

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.

cutives seraient justiciables d'un traitement orthopédique ou de la myotomie.

V. — PARALYSIE DE L'HYPOGLOSSE (1)

Étiologie. — Les paralysies périphériques de l'hypoglosse sont rares; une tumeur développée sur le trajet du nerf, une plaie par arme à feu (Weir-Mitchell), quelquefois une pharyngite (2), etc., peuvent les provoquer.

Symptômes. — Lorsque l'hypoglosse est paralysé d'un seul côté, la langue est déviée; sa pointe se dirige non vers le côté sain, mais vers le côté malade, phénomène dû à l'action du muscle génioglosse du côté sain. La moitié paralysée est relativement flasque; parfois elle est ridée, surtout lorsqu'à la paralysie simple se substitue de l'atrophie.

La mastication est fort gênée, la langue ne pouvant plus que difficilement répartir les aliments dans la bouche. La déglutition est elle-même entravée, car la langue s'applique imparfaitement au palais pour expulser le bol alimentaire. Enfin, l'articulation des mots est très gênée. Les consonances l, s, ch, r sont particulièrement mal rendues.

Toutefois Babinski a montré que l'hémiatrophie de la langue pouvait ne provoquer aucun trouble fonctionnel et ne gêner ni l'articulation ni la dégluti-

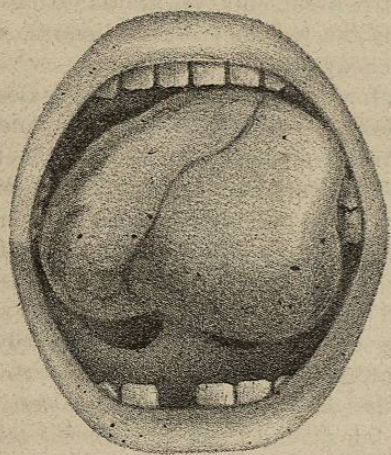


Fig. 77.

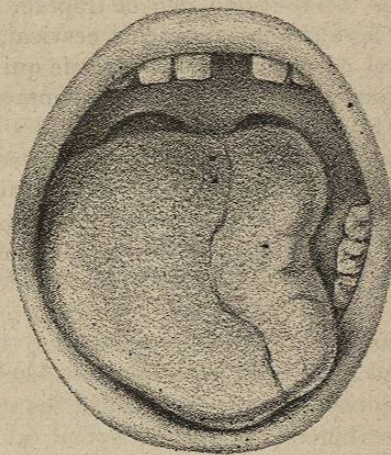


Fig. 78.

tion. Il a insisté aussi sur un fait signalé déjà incidemment, mais peu connu et consistant dans le changement de position de la langue par rapport à la ligne médiane suivant qu'elle est attirée en arrière ou qu'elle est portée en avant; quand la langue est hors de la bouche, la langue est déviée du côté atrophie; lorsqu'elle est maintenue dans la cavité buccale elle présente une déviation en sens inverse (voir figures ci-jointes extraites d'un travail de Babinski).

Babinski et Hallion ont constaté nettement le même fait sur le chien et le lapin après section de l'hypoglosse.

(1) Pour les indications bibliographiques, voir DU PASQUIER et MARIE. Séméiologie nerveuse de la langue. *Progrès méd.*, 1891, p. 107, 125, 227, et aussi TREVELYAN. *Brain*, 1890, XIII, p. 102. Hemiatrophy of the tongue.

(2) VOY. A. MARINA. *Neurol. Centralbl.*, 15 avril 1896, p. 558.

Les symptômes sont au maximum lorsque les deux côtés de la langue sont paralysés, ce qui ne saurait être, il est vrai, que très exceptionnel dans les paralysies périphériques de l'hypoglosse.

Diagnostic. — Une lésion cérébrale corticale très limitée pourrait produire une glossoplégie du côté opposé sans participation des membres, mais la face serait toujours plus ou moins atteinte par la paralysie. Il en est de même, et à plus forte raison, des lésions capsulaires.

Une lésion en foyer de la protubérance ou du bulbe se reconnaît à l'existence de symptômes bulbo-protubérantiels concomitants. Une lésion systématisée du bulbe (paralysie labio-glosso-laryngée) posséderait une évolution spéciale, progressivement envahissante, et produirait la glossoplégie double.

Il ne faudrait pas prendre le spasme d'une moitié de la langue, souvent associé, dans l'hystérie, à du spasme labié (spasme glosso-labié) pour une paralysie de la moitié opposée. Il ne faudrait pas non plus croire à une glossoplégie lorsque, dans la paralysie faciale, on constate une certaine déviation de la langue vers le côté sain (par paralysie du styloglosse).

VI. — PARALYSIES COMPLEXES DES NERFS CRANIENS

Plusieurs nerfs crâniens peuvent être affectés simultanément de paralysie.

Il s'agit souvent d'un processus bulbaire ou protubérantiel altérant à la fois ou successivement plusieurs noyaux: processus tantôt irrégulièrement localisé comme dans le cas de néoplasme, tantôt systématisé et alors généralement symétrique, comme dans les différentes variétés de polio-encéphalite. Nous n'avons pas à nous occuper ici de ces faits, qui ressortissent à la pathologie bulbo-protubérantielle.

Mais on observe aussi des paralysies multiples périphériques, soit qu'une même cause générale, par exemple une infection, retentisse à la fois sur plusieurs nerfs crâniens, soit qu'une lésion localisée englobe des troncs nerveux multiples.

La première de ces éventualités se montre surtout dans la *diphthérie*; cette maladie détermine souvent une paralysie du pharynx et du voile du palais, organes desservis par diverses paires crâniennes dont le rôle respectif est encore mal déterminé (1).

La deuxième peut résulter d'un *traumatisme* accidentel ou opératoire; c'est ainsi que dans une intéressante observation de Remak (2), l'accessoire, l'hypoglosse et le sympathique sont réséqués par le chirurgien à la suite de l'ablation d'une tumeur cancéreuse du cou. Mentionnons encore la syphilis (3), et surtout la méningite tuberculeuse, qui se localise habituellement à la base du cerveau et enveloppe les nerfs qui s'y rencontrent. Parfois, comme dans le cas de Mendel (4), où la 5^e et la 7^e paire sont intéressées d'un seul côté, la nature du processus demeure inconnue (rhumatismale?). Un certain nombre de faits, où le facial, l'abducens, le trijumeau peuvent être lésés, s'observent quelquefois

(1) La diphthérie s'attaquant non seulement aux nerfs périphériques, mais aussi à l'axe spinal (ENRIQUEZ et HALLION. *Soc. de biol.*, 1894), il est vraisemblable que le bulbe lui-même soit en cause dans certains cas de paralysie affectant le domaine des nerfs crâniens.

(2) *Berlin. klin. Wochenschrift*, 7, 1888.

(3) KAHLER. *Zeitschrift für Heilk.*, VIII, 1, 1887.

(4) *Neurol. Centralbl.*, 1890, p. 494-499.

chez les nouveau-nés; souvent, mais non toujours, ils sont attribuables à une compression exercée par le forceps⁽¹⁾.

Les observations de paralysies multiples de nerfs crâniens ont été publiées en assez grand nombre⁽²⁾.

Des paralysies temporaires, récidivantes, associées à des crises migraineuses, se rencontrent dans le domaine de l'abducens; cela constitue, comme on sait, la migraine ophtalmoplégique. Ces paralysies peuvent atteindre la 7^e paire en même temps que la 6^e (Nieden)⁽³⁾.

II. — PARALYSIES DES NERFS DES MEMBRES

I. — PARALYSIE RADIALE

Étiologie. — Le radial est beaucoup plus fréquemment paralysé qu'aucun des autres nerfs du membre supérieur. Son trajet très long, sa position superficielle, le rendent d'ailleurs particulièrement accessible aux causes vulnérantes, telles que le froid, les traumatismes, la compression.

Parmi les *traumatismes*, mentionnons les contusions, les piqûres, les plaies. Les fractures de l'humérus, avec lequel le radial affecte des rapports étroits, peuvent léser le nerf soit immédiatement, soit par suite de l'englobement dans le cal osseux. On a vu des injections sous-cutanées d'éther atteindre le radial et le paralyser (Arnozan).

La *compression prolongée* est la plus fréquente parmi les causes traumatiques. Elle peut avoir pour cause le développement d'une tumeur dans le voisinage; mais le plus souvent il s'agit d'une compression exercée à la surface même de la peau par un objet extérieur. Chez les sujets porteurs de béquilles, surtout lorsque la longueur de la béquille est mal proportionnée à la longueur du bras, il est fréquent de voir le nerf radial se paralyser par ce mécanisme; la position relativement superficielle du nerf dans le creux axillaire explique la fréquence du fait.

On sait qu'après avoir cheminé dans la gouttière de torsion de l'humérus, le nerf contourne le bord externe de l'os; à cet endroit, qui répond à l'union du tiers inférieur de l'humérus avec le tiers moyen, si quelque objet dur exerce une compression, le radial se trouve serré contre l'os et se paralyse rapidement. A ce mécanisme doivent être attribuées, d'après Panas, la plupart des paralysies radiales se produisant pendant le sommeil. Voici comment, d'ordinaire, se passent les choses: un sujet alourdi par la fatigue ou par le vin se couche sur le sol pour y dormir; le bras est replié sous la tête et forme oreiller, ou bien encore il est étendu le long du corps qui pèse sur lui; souvent un objet anguleux, une pierre, parfois le dos d'un banc ou le fer d'un lit, dépriment la peau sur le trajet même du radial. Si le sommeil est assez profond pour empêcher le dormeur d'être averti par la douleur et de déplacer instinctivement le

(1) V. M. BERNHARDT. Paralysie congénitale unilatérale du trijumeau, de l'abducens et du facial. *Neurol. Centralbl.*, 1890, p. 419.

(2) Voir MÖBIUS. *Schmidl's Jahrb.*, 1888, CCXVII, p. 257; UNVERRICHT. *Fortschritte der Medicin*, 1887, I, p. 791. — SCHÄPRINGER. *New York med. Monatschr.*, 1889, anal. in *Neurol. Centralbl.*, 1890, p. 570.

(3) NIEDEN. Paralysie périodique du facial et de l'abducens. *Centralbl. für prakt. Augenheilk.*, 1890, juin.

membre menacé, la compression poursuit son œuvre. On se couche de préférence sur le côté droit du corps; aussi la paralysie radiale du sommeil est-elle plus fréquente à droite.

Telle est l'hypothèse la plus communément acceptée aujourd'hui. MM. Debove et Brühl⁽¹⁾, ont également indiqué comme cause possible une élongation prolongée du nerf dans certaines attitudes du bras (pronation forcée).

La paralysie *a frigore*, dite aussi rhumatismale, existe ici, mais elle est moins fréquente qu'on ne l'a cru jadis. Autrefois, en effet, on rapportait à l'action du froid toutes ces paralysies du sommeil dont nous avons parlé.

Certains métiers prédisposent à la paralysie radiale, parce qu'ils entraînent des compressions prolongées du nerf. Signalons la paralysie radiale des *mineurs*, qui souvent travaillent couchés sur le côté, dans d'étroites galeries souterraines, des *cochers* qui dorment avec les rênes passées autour du bras (Brenner), des *porteurs d'eau*, dans certains pays, etc. La paralysie radiale des *prisonniers* dont on a ligotté fortement les bras ou les poignets (Brenner, Bernhardt)⁽²⁾, celle des nourrissons enveloppés dans un maillot trop serré, reconnaissent aussi la même raison pathogénique: la *compression*.

On a vu le radial se paralyser à la suite d'un *effort* exagéré des muscles qu'il innerve; Gowers⁽³⁾ en cite plusieurs cas.

Des maladies *infectieuses* (typhus exanthématique, rhumatisme articulaire aigu) se sont compliquées de paralysie radiale. Il s'agit là de névrites infectieuses, le plus souvent bilatérales.

Une polynévrite de cause quelconque peut frapper le radial d'une façon prépondérante; la polynévrite saturnine a, pour ce nerf, une prédilection particulière; qui dit paralysie saturnine dit presque toujours paralysie radiale.

Anatomie pathologique. — Rien de spécial à la névrite du radial, qu'on a d'ailleurs bien rarement l'occasion d'étudier anatomiquement. Décrire en détail les lésions signalées par les auteurs serait répéter inutilement ce qui a été dit de la névrite en général. Mme Dejerine-Klumpke⁽⁴⁾ a soumis à un examen détaillé un cas de névrite radiale saturnine: les lésions étaient de nature dégénérative.

Symptômes. — Le début est souvent *brusque*. Un sujet s'aperçoit au réveil d'une paralysie radiale survenue tandis qu'il dormait. D'autres fois, par exemple chez les porteurs de béquilles, des sensations de fourmillement dans l'avant-bras précèdent les troubles moteurs.

Ces derniers peuvent être les seuls symptômes; ce sont toujours, en tout cas, les symptômes dominants, et les phénomènes sensitifs sont au dernier plan. Le radial innerve les muscles suivants: extenseur commun des doigts, extenseurs et long abducteur du pouce, premier et deuxième radiaux externes, cubital postérieur, court et long supinateurs, anconé et triceps brachial. Nous avons indiqué ailleurs, avec quelques détails, les symptômes propres à la paralysie de chacun de ces muscles⁽⁵⁾; cela nous permettra d'être brefs.

(1) *Méd. mod.*, 1892, p. 750.

(2) Voir EULENBURG. Arrestanten-lähmung. *Neurol. Centralbl.*, 1889, p. 97.

(3) *Diseases of the nervous system*, t. I, 2^e édit., p. 85. — Voir aussi HOCHHAUS. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1886, 47.

(4) M^{me} DEJERINE-KLUMPKE. Thèse de Paris, 1889.

(5) Chapitre premier: *Physiologie des muscles en particulier*.