

été rejetés par les vomissements; je lui prescrivis alors, après avoir préparé son imagination à l'effet extraordinaire qu'elle devait produire, une pilule *panchymagogue à micá panis*: cet effet dépassa mon attente, elle fut superpurgée.

Il y a un an, une malade qui, dans la convalescence d'une variole, avait été atteinte d'iritis, se plaignait d'insomnie et réclamait un hypnotique. J'avais des raisons pour craindre chez elle l'emploi de l'opium, je lui donnai de la mie de pain sous le nom de *pilule stupéfiante*, elle dormit profondément, on en continuait l'usage, et quand le pharmacien, par un oubli peut-être prémédité, ne la lui donnait pas, elle se plaignait de n'avoir pas fermé l'œil et réclamait énergiquement sa pilule.

Voilà des faits intéressants au point de vue physiologique, pleins d'enseignements pour la pratique, et qui vous montrent que, même en employant des médications actives, le médecin ne doit pas négliger ces moyens moraux qui, dans beaucoup de cas, sont pour les autres d'utiles auxiliaires.

PARALYSIE DU MOTEUR OCULAIRE COMMUN (1)

Sommaire. — Observation de paralysie de la troisième paire, suivie de réflexions.

MESSIEURS,

Madame de L... est âgée de soixante-dix ans, d'une bonne constitution. Je la soigne depuis vingt-cinq ans, et pendant ce long espace de temps, je l'ai traitée successivement pour une amblyopie chlorotique qui a cédé au fer et au quinquina, pour une dyspepsie dont les amers firent justice, pour une bronchite qui fut assez opiniâtre, et pour une douleur musculaire dans le bras gauche; à part ces troubles passagers, madame de L... avait joui d'une très-bonne santé. Jamais elle n'avait eu de migraine ni de manifestations diathésiques bien caractérisées. Depuis deux ans, quand elle toussait ou éternuait, elle éprouvait une violente douleur au niveau du sinciput; cette douleur lui arrachait des plaintes et faisait qu'elle portait la main sur le sommet du crâne; elle disparut pendant les préoccupations de la dernière guerre; mais les émotions que la malade ressentit, augmentèrent un tremblement qui durait depuis quelques années.

Le 31 octobre, revenant de Beauvais après son dîner, elle fut prise, en sortant du chemin de fer, d'une douleur atroce dans le sinciput, la nuque et la région frontale droite; cette douleur lancinante lui paraissait isochrone aux battements du cœur et des artères. Elle fut accompagnée de vomissements, alimentaires d'abord, puis bilieux; on transporta la malade à son domicile, elle avait de la fièvre avec du délire; pendant la nuit elle vomit dans son lit sans en avoir conscience; on avait fait venir un médecin du voisinage qui lui prescrivit des sinapismes et un lavement purgatif; elle n'eut aucune perception de sa visite, et quand je la vis le lendemain, elle n'en avait conservé aucun souvenir; ce ne fut que le lendemain soir, 1^{er} novembre, que je fus appelé auprès de cette dame. La céphalée persistait, revenant par crises aiguës dans l'intervalle desquelles la malade conservait

(1) Leçon clinique extraite du *Journal d'ophtalmologie*, publiée par M. Galezowski, 1872.

une douleur sourde, une sorte de barre s'étendant transversalement d'une bosse frontale à l'autre. Je constatai un état fébrile modéré; la peau était chaude, sans sécheresse, la tension artérielle très-faible, comme elle l'est en général aux approches de la défervescence. L'intelligence, les fonctions motrices et sensitives étaient dans un état d'intégrité parfaite. Madame de L... s'étonnait de n'avoir pas souvenance de la visite du médecin qui était venu pendant la nuit. Je prescrivis des sinapismes et un purgatif salin pour le lendemain matin.

Le 2, la malade était sans fièvre; mais la douleur de tête persistait avec exacerbations violentes, très-pénibles, conservant les caractères que nous avons décrits plus haut.

Ces symptômes persistèrent les jours suivants en s'atténuant; la malade se leva, sortit, s'étonnant de ne pas éprouver de fatigue après des courses, longues pour ses habitudes et pour son âge. Les crises de douleur étaient plus rares et moins intenses, mais elles se reproduisaient, et dans leur intervalle, madame de L... ne se sentait pas dans ses conditions de santé habituelle; l'appétit était toujours médiocre, l'emploi des amers ne l'avait pas relevé; et habituellement elle éprouvait dans la tête un malaise qui se dissipait rarement d'une manière complète, sans vertiges, sans trouble appréciable des fonctions cérébrales; les jambes étaient fermes, seulement les extenseurs de la jambe étaient douloureux et cette douleur se faisait surtout sentir quand la malade se relevait après être restée quelque temps assise.

Le 11, elle observa pendant quelques heures une anomalie bizarre de l'ouïe: depuis assez longtemps ses oreilles étaient dures, la droite surtout, quoique mesurée avec la montre, cette différence fut peu sensible; ce jour-là donc, pendant qu'on lui parlait, la voix faisait un écho très-distinct dans son oreille droite, comme si la sensation de cette oreille était en retard sur l'autre.

Vers cette époque, elle eut aussi, en allant dans un cabinet obscur, une sensation de tache noire passagère sur son œil droit. Quand les douleurs revenaient, c'était toujours dans les régions sincipitale, frontale et surcilière droite qu'elle se faisaient sentir. Les mouvements de la paupière étaient alors douloureux; et pour atténuer cette douleur, elle comprimait ce côté du front avec sa main.

Le 13 novembre, madame de L... avait fait dans la journée une très-longue course sans en être fatiguée; elle avait écrit pendant deux heures le soir à la lueur d'une lampe et avec des lunettes lenticulaires d'un fort grossissement; elle éprouvait une sensation de fatigue pénible dans les yeux, mais aucun trouble cérébral. Elle va à la garde-robe, fait des efforts et en revenant éprouve une douleur de tête d'une acuité telle, qu'elle se fût évanouie et fût tombée par terre si on ne l'avait soutenue; il lui semblait,

disait-elle, qu'elle avait dans la tête un tourbillonnement et un roulement, sans avoir à proprement parler de sensation vertigineuse. Bientôt elle fut prise de vomissements; la douleur de tête était peut-être encore plus violente que la première fois et, comme dans la première crise, elle retentissait dans la nuque; la malade sentait dans la région surcilière et dans l'œil des battements douloureux. Cette fois il n'y eut ni délire, ni amnésie.

On lui mit des sinapismes, et le lendemain dans la matinée on me fit demander.

Sur le matin, la malade s'était aperçue que sa paupière droite ne pouvait plus s'ouvrir, et quand elle la relevait avec le doigt, les objets lui paraissaient doublés. Cependant quand je lui présentais un doigt en bas, à droite et en dehors, il y avait un point où il paraissait simple par la convergence des deux axes optiques. Si elle regardait un tableau situé à 3 mètres de son visage sur le mur opposé de son lit et à 2 mètres environ au-dessus de ses yeux, elle voyait deux images, dont la gauche qu'elle appelait la fausse, était située sur un plan inférieur à l'autre et peut-être un peu en avant. La vue n'était pas affaiblie; elle voyait bien en fermant un des yeux, mais le point de la vision distincte était un peu plus rapproché à droite qu'à gauche des deux axes optiques.

L'œil droit était entraîné en bas et en dehors, se cachant en quelque sorte dans l'angle externe de l'orbite. Quand, lui faisant suivre les mouvements de mon index, je voulais l'attirer en dedans, il s'arrêtait à la ligne médiane; quand je voulais le faire porter en haut, l'axe transversal de la pupille devenait parallèle à l'axe transversal de l'orbite, mais ne le dépassait pas. La pupille était dilatée d'une manière évidente, mais ce n'était pas une de ces mydriases excessives dans lesquelles l'iris est réduit à un anneau filiforme.

La pupille me parut très-peu mobile. Je n'observai pas d'oscillations sensibles dans son diamètre, mais je ne puis pas affirmer qu'il n'y en avait pas.

La malade était sans fièvre; cependant elle avait soif et peu d'appétit.

Je lui prescrivis un vésicatoire sur la région frontale droite, des sinapismes, un verre d'eau de Pullna, des potages.

Le 14, le mal de tête a diminué, cependant il s'est fait sentir encore dans la soirée avec le même caractère d'élançements ou plutôt de battements douloureux retentissant dans la région surcilière droite. Cette douleur avait paru un moment partir du coccyx pour s'irradier dans la tête. Sinapismes, eau de Pullna.

Le 15, à la même heure, la vieille douleur dans le front et le sinciput.

Je prescrivis deux suppositoires avec 25 centigrammes d'aloès et une mouche de Milan sur le front; sinapismes dans la soirée.

Le 16, on appliqua la mouche de Milan; les douleurs et la paralysie persistèrent.

Le 18 au matin, la malade avait mieux dormi que les nuits précédentes et avait moins souffert, quand tout à coup elle pousse un cri en disant : « Ah ! ma nuque ! mon front !... », indiquant les deux côtés de la tête et non plus seulement le côté droit comme précédemment. Puis, quelque temps après, elle pousse un autre cri en se plaignant de ses reins, et bientôt elle perd toute connaissance et toute faculté locomotrice.

Quand j'arrivai, elle était couchée sur le dos, les deux paupières fermées, la bouche également fermée, peut-être un peu déviée à gauche, le teint pâle; la respiration était stertoreuse, régulière, plus costale que diaphragmatique, par moments un peu bulleuse; les membres étaient immobiles, demi-fléchis, sans roideur, offrant plutôt l'attitude du sommeil que celle de la paralysie; les excitations de la peau les plus énergiques ne provoquaient aucun mouvement, ne modifiaient même pas le rythme respiratoire; le pouls était assez développé, régulier (100 pulsations environ); la peau était chaude, humide, très-légèrement visqueuse.

Le soir, même état, la respiration est plus bulleuse.

La malade ne succombe que le lendemain 19, à deux heures.

La localisation du travail morbide n'offre pas dans ce cas de grandes difficultés; le trouble fonctionnel se trouve exactement limité dans la troisième paire, jusqu'à l'acte final qui exprime par l'annihilation brusque et complète de toute intelligence, de toute sensibilité, de toute faculté motrice, la lésion soudaine, étendue et profonde d'une partie centrale de l'encéphale : la protubérance ou la moelle allongée. Il est plus malaisé de déterminer le mode de ce travail morbide, les conditions pathogéniques qui l'ont développé.

Le nerf moteur oculaire commun a dû être primitivement lésé après son émergence de la protubérance. On ne comprendrait pas une lésion de celle-ci attaquant exclusivement les tubes nerveux de la deuxième paire et respectant toutes les fibres voisines. La cause morbide a donc dû agir sur lui entre les pédoncules cérébraux sans intéresser ceux-ci; et d'une autre part, cette action morbide était d'une nature telle qu'elle put se généraliser et en un instant envahir toute la protubérance; cette action n'était pas de celles qui évoluent lentement, graduellement, la soudaineté est le caractère de chacun des actes de la maladie; — les vomissements, la céphalée, un délire de quelques heures marquent le premier, la céphalée seule persiste, puis après une exacerbation imprévue de ce symptôme, la troisième paire est paralysée; cette paralysie persiste pendant cinq jours avec une céphalalgie plus intense et plus opiniâtre, le sixième une horrible douleur éclate dans la tête, retentit

dans la nuque et dans la région lombaire; puis toute manifestation de la vie de relation est interrompue.

Ces battements de cœur et les mouvements des parois thoraciques témoignent seuls d'une action nerveuse. Quand on réfléchit aux rapports du nerf moteur oculaire commun, situé et encadré entre trois artères importantes : la cérébelleuse supérieure en arrière, le tronc basilaire en dedans, la cérébrale postérieure en avant, la supposition d'un anévrysme d'un de ces vaisseaux est celle qui semble le mieux satisfaire à toutes les données du problème, qui semble expliquer le mieux la marche et la nature des phénomènes morbides. Ces douleurs de tête, qui pendant deux ans se faisaient sentir dans l'acte expirateur de la toux, pourraient être le résultat de la dilatation brusque de la tumeur et de sa pression sur la base du cerveau.

La douleur soudaine du 31 octobre pourrait dépendre d'une expansion brusque de la poche artérielle ou d'une congestion méningée provoquée par son action irritante; huit jours plus tard, un nouveau progrès de la lésion aurait pu amener la compression de la troisième paire, et enfin, dans cette hypothèse, la rupture de l'anévrysme pourrait expliquer les accidents ultimes en produisant à la fois peut-être la compression et l'ischémie de la protubérance et de la moelle allongée; l'hémorragie me semble expliquer mieux que tout autre processus la brusquerie et la saccade du travail morbide.

D'une autre part, le siège fixe de la douleur semblait indiquer antérieurement à cette hémorragie une lésion localisée, et si l'isochronisme des élancements douloureux avec les pulsations artérielles signifiait seulement que les nerfs douloureusement stimulés étaient contigus à des artères, il s'accorderait parfaitement avec l'existence d'un anévrysme.

L'intégrité de la vision, ou plutôt son égalité des deux côtés, ne permet pas de supposer qu'il existe une tumeur de la base du crâne, et au voisinage des nerfs optiques. Du reste, on aurait trouvé alors une névrite optique. Resterait à savoir si toutes les tumeurs ont une égale puissance pour faire naître cette complication, et si celle-ci ne se rattache pas plutôt aux productions morbides dont un processus inflammatoire accompagne l'évolution, comme les gommés syphilitiques.