

diplopie; de plus la déviation secondaire de l'œil sain est égale à la déviation de l'œil malade.

Une paralysie oculaire peut être simulée par un *spasme* du muscle antagoniste. C'est le cas dans l'hystérie, dont une des manifestations les plus fréquentes, dans le domaine qui nous occupe, est le *blépharospasme*, ou *ptosis pseudo-paralytique*. Il se distingue du ptosis vrai par les frémissements convulsifs de la paupière et la résistance que cette dernière offre au doigt qui la soulève. Le sourcil est abaissé au lieu d'être tiré en haut par l'action du muscle frontal. Enfin la présence d'autres symptômes, anesthésie conjonctivale, amblyopie ou amaurose hystérique, permet d'établir facilement le diagnostic.

Quelques auteurs ont prétendu que l'hystérie pouvait donner naissance à une véritable paralysie de la 5^e et de la 4^e paire. Mais cette opinion semble erronée à Babinski. Celui-ci a montré que la mydriase et l'immobilité pupillaire, signes de la paralysie complète de la 5^e paire, ne pouvaient être reproduits par la suggestion et que la suggestion était incapable de réaliser un strabisme et une diplopie ayant les caractères spéciaux qui appartiennent à la paralysie du moteur oculaire commun et du moteur oculaire externe.

Diagnostic du nerf et du muscle paralysé. — Il se fonde sur la déviation du globe oculaire et la limitation de ses excursions, la nature de la diplopie, l'attitude du malade. Facile quand la paralysie est isolée (paralysie de la 6^e paire, par exemple), il peut offrir de grandes difficultés quand il s'agit de paralysies partielles ou d'ophtalmoplégies à leur début. C'est dans ce cas qu'il faut recourir à la recherche de la déviation secondaire et analyser à fond la position respective des doubles images dans les différents mouvements des yeux.

Diagnostic du siège de la lésion. — Les paralysies oculaires d'origine *intra-cérébrale* se manifestent par une déviation conjuguée des yeux et il ne semble guère possible actuellement de maintenir l'existence de paralysies isolées, causées uniquement par une lésion corticale. L'absence de notions exactes sur le trajet des fibres qui relient les noyaux à l'écorce, aussi bien que sur le territoire cortical où ces fibres aboutissent, ne permet pas d'assigner un siège précis aux déviations oculaires d'origine cérébrale.

L'origine *nucléaire* d'une paralysie oculaire est, en général, facile à diagnostiquer. Le plus souvent on se trouve en présence d'une ophtalmoplégie extérieure; dans ce cas l'intégrité de l'accommodation et du sphincter irien permet de placer le siège de la lésion dans les noyaux. La marche spéciale de l'affection: abolition lente et graduelle des mouvements des yeux, parésie spéciale du début (Mauthner) et facies d'Hutchinson, ainsi que la présence d'autres symptômes bulbares: paralysie labio-glosso-laryngée, glycosurie, polyurie, confirment le diagnostic.

Si l'ophtalmoplégie est mixte, il devient plus difficile de la distinguer d'une paralysie basilaire. C'est l'allure générale de l'affection plutôt que les symptômes paralytiques considérés en eux-mêmes qui permettent d'établir cette distinction, et l'on attachera une importance particulière à certains signes signalés par Gayet et Wernicke: tendance invincible au sommeil, faiblesse musculaire généralisée.

Les paralysies oculaires d'origine *pédonculaire* ne se présentent pas toujours sous le même aspect. La mieux connue est la paralysie alterne de l'oculo-moteur ou syndrome de Weber, caractérisée par la paralysie de la 5^e paire d'un côté, et la paralysie de la face et des membres du côté opposé. Dans ce cas l'oculo-moteur commun est lésé en totalité à sa sortie du pédoncule. Dans l'étage

supérieur, au contraire, les différents filets destinés à l'iris et au muscle ciliaire n'ont pas encore rejoint les filets des muscles extrinsèques; une lésion portant en ce point est, par conséquent, susceptible de produire une paralysie partielle, en respectant, comme une lésion nucléaire, la musculature extrinsèque de l'œil.

Les paralysies *basilaires*, qu'elles atteignent un seul nerf, tous les nerfs d'un seul côté, ou les nerfs des deux côtés, ont pour caractère commun d'être des paralysies *totales*. Faciles à diagnostiquer quand elles affectent un seul nerf, oculo-moteur commun ou oculo-moteur externe, elles présentent plus de difficulté quand elles se présentent sous forme d'ophtalmoplégie. L'ophtalmoplégie basilaire est toujours *mixte*. Elle s'accompagne de phénomènes réactionnels cérébraux marqués (céphalalgie, vomissements), mais les signes les plus importants pour le diagnostic sont fournis par les altérations concomitantes des nerfs optiques et olfactifs, entraînant, les unes, de l'hémianopsie homonyme ou temporale, de la névrite optique, de l'amblyopie et de l'amaurose d'un œil; les autres, l'abolition complète de l'odorat d'un côté.

Les paralysies *orbitaires* sont toujours unilatérales et se reconnaissent à ce qu'elles frappent soit une branche isolée de l'oculo-moteur commun (branche du droit supérieur et du releveur), soit la 4^e paire ou la 6^e séparément. La paralysie est toujours en rapport avec la distribution des filets nerveux dans l'orbite; elle affecte la musculature interne de l'œil quand il s'agit de la 5^e paire; enfin elle s'accompagne souvent de troubles de la sensibilité dans le domaine des différentes branches du trijumeau en rapport avec les nerfs moteurs de l'œil. Quand la paralysie envahit tous les muscles de l'œil en produisant une ophtalmoplégie complète, l'origine orbitaire de cette ophtalmoplégie est décelée par une exophtalmie plus ou moins marquée, de l'œdème des paupières, du chémosis, enfin des troubles de la sensibilité dans la sphère de la branche ophtalmique.

Diagnostic de la cause. — En grande partie subordonné à celui du siège, il se fonde surtout sur la marche de l'affection et les symptômes concomitants de l'affection causale. Le siège de la paralysie oculaire une fois précisé, il faut passer en revue les différentes affections capables de léser les nerfs oculaires en tel ou tel point de leur long parcours. On recherchera avec soin les signes d'une affection nerveuse et surtout du tabes; les antécédents syphilitiques, l'existence d'une maladie générale infectieuse, d'une fracture du crâne, d'une plaie de l'orbite permettront, suivant les cas, de déterminer la vraie cause d'une paralysie oculaire.

Valeur séméiologique des paralysies oculaires. — Outre l'intérêt qui s'attache à leur étude, les paralysies oculaires acquièrent une importance toute spéciale par les indications qu'elles peuvent fournir sur diverses affections nerveuses ou générales.

Apparaissant au début du tabes, comme signe avant-coureur, elles font diagnostiquer cette affection avant l'apparition de tout autre symptôme et fournissent des indications tout aussi précieuses sur l'existence d'une syphilis cérébrale, d'une affection bulbaire ou pédonculaire. Dans d'autres circonstances elles permettent de préciser le siège d'une fracture, d'une tumeur ou d'une hémorragie de la base, d'une lésion orbitaire. Le strabisme et la diplopie sont des symptômes importants de la méningite tuberculeuse; la mydriase et la paralysie de l'accommodation confirment quelquefois la nature diphtérique d'une angine légère.

Pronostic. — Il est entièrement subordonné à la cause de la paralysie oculaire. Les paralysies nucléaires ne guérissent pas, et si elles sont le plus souvent compatibles avec l'existence, il est un certain nombre de formes graves susceptibles d'entraîner une terminaison fatale à bref délai. Nous avons déjà insisté sur la terminaison variable des paralysies tabétiques suivant qu'il s'agit d'une lésion des nerfs ou de leurs noyaux. Les paralysies syphilitiques sont heureusement influencées par le traitement. On comprend qu'une tumeur maligne, une hémorragie, une fracture entraînent des paralysies incurables. Par contre, les paralysies *a frigore*, rhumatismales, migraineuses ou relevant d'une infection générale guérissent habituellement sans laisser de trace.

Traitement. — Les moyens *palliatifs* ont pour but d'obvier aux troubles visuels gênants qui accompagnent les paralysies oculaires. La diplopie sera corrigée au moyen de verres prismatiques, si elle ne dépasse pas un certain degré; sinon on fera porter au malade un verre dépoli devant l'œil paralysé.

Le traitement *curatif* dépend essentiellement de la cause qui a produit la paralysie : frictions mercurielles et iodure de potassium à haute dose dans la syphilis, salicylate de soude dans le rhumatisme, suggestion dans l'hystérie.

L'électricité, soit qu'elle stimule le nerf, soit qu'elle excite la contractilité du muscle, est un adjuvant précieux. On peut employer le courant galvanique ou faradique. La cathode est appliquée à la nuque, l'anode autour de l'orbite. Le courant doit être de faible intensité; les séances, durant chacune six à huit minutes, sont répétées tous les deux jours.

Si la paralysie résiste à tous les moyens thérapeutiques, la déviation oculaire ne peut être corrigée que par le traitement chirurgical. La ténotomie ou l'avancement musculaire, le plus souvent ces deux opérations combinées, auront raison du strabisme paralytique.

III. — PARALYSIE DE LA BRANCHE MOTRICE DU TRIJUMEAU

La branche motrice du trijumeau peut être considérée comme un filet aberrant du nerf facial; elle en partage les origines bulbaires, pour s'accoler ensuite au tronc sensitif du trijumeau et se jeter plus loin dans la branche sous-maxillaire de ce dernier.

Sa paralysie est habituellement de cause intra-crânienne (méningite, syphilis, tumeurs, anévrisme, otite moyenne suppurée)⁽¹⁾; les troncs nerveux avoisinant la branche sensitive de la 5^e paire et aussi le facial et l'abducens (déjà solidaires du trijumeau moteur par le voisinage des noyaux bulbaires de ces différents nerfs, sont fréquemment frappés en même temps que la branche motrice de la cinquième paire.

Les *muscles masticateurs* étant paralysés d'un côté, on voit, dans la mastication, la mâchoire inférieure se dévier vers le côté malade, grâce à l'action non équilibrée des muscles ptérygoïdiens intacts. La langue dirige instinctivement vers le côté sain les aliments à broyer.

On devrait s'attendre à des troubles fonctionnels de la part du voile du palais (muscle sphéno-staphylin) et de l'oreille (muscle interne du marteau). On ne

⁽¹⁾ DARKCHEVITCH et MALINOVSKI. Paralysie périph. des nerfs facial et trijumeau dans l'otite moyenne suppurée et son traitement chirurg. Anal. in *Revue neurol.*, 1895, p. 572.

sait rien de précis à cet égard; pourtant on a signalé la perception illusoire d'un bruit de basse tonalité, et, par contre, le défaut de perception des sons graves réellement existants.

La réaction électrique anormale des muscles (celle des nerfs, trop profonds, est impossible à explorer), de l'atrophie, de la contracture avec projection de la mâchoire en avant, sont des phénomènes possibles, relevant de la névrite; ils n'ont rien ici de spécial.

IV. — PARALYSIE DU SPINAL

La branche interne du spinal se jette dans le tronc du nerf vague, auquel elle apporte des filets moteurs de divers ordres, filets pharyngés, laryngés et cardiaques. La physiologie comme la pathologie de ces filets sont rattachées à la physiologie et à la pathologie du pneumo-gastrique; celle-ci, d'autre part, se répartit entre les chapitres qui ont trait aux divers organes viscéraux innervés par la 10^e paire. C'est ainsi, par exemple, que le rôle du nerf pneumogastrique dans les affections de l'appareil bronchopulmonaire, question à laquelle H. Meunier (de Pau) a consacré un travail d'ensemble⁽¹⁾, nous paraît ressortir principalement au chapitre des *Maladies du système respiratoire*. Nous nous occuperons exclusivement ici de la branche externe du spinal, qui dessert les muscles sterno-cléido-mastoïdien et trapèze. Les refroidissements, les traumatismes du cou, les affections du rachis cervical, parfois des lésions intra-crâniennes, sont autant de causes de la paralysie qui nous occupe.

Nous avons indiqué précédemment les fonctions de ces deux muscles et les symptômes de leur paralysie⁽²⁾. La paralysie du sterno-cléido-mastoïdien entraîne une prépondérance d'action du muscle congénère; la tête s'incline vers le muscle sain, et la face se tourne légèrement vers le muscle lésé. Mais la déviation est légère et n'atteint pas, à beaucoup près, le degré qu'on observe dans le torticolis par contracture; on a même mis en doute la possibilité d'un torticolis par simple paralysie. D'ailleurs, les deux muscles reçoivent, outre les branches du spinal, des rameaux provenant du plexus cervical; de là des suppléances fonctionnelles possibles. Un des deux muscles est seul paralysé, quand le rameau qui lui correspond est intéressé seul. Si la branche externe du spinal est lésée en totalité, les symptômes de paralysie des deux muscles se combinent. Si enfin le spinal est altéré au niveau du tronc primitif ou de ses racines constituantes, des troubles pharyngés, cardiaques, et surtout des paralysies laryngées apparaissent.

L'évolution de la paralysie est variable et subordonnée à la cause productrice. Les réactions électriques se comportent comme dans toute autre paralysie périphérique; il en est de même de l'atrophie musculaire. Quand celle-ci a lieu, des méplats ou même des dépressions remplacent le relief normal des muscles intéressés. Des contractures, des réactions fibreuses peuvent s'établir dans les cas invétérés, et la déviation de la tête change alors de sens.

Au traitement de la cause on adjoindra l'électrothérapie appliquée suivant les principes habituels. Dans les cas de lésion intra-crânienne, on a recommandé les courants continus, traversant le crâne transversalement dans la région correspondant à l'origine et au trajet du spinal. Les contractures consé-

⁽¹⁾ Thèse de Paris, 1896.

⁽²⁾ Chapitre premier.