paralysie de la quatrième paire elles sont placées l'une au-dessus de l'autre. Comme dans les autres paralysies, la diplopie disparaît lorsque le malade regarde dans

(1) Szokalski, *De l'influence des muscles obliques de l'œil sur la vision et de leur paralysie*, in-8. Paris, 1840 (mémoire adressé à la Société de médecine de Gand).

la direction opposée à celle du muscle paralysé. Elle cesse, en effet, dès qu'on porte l'objet en haut et en dedans, du côté de l'œil malade, qui est, comme nous l'avons dit, entraîné dans cette direction. De plus ces deux images sont inclinées l'une sur l'autre, c'est-à-dire que tandis que l'image fournie par l'œil sain est droite, celle fournie par l'œil malade est oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Ce caractère de l'obliquité de l'image se prononce d'autant plus que l'on porte l'objet en dehors du côté de l'œil malade et dans le champ inférieur de la vue; la superposition des images, au contraire, diminue dans cette direction, tandis qu'elle augmente et que l'obliquité diminue quand on porte l'objet en dedans.

Ces caractères servent à distinguer la paralysie qui nous occupe de celle de la branche inférieure du moteur oculaire commun. Dans cette dernière, en effet, les images sont également superposées et la fausse image est oblique, mais l'obliquité dans ce cas est dirigée de haut en bas et de dehors en dedans.

Si par suite de l'ancienneté de la maladie, la diplopie a disparu (ce qui équivalait à dire, si le malade s'est accoutumé à ne regarder que d'un œil), le diagnostic devient plus difficile; cependant avec un verre coloré placé sur l'œil sain on parvient encore à la rétablir assez pour se diriger.

De même que dans la paralysie de la troisième ou de la sixième paire, on constate tantôt que l'apparition de la diplopie a été précédée d'étourdissements, de bourdonnements d'oreille et d'une céphalalgie plus ou moins intense, tantôt qu'elle a eu lieu alors que la santé était parfaite. On reconnaît quelquefois aussi que les étourdissements ne surviennent qu'à la suite et par le fait de la diplopie; chez quelques individus nerveux, ils s'accompagnent même alors de vomissements, et disparaissent avec ce dernier symptôme aussitôt que le malade se couvre l'un des yeux d'un bandeau.

Les causes, la marche, la durée, les terminaisons de la paralysie de la quatrième paire sont les mêmes que celles de la paralysie de la troisième ou de la sixième paire; je ne puis donc que renvoyer à ce que j'ai dit plus haut (voy. pag. 597).

#### VI. — Paralysie simultanée de la troisième, de la sixième et de la quatrième paires des nerfs cérébraux.

Les paralysies que nous venons d'étudier se combinent entre elles de plusieurs manières: tantôt la troisième et la quatrième paires

sont paralysées complètement, tantôt c'est cette dernière et la sixième; d'autres fois, mais plus rarement, le mouvement est anéanti dans tous les muscles à la fois. L'œil, dans tous les cas, est *plus saillant* que de coutume; ce symptôme, surtout très marqué dans la paralysie combinée de la troisième paire et de la sixième, pourrait faire croire d'abord à une tumeur de l'orbite, si le globe ne se laissait facilement refouler dans cette cavité. Cette *ophthalmoptose* est le résultat du relâchement musculaire paralytique.

TRAITEMENT DE LA PARALYSIE DES MUSCLES DE L'ŒIL. — Les causes de la paralysie des muscles de l'œil étant le plus souvent fort obscures, il en résulte pour le praticien une grande difficulté dans le choix des moyens thérapeutiques. Le malade est-il pléthorique; a-t-il souffert de la tête quelque temps avant l'apparition de l'affection; au moment où il a fait la découverte de son mal, a-t-il ressenti un violent étourdissement; éprouve-t-il des engourdissements dans les membres, des fourmillements dans les extrémités? l'idée d'un travail congestif du côté du cerveau doit dominer la médication. Alors la saignée générale, répétée plusieurs fois, s'il y a lieu et que les forces du malade le comportent; les applications de sangsues aux apophyses mastoïdes, ou de ventouses scarifiées à la nuque, seront les premiers moyens auxquels on devra recourir. En même temps les purgatifs fréquemment répétés, la diète, les frictions d'onguent napolitain autour de l'orbite, les pédiluves sinapisés, seront prescrits, et aideront à l'effet des émissions sanguines, auxquelles on reviendra au besoin plus tard si les symptômes cérébraux ne cèdent pas, et que l'état du pouls le permette.

Dès que, sous l'influence de ces premiers moyens, les maux de tête, les étourdissements et tous les autres signes de congestion de l'encéphale ont disparu, les stimulants sont indiqués. On conseille alors les frictions sur le front et les tempes avec l'alcoolat de romarin, le baume de Fioraventi, l'ammoniaque, etc., après avoir pris, au besoin, si l'on craint un travail lent et fâcheux du côté de l'encéphale, la précaution d'appliquer un cautère ou un séton à la nuque. Les vésicatoires volants sur le front, et même sur la paupière supérieure quand il y a blépharoplégie, seront le plus souvent d'un utile concours, surtout si, dans quelques cas, on se sert de la dénudation du derme pour employer la *strychnine*. Mais si tous ces stimulants échouent, l'usage de la *pom-*

*made ammoniacale* est indiqué (voy. plus haut, à l'article *Amaurose*, pag. 569, les conseils donnés par le professeur Lisfranc pour l'emploi de cette pommade). On l'appliquera sur la région sourcilière, sur le front, sur la pommette, et successivement tout autour de l'orbite. Ce moyen n'étant pas non plus suivi de bons résultats, l'électricité, dans beaucoup de cas, fera disparaître la maladie.

Si la paralysie des muscles de l'œil frappe une femme atteinte d'aménorrhée ou de dysménorrhée, ou qu'elle coïncide chez un malade soit avec la disparition d'hémorrhoides fluentes, soit avec la répercussion d'une affection ancienne de la peau, soit encore avec la cicatrisation récente d'un ancien ulcère, faits que j'ai eu l'occasion d'observer, un traitement convenable sera conseillé pour remplir ces précieuses indications. On s'assurera de même si le malade ne se serait point exposé au froid et à l'humidité, et si le rhumatisme ne serait pas la principale cause de l'affection; enfin on recherchera encore si la paralysie ne se rattacherait pas à la névralgie de la cinquième paire, dont, ainsi que l'a remarqué M. Marchal, de Calvi (1), elle pourrait être consécutive.

Dans le cas, malheureusement assez fréquent, où la paralysie des muscles de l'œil résisterait à tous les moyens employés, et lorsqu'un certain temps se serait passé depuis l'apparition de la maladie, on devrait penser qu'une lésion organique existe au sommet de l'orbite ou dans le cerveau; alors il y a presque toujours amaurose. Je me bornerai à rappeler à cette occasion que d'Ammon (2) a trouvé dans le cerveau d'un enfant de vingt-deux mois, affecté de blépharoplégie et d'amaurose du côté gauche, « une tumeur rouge de la grosseur d'une noix, composée d'une masse tuberculeuse. » Cette production était placée à droite entre la protubérance annulaire et le chiasma des nerfs optiques. On possède aujourd'hui une multitude de faits analogues.

*Nécessité d'exercer l'œil en voie de guérison.* — Lorsque, à la suite d'un traitement bien dirigé, la paralysie commence à diminuer, et qu'en tenant l'œil sain fermé, le malade, par un énergique effort de volonté, peut imprimer au globe une direction dans un sens opposé à la déviation, on remarque un phénomène sur lequel repose une importante indication. Le globe, un instant fixe

(1) Marchal de Calvi, *loc. cit.*

(2) D'Ammon, *Atlas cité*, p. 56, fig. 9.

et immobile, offre bientôt, sous l'influence des efforts du malade pour le diriger dans le sens du muscle paralysé, une sorte de mouvement spasmodique assez semblable au nystagmus, puis tout à coup se porte brusquement dans la direction voulue. Arrivé là, plus ou moins loin, il continue quelque temps encore à être agité de tremblements, puis, sans que le malade puisse le maîtriser davantage, on le voit peu à peu revenir en arrière, et se diriger dans le sens du muscle antagoniste de celui qui a été paralysé.

C'est au moment où l'on constate cette circonstance, qu'il convient, par un exercice de tous les instants, de rendre au muscle paralysé sa force primitive; autrement l'œil demeurerait dévié, et ne tarderait pas à être frappé d'amblyopie (comparez avec l'article *Strabisme*).

Pour remplir cette indication, on ordonne au malade de bander l'œil sain, de se servir autant que possible de l'œil dévié, de le diriger dans le sens opposé à celui vers lequel il est entraîné; ou bien on l'oblige à porter des lunettes entourées de taffetas noir, et dont le verre correspondant à l'œil sain est entièrement opaque, tandis que celui de l'œil malade est transparent seulement dans sa moitié opposée au côté vers lequel le globe est vicieusement entraîné.

Si, ce que je n'ai jamais vu lorsqu'on a constaté les oscillations du globe dans le sens du muscle paralysé, cet exercice de l'œil n'est pas suivi des meilleurs résultats, après deux ou trois semaines, on peut, selon le conseil qu'en donne Dieffenbach, pratiquer, à quatre ou cinq jours d'intervalle, la cautérisation de la conjonctive scléroticale avec le nitrate d'argent, du côté opposé à celui où la déviation a lieu, et cela dans le double but de stimuler les nerfs paralysés, et de produire un raccourcissement de la muqueuse fort léger, mais capable pourtant de concourir à la disparition du strabisme.

S'il arrive, ce que l'on observe quelquefois, que le malade voie mieux d'un œil que de l'autre, et que son œil fort soit frappé de paralysie musculaire, on observera un phénomène assez singulier, c'est 1° qu'il ne regardera plus que dans une direction qui sera toujours la même, c'est-à-dire celle de l'antagoniste du muscle paralysé; 2° que l'œil faible qui, jusque là était droit, deviendra strabique, et que l'on aura une peine extrême à guérir cette difformité, même après que la paralysie aura disparu. On devra dans ce cas, pour prévenir la difformité, exercer pendant la durée de la paralysie l'œil

de lui. Lorsqu'on ferme l'œil droit avec la main, le gauche se dirige immédiatement dans tous les sens, mais il se dévie aussitôt que le premier est mis de nouveau à découvert. Si, au contraire, on ferme l'œil gauche un instant, et qu'on relève ensuite la paupière, il reste toujours dévié en dehors. L'enfant voit à égale distance des deux yeux. — Prescription. Deux vésicatoires volants du diamètre d'un franc sur le front et les tempes, en commençant sur la partie correspondant à la sortie du nerf frontal, les laisser en place seulement trois jours. Fermer l'œil droit cinq à six fois par jour pendant une demi-heure.

» 26 *id.* La petite malade va de mieux en mieux, elle ne louche plus et voit simple. L'œil droit est toujours limité dans les mouvements du côté interne et inférieur. Elle voit double seulement quand elle regarde en bas. — Prescription. Cesser l'usage des vésicatoires volants; frictions sur le front et les tempes avec le liniment ammoniacal; cesser de bander l'œil droit.

» 10 décembre. La guérison est complète, l'enfant n'a plus de diplopie, et ses yeux se dirigent parfaitement dans tous les sens. La vision est parfaite. »

### ARTICLE III.

#### AFFECTIONS SPASMODIQUES DES PAUPIÈRES ET DE L'ŒIL.

##### I. — Blépharospasme. — Clignotement.

On entend généralement par ce mot une affection idiopathique ou symptomatique consistant en une exagération des mouvements ou en une occlusion involontaire, convulsiforme, et de durée plus ou moins longue des paupières, ou, dans les cas légers, en un spasme borné à quelques fibres de l'orbiculaire.

Ces spasmes sont, en général, cloniques ou toniques.

Lorsque le spasme porte seulement sur quelques fibres de l'orbiculaire, le malade se plaint de petits battements ou de petits mouvements continuels non douloureux, mais incommodes et quelquefois gênants pour la vision; il constate lui-même, en se regardant dans un miroir, que telle ou telle partie de l'orbiculaire, le plus souvent un faisceau placé à l'angle externe sur la paupière inférieure, se contracte et se relâche successivement et avec rapidité de manière à soulever visiblement la peau et à imprimer un

petit mouvement oscillatoire presque régulier à une partie de la paupière. On voit des personnes qui avaient déjà été atteintes plusieurs fois de cette incommodité et qui s'étaient décidées à prendre un conseil, parce que le mal durait ainsi depuis plusieurs jours sans interruption. Ce spasme cesse généralement après quelques instants, dure rarement plusieurs heures, disparaît et revient sans cause bien appréciable. On l'observe le plus souvent chez des personnes nerveuses, chez celles qui appliquent leurs yeux à courte distance, quelquefois à la suite de refroidissements de la face.

Le *blépharospasme* proprement dit est une affection tout autre dans ses symptômes: les paupières sont agitées de mouvements continuels, brusques, et absolument involontaires. Chez quelques personnes, le spasme présente quelque chose d'irrégulier dans son apparition et dans sa durée; les paupières, jusque-là tranquilles, s'ouvrant et se fermant comme à l'état normal, sont brusquement prises de cinq ou six clignements énergiques et rapides, puis elles reprennent aussitôt leurs mouvements réguliers. Cela se répète trois ou quatre fois par minute et même davantage, d'autres fois à des intervalles plus ou moins longs, mais toujours assez rapprochés pour que le spasme soit aussitôt aperçu par l'observateur.

Lorsque le mal est plus sérieux encore, les paupières prises de ces clignements rapides se ferment tout à coup pour quelques secondes, quelques efforts que fasse le malade pour les ouvrir, puis elles reprennent leur jeu accoutumé, et cela se répète à des intervalles souvent si rapprochés que quelques personnes ne peuvent se conduire sans danger. J'en ai observé qui se trouvaient dans la nécessité de prier les passants de leur faire traverser une rue, dans la crainte d'être blessées par les voitures qu'elles n'auraient pas pu éviter. Dans ces divers cas, la conjonctive est rouge et l'œil toujours plus ou moins sensible à la lumière.

Les spasmes toniques se distinguent des précédents par leur durée et par l'impossibilité pour le malade et le chirurgien d'ouvrir les paupières. Elles reprennent leur libre jeu dès que le spasme cesse, mais tant qu'il existe, les doigts sont impuissants pour examiner l'œil, et il faut alors se servir d'élevateurs.

Les causes du blépharospasme sont le plus souvent inconnues: chez les personnes nerveuses, hystériques, il se développe quelquefois seul ou en même temps que d'autres convulsions, à la suite de simples contrariétés ou de vives émotions; d'autres fois on le rattache à un refroidissement brusque sous l'influence duquel il