

II. — PARALYSIE DES NERFS MOTEURS DE L'ŒIL

Les mouvements des yeux sont sous la dépendance de trois nerfs : l'oculo-moteur commun, le pathétique et l'oculo-moteur externe. Le premier se divise en nombreuses branches destinées aux droits interne, supérieur et inférieur, au petit oblique et au releveur de la paupière, ainsi qu'à la musculature interne de l'œil : sphincter pupillaire et muscle ciliaire. Les deux autres innervent chacun un seul muscle : le pathétique se rend au grand oblique, l'oculo-moteur externe au droit externe.

Soumis à la volonté, les mouvements des yeux sont régis par des centres corticaux, mais ni la physiologie expérimentale ni la pathologie cérébrale ne sont parvenues à les localiser définitivement. Ce qu'il y a de certain, c'est que ces centres ne sont pas en rapport avec tel ou tel nerf, avec tel ou tel muscle,

mais qu'ils président à des mouvements associés des globes oculaires.

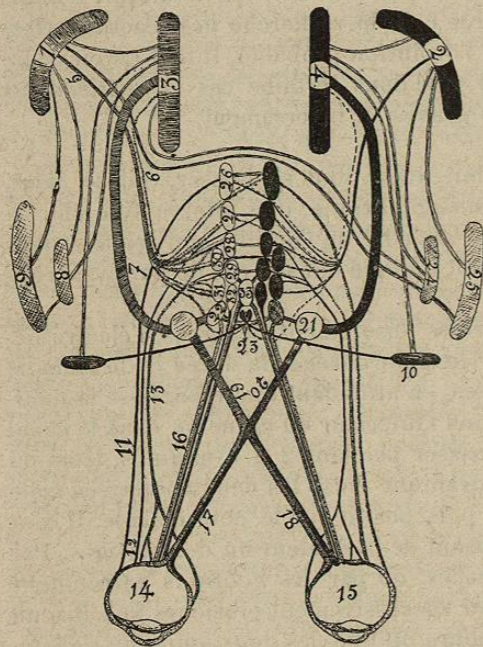


FIG. 76. — Schéma des noyaux moteurs des yeux. 1, 2. Centres oculo-musculaires droit et gauche. — 3, 4. Centres optiques droit et gauche. — 5. Voie des mouvements volontaires des yeux. — 6. Voie des mouvements réflexes des yeux. — 7. Irradiations optiques. — 8, 9. Lobes temporal et fronto-pariétal droits. — 10. Centre du releveur de la paupière supérieure. — 11. N. oculo-moteur externe. — 12. N. pathétique. — 13. N. oculo-moteur commun. — 14, 15. Globes oculaires droit et gauche. — 16. Branches pupillaires de l'oculo-moteur commun. — 17, 18. Nerfs optiques droit et gauche. — 19, 20. Bandelettes optiques droite et gauche. — 21. Tubercules quadrijumeaux. — 22. Constrictor de la pupille. — 23. Releveur de la paupière supérieure. — 24, 25. Lobes temporal et fronto-pariétal gauches. — 26. Noyau de l'oculo-moteur externe. — 27. Noyau du pathétique. — 28. Noyau de la branche inférieure. — 29. Noyau de la branche interne. — 30. Noyau de l'oblique inférieur. — 31. Noyau de la branche supérieure. — 32. Noyau de l'accommodation. — 33. Noyau de l'adduction.

Ils sont réunis, par un système de fibres dont la disposition n'est pas mieux connue, à des centres inférieurs, ou noyaux d'origine des nerfs de l'œil, groupés sur les parois du troisième ventricule et sous le plancher du quatrième.

Nous reproduisons, d'après la *Revue neurologique* (1895), un schéma de Magnus, commode à consulter.

Le système le plus complexe est celui de la 5^e paire. Il mesure 10 millimètres dans sa plus grande longueur et se compose d'une série de noyaux secondaires destinés aux différents filets du oculo-moteur commun. Leur ordre de succession et leur disposition exacte, schématisée par Hensen et Völkers chez le chien, par Kahler et Pick chez l'homme, sont loin d'être entièrement élucidés, malgré les recherches de von Gudden, Edinger, Westphal, Siemerling, Perlia, Kölliker. Ce qu'il importe de retenir, c'est que le noyau d'origine de la troisième paire se divise en deux groupes principaux : l'un, supérieur, situé sur les parois latérales

du troisième ventricule, est destiné à la musculature intrinsèque de l'œil, sphincter irien et muscle ciliaire ; l'autre, inférieur, placé sous le plancher du quatrième ventricule, fournit les filets qui innervent la musculature extrinsèque.

Le noyau de la quatrième paire, situé immédiatement au-dessous du précédent, est en connexion intime avec lui.

Celui de la sixième paire, situé beaucoup plus bas, à l'union de la protubérance et du bulbe, vers la partie moyenne du quatrième ventricule, est logé dans le coude du facial au niveau de l'eminencia teres.

C'est de ces différents noyaux que naissent les trois racines des nerfs moteurs des yeux ; ces racines se réunissent en troncs nerveux soit après un trajet direct (5^e et 6^e paires), soit après une décussation totale (4^e paire) ; après un long parcours à la base du crâne, les trois troncs nerveux se divisent dans l'orbite en filets nombreux destinés aux différents muscles de l'œil.

Cette esquisse anatomique rendra suffisamment compte des différentes formes de paralysies oculaires.

Étiologie. — Les paralysies oculaires sont fréquentes, et frappent avec une prédilection marquée la troisième et la sixième paire ; la paralysie du pathétique est beaucoup plus rare.

Le long trajet des nerfs moteurs de l'œil, l'étendue de leur épanouissement central ou périphérique, la multiplicité de leurs rapports orbitaires ou crâniens expliquent la variété des causes qui peuvent donner naissance à leurs paralysies. Ces causes peuvent les atteindre dans leur trajet intra-cérébral, au niveau de leurs noyaux, enfin dans leur parcours basilaire et orbitaire.

Les causes cérébrales, très variées, produisent des paralysies associées dont la plus commune est la *déviatio conjugua* des yeux avec ou sans rotation de la tête (Prévost, Vulpian, Landouzy), syndrome clinique dont le mécanisme n'est pas encore élucidé. La seule paralysie oculaire cérébrale isolée que l'on connaisse est celle du releveur de la paupière supérieure ; cette *blépharoptose corticale*, attribuée d'abord exclusivement à des lésions du pli courbe (Landouzy, Grasset), a été observée plus tard à la suite d'autres lésions de la zone motrice (Rendu, Tripier) ; sa localisation a besoin d'être confirmée par des recherches nouvelles.

Les paralysies nucléaires sont, avant tout, liées aux *maladies du système nerveux central*. Elles peuvent relever de la poliencéphalite supérieure aiguë ou chronique (Wernicke) et s'accompagner de paralysies d'autres nerfs bulbaires (facial, glosso-pharyngien, hypoglosse) ; causées quelquefois par des hémorragies ou des tumeurs du plancher du quatrième ventricule, elles sont le plus souvent sous la dépendance du *tabes*, qui occupe une place à part dans l'étiologie des paralysies oculaires. La sclérose en plaques, le goitre exophtalmique, la paralysie générale sont également susceptibles de les produire. Parmi les *maladies générales et infectieuses* capables de retentir sur les noyaux d'origine des nerfs moteurs de l'œil, il faut citer le diabète, dont les paralysies sont transitoires, la diphtérie, qui se traduit le plus souvent par de la mydriase et la paralysie de l'accommodation, la scarlatine, le purpura hémorragique et surtout la syphilis, quoique cette dernière ait une prédilection marquée pour la portion basilaire des nerfs oculaires. Les paralysies oculaires produites par différentes *intoxications* : tabac, plomb, oxyde de carbone, alcool, viande gâtée, ne sont pas toujours d'origine nucléaire ; leur pathogénie est encore remplie d'obscurité.

Dans leur parcours à la base du crâne les nerfs moteurs de l'œil sont exposés

à des *traumatismes* divers, plaies par instruments piquants, par armes à feu, et surtout fractures de la base du crâne et en particulier du rocher. Dans ce dernier cas, c'est l'oculo-moteur externe qui est le plus fréquemment lésé, en raison de ses rapports intimes avec l'arête vive du rocher (Panas) (1). Les causes de *compression* ne sont pas moins nombreuses; tantôt il s'agit d'hémorragies, d'anévrismes des artères de la base, de thrombose des sinus caverneux, tantôt de tumeurs diverses développées aux dépens du cerveau, des méninges, ou du tissu osseux avoisinant. C'est dans ce groupe que rentrent la méningite tuberculeuse, avec ses exsudats plus ou moins organisés, et la *syphilis*, qui se manifeste sous forme de gommes et de plaques scléro-gommeuses englobant les nerfs moteurs de l'œil à leur émergence de l'isthme de l'encéphale. Cette dernière engendre à elle seule les six dixièmes des paralysies oculaires.

Dans leur trajet *orbitaire* les nerfs moteurs de l'œil peuvent être atteints par une fracture de l'orbite ou une plaie par instrument piquant; à leur passage dans la fente sphénoïdale ils sont spécialement exposés aux nombreuses causes de compression provenant de périostites, gommes, etc., développées aux dépens du squelette. Dans l'orbite ils sont, plus que partout ailleurs, exposés à une inflammation spontanée de leur névritème, soit consécutivement à un phlegmon du tissu cellulaire, soit sous l'influence du froid. C'est à cette cause que paraissent se rattacher les paralysies rhumatismales; mais cette classe trop nombreuse renferme, sous cette désignation trop large, des paralysies dont l'étiologie reste souvent inexpliquée.

Symptômes. — Les paralysies oculaires présentent deux ordres de symptômes; les uns, *communs* à toutes les paralysies, font toujours partie du tableau symptomatique, quel que soit le nerf paralysé; les autres, *spéciaux* à chaque paralysie, varient suivant qu'il s'agit de la sixième, de la quatrième, de la troisième paire ou de l'une des branches de cette dernière.

Symptômes communs. — Celui qui attire tout d'abord l'attention est le *strabisme*, c'est à-dire la déviation que subit le globe oculaire sous la prédominance d'action du muscle antagoniste. C'est ainsi que, dans la paralysie du droit externe, l'œil est dévié en dedans par l'action du droit interne. La déviation augmente avec le degré de la paralysie; elle s'accompagne d'une *limitation des excursions* du globe oculaire dans le domaine d'action du muscle paralysé. Dans la paralysie du droit externe, par exemple, l'œil peut très bien se mouvoir en dedans, en haut et en bas, mais il est incapable de se porter en dehors. Facile à constater quand la paralysie est complète, à peine appréciable quand il y a paralysie légère, le strabisme peut être mis en évidence par la recherche de la *déviation secondaire*. On désigne sous ce nom la déviation que subit l'œil sain pendant que l'on fait fixer l'œil paralysé. Supposons par exemple une paralysie du droit externe gauche; lorsque l'œil droit fixe, l'œil gauche présente une déviation en dedans d'un certain degré; vient-on, au contraire, à faire fixer l'œil gauche, l'œil droit se dévie en dedans d'une quantité beaucoup plus marquée. C'est que, dans la fixation avec l'œil paralysé, le malade est obligé de demander un effort considérable à son droit externe gauche, effort qui se transmet avec la même intensité au muscle synergique de l'œil opposé, c'est-à-dire au droit interne droit, lequel attire violemment l'œil correspondant en dedans. Dans toute paralysie oculaire, — contrairement à ce qui se passe dans le strabisme

(1) PANAS. *Arch. d'ophtalm.*, t. I, p. 5, 1880-1881.

concomitant — la déviation secondaire est supérieure à la déviation primitive; la paralysie siège donc toujours sur l'œil le moins dévié pendant la fixation.

Une conséquence toute naturelle du strabisme est la *diplopie*.

En effet, pour que la vision binoculaire d'un objet soit simple, la perception unique, il faut que, dans les deux rétines, l'image de cet objet se forme en deux régions physiologiquement correspondantes. Supposons une déviation de l'œil droit: alors, tandis que sur la rétine gauche l'image de l'objet se forme dans la région où elle doit normalement se former, elle se forme, au contraire, sur la rétine droite, en un point qui, normalement, serait impressionné par un autre objet, occupant un lieu différent de l'espace. De là une illusion facile à comprendre: l'œil gauche voit, si l'on peut ainsi parler, l'objet dans la direction réelle qui lui appartient, et l'œil droit croit voir le même objet dans une autre direction. Chaque œil fournit une image séparément perçue: l'œil sain fournit une *image vraie*, c'est-à-dire répondant à la véritable situation de l'objet, et l'œil dévié fournit une *fausse image*.

Sans entrer dans les détails de la physiologie pathologique, on peut faire tenir dans une formule assez simple les lois qui régissent l'erreur de localisation de la fausse image. Soit une ligne verticale partageant en deux moitiés symétriques la pupille de l'œil malade. Cette ligne indiquera naturellement, par ses déplacements, les déplacements du globe oculaire par rapport à sa position normale; elle se portera en dehors ou en dedans, en haut ou en bas; elle penchera soit en dedans, soit en dehors, suivant le sens des déviations et des rotations pathologiques subies par le globe de l'œil. Cette ligne de repère étant donnée, son vice de position étant connu, on peut dire que l'image fournie par l'œil malade se comporte d'une manière inverse. Par exemple, dans la paralysie du grand oblique du côté droit, cette ligne, surtout dans certaines directions du regard, se porte en haut et en dedans, c'est-à-dire en haut et à gauche, et se penche en dehors, c'est-à-dire vers la droite; dès lors l'image fournie par l'œil dévié, par rapport à l'image fournie par l'œil sain, autrement dit la fausse image, par rapport à l'image vraie, est abaissée, portée à droite, et penchée vers la gauche. La même formule est valable pour toutes les variétés de strabisme. Dans le strabisme convergent la diplopie est *homonyme* ou *directe*; l'image est déviée vers le côté correspondant à l'œil du côté malade. Dans le strabisme divergent elle est *croisée*; l'image de l'œil gauche est placée à droite de celle de l'œil droit et *vice versa*. Lorsqu'il y a diplopie dans le sens vertical, l'image la plus haute appartient à l'œil dévié en bas et réciproquement.

La perturbation apportée dans la localisation des images rétinienne donne lieu à un symptôme intéressant, c'est la *fausse projection*. Le malade fixant avec son œil paralysé se trompe sur la position des objets, qu'il projette dans la direction du muscle paralysé. Ce phénomène est mis en évidence par l'épreuve de l'*orientation*. Très accusée au début des paralysies oculaires, la fausse projection peut donner lieu à un véritable vertige oculaire et s'accompagner de céphalalgie et même de vomissements.

Comme conséquence de ces signes subjectifs on observe une *attitude compensatrice*. Le malade exécute instinctivement une rotation de la tête destinée à suppléer à l'action du muscle paralysé. Il tourne la tête à droite, si son droit externe est paralysé; il la renverse en arrière ou l'incline en avant, suivant que la paralysie siège sur les éleveurs ou les abaisseurs.

Symptômes spéciaux. — Ils varient avec la paralysie de chacun des nerfs

moteurs de l'œil, à laquelle ils impriment une physionomie particulière.

I. **Paralysie de la 3^e paire.** — Elle est *totale* si le nerf tout entier est paralysé, *partielle* si la lésion n'atteint que quelques-uns de ses noyaux ou de ses branches.

Paralysie totale. — Elle se manifeste par un ensemble de signes *physiques* et de signes *fonctionnels*.

Signes physiques. — Celui qui frappe tout d'abord est le *ptosis*, ou chute de la paupière supérieure. Tantôt cette dernière recouvre complètement le globe oculaire, tantôt elle ne cache qu'une partie. Pour suppléer à la paralysie du releveur de la paupière, le malade a recours à son muscle sourcilier; en contractant énergiquement ce dernier, il parvient à masquer dans une certaine mesure son ptosis. Cet artifice se révèle à l'observateur par le plissement du front; une pression énergique au-dessus du sourcil, en empêchant l'action du sourcilier, permet de juger du degré réel de la paralysie.

Le globe oculaire présente une *déviatio*n en dehors et en bas (strabisme divergent et deorsum-vergent). Il 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), mais il conserve encore un léger mouvement de rotation en bas et en dehors, dû à l'action du grand oblique.

Il existe une *mydriase* moyenne. La pupille a perdu toute réaction à la lumière ou à l'accommodation : elle peut cependant réagir sous l'influence de l'atropine, qui produit une dilatation beaucoup plus grande.

Le malade présente une attitude caractéristique. Il renverse la tête en arrière pour obvier au ptosis, et tourne la tête du côté sain pour compenser son strabisme divergent.

Signes fonctionnels. — Le plus important est la *diplopie croisée*; l'image de l'œil malade ou fausse image est située du côté opposé à l'œil paralysé; elle est en même temps plus haute que celle de l'œil sain.

La paralysie du muscle ciliaire a pour conséquence l'*abolition de l'accommodation* : le malade, dont la vue reste normale dans la vision éloignée, ne peut plus distinguer nettement les objets rapprochés. C'est ainsi que la lecture et l'écriture deviennent impossibles. Ce trouble fonctionnel diminue d'importance avec l'âge, en se confondant avec la presbytie physiologique.

Enfin la *fausse projection* est très marquée; quand le malade regarde avec son œil paralysé, les objets semblent se déplacer du côté sain; il en résulte une sensation vertigineuse des plus désagréables, à laquelle il se soustrait en cachant son œil malade, soit avec la main, soit au moyen d'un bandeau.

Paralysie partielle. — Elle peut être produite par les lésions des noyaux ou des branches. Chacun des muscles moteurs peut être paralysé isolément.

La paralysie du *droit interne* se révèle par un strabisme divergent et la limitation des excursions de l'œil en dedans. La diplopie est croisée et les images sont situées à la même hauteur. La tête est tournée du côté du muscle paralysé, autour de son axe vertical.

La paralysie du *droit supérieur* est caractérisée par un strabisme inférieur. La diplopie se produit dans la partie supérieure du champ de regard. Les doubles images sont superposées et légèrement croisées, l'image de l'œil malade est plus haute et inclinée du côté sain. Pour éviter la diplopie le malade renverse la tête en arrière. Dans le regard en haut il se produit un mouvement associé, exagéré, du releveur de la paupière supérieure.

La paralysie du *droit inférieur* se manifeste par une déviation de l'œil en haut et un peu en dehors. La diplopie apparaît surtout dans la partie inférieure du champ de regard, quand le malade regarde à ses pieds, dans l'acte de monter l'escalier par exemple. Les doubles images sont superposées et légèrement croisées; celle de l'œil malade est plus basse. Pour éviter la diplopie, le malade baisse la tête.

Enfin, dans la paralysie de l'*oblique inférieur*, l'œil est dirigé en bas et en dedans. La diplopie se manifeste dans la partie supérieure du champ de regard; les doubles images sont homonymes et superposées; celle de l'œil malade est plus haute. Pour éviter la diplopie, le malade tourne la tête en haut et légèrement du côté sain.

Les paralysies isolées ne constituent qu'un aspect clinique des paralysies partielles de la troisième paire, et il n'est pas rare d'observer à côté d'elles des paralysies portant sur plusieurs branches à la fois; telles sont les paralysies du droit interne et du droit supérieur, du droit inférieur et du petit oblique. Leur symptomatologie, plus complexe, a sa place dans les traités spéciaux.

II. **Paralysie de la 4^e paire.** — Beaucoup plus rare que la paralysie de la 5^e ou la 6^e paire, elle n'affecte qu'un seul muscle, l'*oblique supérieur*. Les symptômes sont peu apparents et il faut un examen attentif des excursions de l'œil et surtout de la diplopie pour en déceler l'existence.

Le globe oculaire est dévié en haut et en dedans; la déviation devient plus apparente dans l'adduction. La diplopie n'existe que dans la partie inférieure du champ de regard. Les doubles images sont superposées et légèrement homonymes; celle de l'œil malade est plus basse et paraît en même temps plus rapprochée.

Pour éviter la diplopie, le malade incline la face en bas et vers le côté sain, ou bien il place l'objet qu'il veut fixer en haut et en dehors.

III. **Paralysie de la 6^e paire.** — Aussi fréquente que la paralysie de la 5^e paire, n'atteignant qu'un seul muscle, le droit externe, elle est facile à reconnaître au strabisme convergent, toujours très apparent, qui en est la conséquence. Les mouvements de l'œil sont limités en dehors. La déviation secondaire se manifeste par un strabisme convergent très marqué de l'œil sain. La diplopie est des plus nettes; elle est homonyme et les doubles images sont parallèles et situées à la même hauteur; leur écartement augmente dans le regard en dehors du côté de l'œil paralysé.

Le malade évite la diplopie en tournant la tête du côté de l'œil malade.

La paralysie de la 4^e paire est le type de la paralysie oculaire *a frigore*; elle est également caractéristique des fractures du rocher; enfin sa fréquence dans le tabes, et en particulier dans la période préataxique de ce dernier, égale celle de la 5^e paire.

Formes. — Au point de vue clinique, les paralysies oculaires offrent une grande variété d'aspect. Dans les cas les plus simples et, d'ailleurs, les plus fréquents, un seul nerf est paralysé et le tableau symptomatique, très net, se déduit facilement de l'action physiologique du nerf intéressé. Mais la clinique présente souvent des formes beaucoup plus complexes, caractérisées les unes par la paralysie simultanée de différents nerfs (ophtalmoplégies), les autres par la lésion isolée de certaines branches, les dernières enfin par la perte de certains mouvements associés. D'autre part, les différents facteurs étiologiques impriment à leur tour une physionomie spéciale à certaines paralysies, soit en modi-

fiant leur évolution, soit en ajoutant à leurs symptômes oculaires les signes des affections causales dont elles relèvent.

Nous avons déjà vu que plusieurs branches de la 3^e paire peuvent être atteintes à la fois; ces paralysies du droit interne et du droit supérieur, du droit inférieur et du petit oblique sont souvent le premier terme de paralysies plus complexes qui finissent par envahir toute la musculature des yeux et auxquelles on a donné le nom d'ophtalmoplégies.

Il y a *ophtalmoplégie* (*) quand la paralysie atteint tous les muscles de l'œil ou tout au moins des muscles innervés par deux nerfs différents, l'un des deux étant presque toujours l'oculo-moteur commun. On peut distinguer plusieurs formes.

Dans l'ophtalmoplégie externe (Hutchinson, Mauthner), extérieure ou extrinsèque (Panas), la paralysie occupe tous les muscles extrinsèques de l'œil.

L'ophtalmoplégie interne, intérieure ou intrinsèque est caractérisée par la paralysie du muscle ciliaire et du sphincter irien.

Enfin, il y a ophtalmoplégie totale ou mixte quand les musculaires interne et externe sont simultanément atteints.

Au point de vue de leur siège, on peut diviser les ophtalmoplégies en *nucléaires*, *radiculaires*, *basilaires* et *orbitaires*. La plus importante est l'ophtalmoplégie *nucléaire*. L'ophtalmoplégie externe, d'origine nucléaire, est en général bilatérale et se caractérise par le *facies d'Hutchinson*. Les paupières, demitombantes, recouvrent en partie la cornée et donnent au malade un aspect endormi. Pour remédier au ptosis, le frontal et le sourcilier se contractent énergiquement; le front est plissé et les sourcils arqués. En soulevant les paupières, on aperçoit les globes oculaires immobiles « comme figés dans de la cire » (Benedickt). Le regard est vague et les yeux ne peuvent exécuter le moindre mouvement.

L'abolition des mouvements des yeux se fait lentement et graduellement; elle atteint successivement, sans ordre déterminé, les divers muscles moteurs des globes oculaires. Elle est précédée d'une parésie particulière moins prononcée après le repos de la nuit. Il n'y a pas de phénomènes réactionnels cérébraux; les réflexes pupillaire et accommodatif sont intacts.

L'ophtalmoplégie intérieure est caractérisée par une mydriase moyenne. La pupille ne réagit ni à la lumière, ni à l'accommodation, ni à la convergence. Le muscle ciliaire étant également paralysé, l'accommodation est abolie.

Au point de vue de sa marche, l'ophtalmoplégie nucléaire est aiguë ou chronique.

Dans la forme *chronique*, tantôt l'ophtalmoplégie reste *stationnaire* et constitue une affection isolée sans retentissement sur la santé générale, tantôt elle devient *progressive* et se complique de phénomènes *bulbaires* (polyurie, glycosurie, albuminurie, paralysie labio-glosso-laryngée) ou *médullaires* (atrophie musculaire progressive).

La forme *aiguë*, beaucoup plus grave, s'accompagne rapidement de complications bulbaires redoutables ou d'accidents cérébraux graves: vertiges, céphalalgie, vomissements, etc., qui entraînent la mort du malade à bref délai.

Sous le nom de *paralysies associées*, M. Parinaud (2) a décrit des paralysies oculaires caractérisées par la suppression d'un mouvement commun aux deux

(1) SAUVINEAU. *Pathogénie et diagnostic des ophtalmoplégies*. Thèse de Paris, 1892.
(2) PARINAUD. *Arch. de neurol.*, 1885.

yeux; telles sont les paralysies des mouvements de latéralité (droit interne d'un côté et droit externe du côté opposé), des mouvements d'élévation (droits supérieurs) ou d'abaissement (droits inférieurs) du globe oculaire. La plus fréquente est la paralysie de la convergence caractérisée par ce fait que les droits internes ont conservé leur action pour tous les mouvements des yeux, mais ne peuvent se contracter simultanément dans la fixation des objets rapprochés.

Les *paralysies oculaires du tabes* se rencontrent de préférence dans la période préataxique. Elles se placent ainsi parmi les signes avant-coureurs de la sclérose des cordons postérieurs. Elles sont caractérisées par leur début brusque, leur dissociation fréquente (paralysies partielles de la troisième paire), leur prédilection pour la pupille (signe d'Argyll Robertson), leur durée essentiellement variable, leur évolution irrégulière et leur guérison spontanée. Mais il faut savoir qu'à côté de ces formes légères et fugaces, sujettes à récurrences, probablement causées par des névrites périphériques, on observe, à une période plus avancée de l'ataxie, des paralysies oculaires persistantes et incurables dues à l'altération des noyaux des nerfs moteurs.

Les *paralysies oculaires syphilitiques* ont un début progressif et une marche lente. Rarement nucléaires, elles ont une prédilection marquée pour la troisième paire et se présentent sous forme de paralysies totales de l'oculo-moteur commun. Elle cèdent le plus souvent au traitement spécifique.

La *paralysie migraineuse* (migraine ophtalmoplégique) est une paralysie totale de la troisième paire précédée ou accompagnée des symptômes de la migraine, hémicrânie, vomissements. Sa durée est de trois ou quatre jours. Elle est essentiellement sujette à récidiver (paralysie oculo-motrice récidivante).

Quant à l'hystérie, elle produit surtout des spasmes des muscles de l'œil. Cependant il existe des observations de paralysies hystériques de la troisième paire, et Ballet a décrit une ophtalmoplégie hystérique caractérisée par la perte des mouvements intentionnels du globe oculaire avec conservation des mouvements réflexes ou automatiques.

Enfin, il existe des paralysies oculaires *périphériques*. Le plus souvent elles sont causées par une névrite; dans des cas plus rares elles relèvent de lésions tuberculeuses ou syphilitiques des troncs nerveux. Les mieux connues de ces névrites périphériques sont celles du tabes (Dejerine), de la diphtérie (Mendel), du diabète et celles qui accompagnent les polynévrites d'ordre infectieux ou d'étiologie mal définie. Leur caractère principal est leur tendance naturelle à la guérison.

Benoit (1) a attiré l'attention sur la fréquence des troubles du nerf trijumeau au cours des paralysies oculo-motrices, que celles-ci soient de cause centrale ou de cause périphérique.

Diagnostic. — Les paralysies oculaires doivent être différenciées des affections similaires. Leur existence une fois reconnue, il restera à en déterminer l'espèce, le siège, la cause, enfin la valeur sémiologique.

Diagnostic différentiel. — On ne confondra pas le strabisme produit par une paralysie oculaire avec le *strabisme concomitant*. Dans ce dernier il y a conservation des mouvements du globe dans toutes les directions et absence de

(1) *Revue de méd.*, 1895, n^o 7 et 8.