

2° *L'œil est dévié du côté opposé au muscle paralysé, c'est-à-dire du côté de l'antagoniste, surtout lorsque la paralysie est assez prononcée et qu'elle est ancienne; c'est le strabisme paralytique.*

3° *La déviation secondaire est plus grande que la déviation primitive.* — On se reportera à la page 210 pour cette recherche.

4° *Projection défectueuse ou fausse orientation.* — C'est l'erreur commise par le sujet sur la situation d'un objet, lorsqu'il regarde seulement avec l'œil malade et du côté du muscle paralysé. L'œil sain étant fermé et même parfois lorsqu'il est ouvert, le sujet a de la peine à s'orienter, se jette sur les obstacles qu'il veut éviter, ne peut saisir rapidement et sans hésitation un objet. Ce signe est surtout marqué dans les paralysies récentes. Dans les paralysies un peu anciennes, lorsqu'il y a une différence de vision très marquée entre les deux yeux, la fausse projection musculaire se manifeste aussi sur l'œil sain (Landolt).

5° *Vertige.* — Le vertige se produit surtout lorsque l'œil sain est fermé et est dû au nystagmus de l'œil malade, c'est-à-dire aux oscillations ataxiques qu'il exécute pour ramener sur la macula l'image de l'objet fixé; par erreur d'interprétation, le sujet se croit lui-même en état d'oscillation.

6° *Attitudes spéciales de la tête.* — Dans le but d'éviter les inconvénients de la diplopie, le sujet imprime à sa tête des attitudes spéciales bien étudiées par Landolt et qui seront indiquées à propos de la paralysie de chaque muscle. La tête est en général dirigée vers le côté sain pour un adducteur, vers le côté malade pour un abducteur, renversée en arrière pour un élévateur, fléchie pour un abaisseur.

§ 4. — Paralysies des muscles de l'œil examinées isolément.

Il est nécessaire de rappeler quelques notions sommaires d'anatomie pour faciliter l'étude des paralysies isolées des muscles de l'œil.

Les muscles droit supérieur, droit inférieur, droit interne et petit oblique, sont innervés par la III^e paire ou nerf oculo-moteur commun; le muscle grand oblique est innervé par la IV^e paire ou nerf pathétique;

le muscle droit externe par la VI^e paire ou nerf oculo-moteur externe. Les noyaux d'origine de ces nerfs sont situés dans le plancher du IV^e ventricule, au-dessous de l'aqueduc de Sylvius, de chaque côté de la ligne médiane, et placés dans l'ordre suivant, d'avant en arrière: III^e paire, IV^e paire, et plus loin VI^e paire, dont le noyau est voisin de celui de la VII^e paire ou nerf facial et placé au dessus de celui du trijumeau. Dans la colonne formée par le noyau de la III^e paire, le groupe le plus antérieur est celui de la musculature intérieure de l'œil (m. ciliaire et m. du sphincter irien). Les fibres de la IV^e paire d'un côté s'entrecroisent avec celles du côté opposé; l'entrecroisement est total pour Gudden, incomplet pour van Gehuchten. Duval et Graux ont décrit une anastomose entre le noyau de la VI^e paire d'un côté et celui de la III^e paire du côté opposé, anastomose qui expliquerait les mouvements associés de latéralité, mais qui n'est pas admise par tous.

Au-dessus de ces noyaux d'origine, il existe des centres de coordination, des centres moteurs et des centres d'association, pour la topographie desquels on se reportera aux traités spéciaux de neuropathologie.

Les six muscles de l'œil s'insèrent à une distance un peu variable du bord de la cornée: le m. droit interne à 5 à 6 mm., le droit inférieur à 6 ou 6 mm., 5, le droit externe à 7 mm., le droit supérieur à 8 mm. Le m. droit interne est le plus fort de tous; le droit supérieur, le plus faible.

Sous le rapport de leur action générale sur le globe de l'œil, on peut diviser les muscles en deux groupes: 1° muscles adducteurs donnant une diplopie croisée (droit interne, droit supérieur et droit inférieur); 2° muscles abducteurs donnant par leur paralysie respective une diplopie homonyme (droit externe et les deux obliques); dans le premier groupe, le droit supérieur est en même temps élévateur et le droit inférieur abaisseur, d'où la situation plus élevée de la fausse image pour le premier de ces muscles, plus basse pour le second; dans le second groupe, le m. grand oblique abaisseur et le m. petit oblique élévateur exercent, par leur paralysie, une action analogue sur la situation des images.

I. PARALYSIES DES MUSCLES DU GROUPE ADDUCTEUR. — Diplopie croisée. Dans les figures 39 à 44, relatives aux paralysies isolées, la fausse image est dessinée en noir; sur chaque figure, la disposition des images est indiquée pour l'œil gauche et pour l'œil droit, suivant que le muscle dont la paralysie est étudiée appartient à l'un ou à l'autre.

1° *Paralysie du m. droit interne.* Ce muscle est franchement adducteur. — Soit une *paralysie du muscle droit interne de l'œil droit* (fig. 39, OD). Diplopie croisée avec écartement des images s'accroissant dans le regard à gauche ou quand l'objet est porté à gauche. Images de niveau et parallèles. S'il y a contracture du muscle droit externe antagoniste, la paralysie apparaît déjà dans le regard à droite. Dans le regard en dedans et en haut, la fausse image est un peu plus basse et s'écarte de l'autre par son sommet; dans le regard en dedans et en bas, c'est l'inverse. Strabisme divergent s'accroissant dans le regard à gauche. La face est légèrement tournée vers le côté sain.

Dans la paralysie, la diplopie n'apparaît qu'à partir d'une distance relativement courte.

Pour la paralysie du m. dr. int. de l'œil gauche, situation des images comme sur la figure 39, OG.

2° *Paralysie du m. droit supérieur* (fig. 40). — Ce muscle est adducteur



OG OD

Fig. 39. — Paralysie du muscle droit interne.



OG OD

Fig. 40. — Paralysie du muscle droit supérieur.



OG OD

Fig. 41. — Paralysie du muscle droit inférieur.

et élévateur; il porte la cornée en haut et en dedans et incline légèrement en dedans la partie supérieure du méridien vertical.

Soit une *paralysie du m. droit supérieur de l'œil droit* (fig. 40, OD). Diplopie croisée dans le regard en haut avec fausse image plus haute s'écartant de la vraie par son extrémité supérieure qui est inclinée à gauche. L'écart en hauteur s'accroît dans le regard en haut et en dehors; l'inclinaison s'accroît au contraire dans le regard en haut et en dedans ainsi que la diplopie. Le défaut d'excursion se marque dans le regard en haut et en dedans.

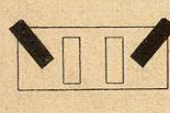
Léger strabisme divergent inférieur avec rotation du globe en dehors et qui s'accroît dans le regard en bas et en dehors. Le malade renverse la tête en arrière vers le côté sain, en l'inclinant sur l'épaule de ce côté pour éviter la production de la diplopie.

3° *Paralysie du m. droit inférieur* (fig. 41). — Ce muscle, adducteur et abaisseur, porte la cornée en bas et en dedans et incline légèrement en dehors la partie supérieure du méridien vertical (rotation du globe en dehors).

Soit une *paralysie du m. droit inférieur de l'œil droit* (fig. 41, OD). Diplopie croisée dans le regard en bas avec fausse image plus basse et à extrémité supérieure inclinée en dedans vers la vraie. La différence en hauteur s'accroît dans le regard en bas et en dehors; l'écartement et l'inclinaison s'accroissent dans le regard en bas et en dedans. La diplopie ne se manifeste dans le regard en haut que s'il y a contracture de l'antagoniste (dr. supérieur). La fausse image, projetée sur le plancher, apparaît au malade plus rapprochée que l'autre. Le défaut d'excursion se produit surtout dans le regard en bas et en dehors. L'œil est dévié en haut et un peu en dehors. La tête est légèrement fléchie vers le côté sain et inclinée sur l'épaule du côté malade.

II. PARALYSIES DES MUSCLES DU GROUPE ABDUCTEUR. — Diplopie homonyme.

1° *Paralysie du m. petit oblique ou oblique inférieur* (fig. 42). — Ce



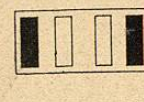
OG OD

Fig. 42. — Paralysie du muscle petit oblique.



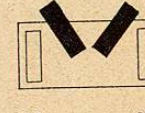
OG OD

Fig. 43. — Paralysie du muscle grand oblique.



OG OD

Fig. 44. — Paralysie du muscle droit externe.



OG OD

Fig. 45. — Paralysie totale de l'oculo-moteur commun.

muscle, élévateur et abducteur, porte la cornée en haut et en dehors et incline en dehors la partie supérieure du méridien vertical.

Soit une *paralysie du m. petit oblique de l'œil droit* (fig. 42, OD). Diplopie homonyme s'accroissant dans le regard en haut, avec fausse image plus haute, s'écartant de l'autre par son extrémité supérieure qui est inclinée en dehors. L'écartement horizontal s'accroît dans le regard en haut et en dehors ainsi que l'inclinaison; la différence en hauteur s'accroît dans le regard en haut et en dedans. S'il y a contracture secondaire de l'antagoniste ou m. oblique supérieur, la diplopie peut déjà apparaître dans la moitié inférieure du regard et alors d'homonyme, elle se transforme en croisée, ce qui rend le diagnostic difficile. Le défaut d'excursion se montre dans le regard en haut et en dehors. Il y a un strabisme inférieur légèrement convergent avec rotation de l'extrémité supérieure du méridien vertical en dedans, surtout dans le regard en bas. La tête est renversée en arrière vers le côté malade et inclinée sur l'épaule du côté sain.

2° *Paralysie du m. grand oblique ou oblique supérieur* (fig. 43). — Ce muscle, abaisseur et abducteur, porte la cornée en bas et en dehors et incline en dedans la partie supérieure du méridien vertical.

Soit une *paralysie du muscle grand oblique du côté droit* (fig. 43, OD). Diplopie homonyme avec fausse image en dehors (côté temporal), plus basse, inclinée vers la vraie par son extrémité supérieure. Dans le regard en bas et en dedans, la différence en hauteur des images s'accroît; dans le regard en bas et en dehors, c'est l'inclinaison ou obliquité qui augmente. La fausse image plus basse paraît plus rapprochée. L'œil est en strabisme en haut et en dedans et l'extrémité supérieure du méridien vertical est inclinée en dehors. Le défaut d'excursion apparaît dans le regard en bas et en dedans, position dans laquelle le muscle exerce le mieux son action d'abaisseur en bas et en dehors.

La tête est fléchie vers le côté malade et la face inclinée sur l'épaule du côté sain. Ces malades éprouvent de la difficulté à monter un escalier.

Certains sujets croient voir l'image de l'œil sain oblique, inclinée par son extrémité supérieure vers le côté nasal, tandis que la fausse image reste verticale (v. p. 218).

Lorsque le regard vient à s'abaisser notablement, il arrive que dans quelques cas la fausse image est reportée au-dessus de celle de l'œil sain. S'il y a en même temps une insuffisance du muscle droit interne, il se produit une diplopie croisée et le diagnostic devient très difficile.

3° *Paralysie du m. droit externe* (fig. 44). — Il est franchement abducteur. Sa paralysie, qui est la plus fréquente des paralysies isolées oculaires, est le plus souvent d'origine périphérique.

Soit une *paralysie du m. droit externe de l'œil droit* (fig. 44, OD). Diplopie homonyme avec images parallèles et de niveau. L'écartement s'accroît dans le regard en dehors ou si l'objet est porté de ce côté, surtout s'il est éloigné. On relève parfois quelques légères différences en hauteur, mais elles restent fixes, constantes dans les divers mouvements de l'œil et sont dues à la prépondérance d'un muscle élévateur ou d'un muscle abaisseur. S'il y a contracture de l'antagoniste (droit interne), la diplopie apparaît déjà dans le regard en dedans. Strabisme convergent dans la moitié externe du champ du regard et s'accroissant à mesure que le regard est porté plus à droite. Perte ou diminution de l'excursion dans le regard à droite. La face est tournée du côté de l'œil non paralysé et les objets à examiner sont également tenus de ce côté, à gauche donc dans notre exemple.

En résumé, dans les paralysies isolées, la diplopie offre les caractères généraux suivants :

Diplopie croisée : muscle adducteur.

Diplopie homonyme : muscle abducteur.

Si en même temps il y a diplopie verticale, le muscle est élévateur lorsque la fausse image est plus haute, abaisseur si elle est plus basse.

Nous donnons page 226 un tableau récapitulatif de la recherche de la diplopie d'après Bourgeois (de Reims).

§ 5. — Paralysie totale de l'oculo-moteur commun. Paralysies multiples. Ophthalmoplégies.

Nous étudierons dans ce paragraphe les symptômes de la paralysie totale de l'oculo-moteur commun, des paralysies multiples, des ophthalmoplégies, et la pathogénie des paralysies et des ophthalmoplégies.

I. PARALYSIE TOTALE DE L'OMC. — Il ne reste plus en fonction que les muscles droit externe et grand oblique; le diagnostic est facile par le simple aspect de l'œil qui est recouvert par la paupière supérieure en ptosis.

Diplopie croisée existant dans tout le champ visuel, sauf horizontalement en dehors; la position des images est variable dans les divers sens, cependant la fausse image est généralement plus haute et est inclinée du côté malade (fig. 45, OG et OD), et l'écartement augmente dans le regard vers le côté sain; la fausse image est plus élevée dans le regard en haut, plus basse dans le regard en bas. La pupille, en dilatation moyenne, est immobile, sans réaction à la lumière et à la convergence; la vision distincte rapprochée est impossible par paralysie de l'accommodation. L'œil ne peut se mouvoir qu'en dehors, et en dehors et en bas; il est dans une légère position d'abduction et assez souvent en exophthalmos paralytique. Heureusement le ptosis empêche le sujet de faire usage de son œil.

II. PARALYSIES MULTIPLES ET COMBINÉES. — Il est très souvent difficile, dans les paralysies multiples, de faire la part de chaque muscle paralysé, surtout s'il s'agit de paralysies combinées occupant les deux yeux. Ainsi, dans le cas de paralysie des deux muscles droits externes,

Tableau récapitulatif de la diplopie (d'après Bourgeois).

IMAGES HOMONYMES	Au même niveau, parallèles.	Écartement maximum du côté droit.	Droit externe droit.
Superposées	Dans le regard en bas.	gauche	gauche.
	Dans le regard en haut.	—	Oblique sup. droit.
IMAGES CROISÉES.	Au même niveau, parallèles.	—	gauche.
	Superposées	Image rouge plus élevée et inclinée en dedans.	Oblique infér. droit.
IMAGES HOMONYMES	Dans le regard en bas.	Écartement maximum du côté gauche.	Droit interne droit.
	Dans le regard en haut.	droit	gauche.
IMAGES CROISÉES	Au même niveau, parallèles.	Image rouge plus basse et inclinée en dedans.	Droit infér. droit.
	Superposées	Image rouge plus élevée et inclinée en dehors.	gauche.
IMAGES HOMONYMES	Dans le regard en bas.	Image jaune	Droit sup. droit.
	Dans le regard en haut.	Image rouge	gauche.
IMAGES CROISÉES	Au même niveau, parallèles.	Écartement maximum du côté droit	Droit externe droit.
	Superposées	gauche	gauche.
IMAGES HOMONYMES	Dans le regard en bas.	Image jaune plus basse et inclinée en dedans.	Oblique sup. droit.
	Dans le regard en haut.	Image rouge	gauche.
IMAGES CROISÉES	Au même niveau, parallèles.	Image jaune plus élevée et inclinée en dehors.	Oblique infér. droit.
	Superposées	Image rouge	gauche.
IMAGES HOMONYMES	Dans le regard en bas.	Écartement maximum du côté gauche.	Droit interne droit.
	Dans le regard en haut.	droit	gauche.
IMAGES CROISÉES	Au même niveau, parallèles.	Image jaune plus basse et inclinée en dedans.	Droit infér. droit.
	Superposées	Image rouge	gauche.
IMAGES HOMONYMES	Dans le regard en bas.	Image jaune plus élevée et inclinée en dehors.	Droit sup. droit.
	Dans le regard en haut.	Image rouge	gauche.

NOTA. — Les termes droit et gauche s'appliquent à la droite et à la gauche du malade. Le terme image jaune s'applique à celle vue directement, sans l'intermédiaire d'un verre.

il y a diplopie homonyme et l'écartement des images reste égal dans tout le champ du regard, bien que dans la vision latérale elles s'écartent plus fortement l'une de l'autre des deux côtés. Dans la paralysie d'un abducteur, combinée avec celle d'un élévateur ou d'un abaisseur adducteur, la diplopie est croisée ou homonyme suivant la direction du regard.

Dans les paralysies hystériques, la contractilité électrique n'est pas modifiée; il y a perte des mouvements volontaires et conservation des mouvements réflexes.

III. DES OPHTALMOPLÉGIES. — Ce sont des paralysies multiples qui ont été définies page 215. Elles sont pour la plupart du ressort de la neuropathologie et coexistent souvent avec des symptômes cérébraux ou médullaires, aussi ne les examinerons-nous que très sommairement.

On distingue 1° Une *ophtalmoplégie externe* ou extérieure qui est limitée à la musculature extérieure de l'œil; 2° Une *ophtalmoplégie interne* ou intérieure, constituée par la paralysie de la musculature intérieure de l'œil, la pupille est dilatée, immobile aux réflexes, et l'accommodation est abolie. 3° Une *ophtalmoplégie totale ou mixte*, dans laquelle la paralysie frappe à la fois les muscles extérieurs et intérieurs de l'œil. Le malade a le facies dit d'Hutchinson: les yeux sont absolument fixes, comme figés dans de la cire (Bénédict), les paupières tombantes, le front est plissé, les sourcils sont arqués; ces deux derniers signes sont dus aux efforts du frontal pour remédier à la blépharoptose.

IV. PATHOGÉNIE DES PARALYSIES ET DES OPHTALMOPLÉGIES. — Dans cette pathogénie, la syphilis et le tabes jouent le plus grand rôle; viennent ensuite, comme causes, l'hystérie, les tumeurs intra-crâniennes, les méningites chroniques, la paralysie générale, la sclérose en plaques, certaines maladies infectieuses aiguës ou chroniques (diabète, tuberculose méningée, diphtérie, grippe, rougeole, qui agissent souvent par névrite), le refroidissement, les intoxications diverses (ptomaïnes, botulisme, oxyde de carbone, plomb, alcoolisme chronique). La syphilis frappe surtout l'O.M.E. et l'O.M.C.

Les paralysies de l'O.M.E. sont les plus fréquentes, puis celles de l'O.M.C. et, en dernière ligne, du pathétique. La paralysie unilatérale de l'O.M.E. est très souvent de cause périphérique; sa paralysie bilatérale résulte soit d'une affection des noyaux moteurs, soit d'une compression à la base du crâne en avant du pont de Varole où les deux troncs sont voisins; de même pour la paralysie bilatérale de l'O.M.C.

L'ophtalmoplégie *congénitale* est presque toujours incomplète et s'accompagne de ptosis incomplet; la musculature intérieure de l'œil

est indemne; le m. droit supérieur est toujours paralysé; les yeux sont habituellement en convergence.

Les paralysies et ophtalmoplégies sont d'origine périphérique ou d'origine cérébrale.

1° *Paralysies et ophtalmoplégies d'origine périphérique.* — Le tronc nerveux est atteint soit dans l'orbite (p. orbitaires), soit à la base du crâne (p. basilaires); exceptionnellement c'est le muscle qui est directement frappé.

Les paralysies et ophtalmoplégies *orbitaires* sont unilatérales et dues à des phlegmons, tumeurs, traumatismes, refroidissement, etc.

Les paralysies *basilaires* sont également bilatérales, du moins en général, et s'accompagnent souvent de paralysies d'autres nerfs (olfactif, optique, trijumeau, parfois facial). La paralysie incomplète de l'O.M.C. ne serait jamais d'origine basilaire, fait très discuté lorsqu'il s'agit de paralysie d'origine syphilitique, surtout pour les paralysies dissociées de ce nerf, qui sont considérées par Uhtoff comme étant toujours basales et localisées dans l'espace interpédonculaire; sa paralysie brusque et totale est basilaire. Causes: méningite tuberculeuse, syphilis, tumeurs, hémorragie méningée, anévrysmes, etc. La paralysie unilatérale de l'O.M.E. s'observe aussi dans les fractures de la base du crâne passant par le sommet du rocher; elle a été signalée par Nuel dans un cas d'anévrysme artério-veineux traumatique développé dans le sinus caverneux.

Certaines paralysies sont dues à des *névrites périphériques* (maladies infectieuses, intoxications, refroidissement). Pour Déjerine, elles auraient pour caractères d'être curables et de coexister avec des spasmes des muscles associés de l'œil sain.

2° *Paralysies et ophtalmoplégies d'origine centrale ou cérébrale.* — Sauvinau les a divisées en radiculaires ou fasciculaires, nucléaires, sus-nucléaires et corticales.

Dans les *paralysies fasciculaires* ou pédonculaires, la lésion siège entre le point d'émergence et les noyaux, et agit sur le pont de Varole ou sur les pédoncules cérébraux, de sorte qu'il existe, en général, des symptômes cérébraux et des symptômes de foyer. Elles peuvent être admises quand il y a en même temps paralysie des extrémités du côté opposé ou hémiplégie contra-latérale. D'après Bach, toutes les paralysies partielles de l'O.M.C. seraient fasciculaires ou périphériques, jamais nucléaires.

Les *paralysies et ophtalmoplégies nucléaires* sont dues à la lésion des noyaux d'origine des nerfs. Elles sont encore très discutées et Bach

affirme qu'on considère comme nucléaires des paralysies qui ne le sont pas. Elles sont les plus fréquentes, généralement bilatérales, et ont pour caractère habituel d'atteindre successivement les muscles des yeux l'un après l'autre sans ordre déterminé, et d'évoluer chroniquement; parfois leur évolution est aiguë et mortelle en quelques jours. Il s'agit d'une poliencéphalite. Causes habituelles: syphilis, alcoolisme, tabes, paralysie générale.

Les *paralysies sus-nucléaires* portent soit sur les centres coordonnateurs des mouvements associés dont le siège est encore discuté (tubercules quadrijumeaux antérieurs et leur voisinage), soit sur les fibres qui réunissent ces centres aux noyaux d'origine. Il existe toujours des paralysies des mouvements associés et conjugués.

Les *paralysies corticales* sont mal connues, difficiles à différencier des sus-nucléaires; les unes, de cause organique, sont aiguës avec phénomènes cérébraux graves; les autres sont d'origine hystérique. Il y aurait paralysie et dissociation des mouvements volontaires associés.

§ 6. — Troubles des mouvements associés; paralysies associées et déviations conjuguées.

Ces troubles, toujours accompagnés de phénomènes cérébraux, ont été bien étudiés par Parinaud et Raymond.

La paralysie des mouvements associés s'observe dans les lésions de l'écorce cérébrale, des pédoncules, de la protubérance et des masses ganglionnaires, lésions portant sur les centres coordonnateurs. Elle est constituée par la perte d'un mouvement qui demande pour être exécuté l'action combinée des deux yeux: élévation, abaissement, convergence et divergence, mouvements de latéralité à gauche ou à droite. Cette dernière est la plus fréquente et comporte la paralysie associée du muscle droit externe d'un œil et du muscle droit interne de l'autre œil.

La déviation conjuguée des yeux à droite ou à gauche, en haut ou en bas, est le résultat soit d'une paralysie des muscles opposés soit le plus souvent d'une contracture ou spasme simultané des muscles correspondant au sens de la déviation. La forme la plus fréquente est également ici la déviation à droite ou à gauche. On l'observe dans l'apoplexie cérébrale, parfois dans l'encéphalite, dans la méningite suppurée de la convexité, dans les

tumeurs, dans les abcès du cervelet. Prévost a montré que, dans l'hémiplégie, le sujet regarde toujours du côté de sa lésion, c'est-à-dire du côté non paralysé; que dans les lésions du mésocéphale, y compris les pédoncules cérébraux et les pédoncules cérébelleux moyens, il regarde du côté opposé à sa lésion, c'est-à-dire du côté paralysé. Dans un cas d'abcès du cervelet d'origine otique, nous avons observé la déviation conjuguée du côté opposé à la lésion. Ces conclusions ne sont pas absolues.

Les déviations dissociées, un œil regardant en haut, l'autre en bas, sont très rares (blessures du cervelet, du vermis, des corps restiformes).

Dans les troubles des mouvements associés, chaque œil examiné isolément, l'autre œil étant fermé, ne présente aucun trouble de la motilité; ces troubles n'apparaissent que dans le regard avec les deux yeux dans une direction déterminée.

Les paralysies oculaires reliées à des lésions cérébrales offriraient, d'après Raymond, les deux types principaux suivants : 1° Paralysie alterne supérieure, type de Weber : hémiplégie motrice ou sensitivo-motrice associée à une paralysie de quelques-unes ou à l'ensemble des branches de l'OMC du côté opposé; 2° Paralysie alterne inférieure, type de Maillard-Gubler : la paralysie des membres s'accompagne d'une paralysie du facial du côté opposé avec ou sans participation de l'OME; la paralysie de ce dernier nerf peut aussi exister sans paralysie simultanée du facial. Ces paralysies alternes peuvent dépendre soit d'une lésion bulbo-pédonculo-protubérantielle, soit, assez souvent, de l'hystérie. Il peut y avoir aussi coexistence d'une hémiplégie motrice ou sensitivo-motrice avec une paralysie totale ou partielle des mouvements associés, plus prononcée du côté opposé à celui où siège la paralysie des membres. La cause en serait, pour Raymond, une lésion supra-nucléaire au voisinage des tubercules quadrijumeaux, centres coordinateurs.

§ 7. — Nystagmus.

Le nystagmus est l'état d'un globe oculaire animé de mouvements rythmiques ou irréguliers, saccadés, involontaires, de nombre et de rapidité variables.

Sous le rapport de l'*aptitude au service militaire*, le nystagmus

est compatible avec le service actif ou le service auxiliaire suivant le degré de l'acuité visuelle (art. 78 et 93); il entraîne l'exemption ou la réforme si l'acuité est inférieure aux limites fixées.

Le nystagmus est dit oscillatoire si le mouvement est horizontal ou vertical, rotatoire quand le globe de l'œil présente des mouvements alternatifs de rotation incomplète autour de son axe antéro-postérieur. Il est en général binoculaire, s'exagère lorsque le sujet fixe un objet ou se sent observé, s'arrête pendant le sommeil ou bien si le regard est fortement dirigé en bas ou en dehors, quelquefois dans la fixation très rapprochée. L'amplitude des oscillations est habituellement en raison inverse de leur nombre. Il ne peut être simulé, cependant Fano et Schveigger ont cité, chacun, un cas de nystagmus volontaire.

Le nystagmus est congénital ou acquis. Dans le nystagmus congénital, il y a presque toujours abaissement de l'acuité visuelle par amblyopie, et fréquemment coexistence d'hypermétropie ou d'astigmatisme. Par lui-même, il ne gêne en rien l'exercice de la vision et s'atténue avec l'âge.

Le nystagmus acquis est soit professionnel, soit symptomatique. Le professionnel s'observe spécialement chez les mineurs; il est sujet à des rémissions périodiques et présente presque toujours le type rotatoire. L'acuité n'est pas affaiblie, mais les sujets perçoivent le mouvement apparent des objets correspondant aux oscillations de leurs yeux, d'où vertiges, souvent asthénopie accommodative.

Le nystagmus symptomatique (ou ataxique) s'observe dans les maladies du système nerveux (épanchements sanguins sous-duraux, thrombose des sinus, tumeurs du cerveau, lésions du mésocéphale et du cervelet); il est pathognomonique de la sclérose en plaques et accompagne souvent les déviations conjuguées. On le rencontre parfois dans les affections de l'oreille qui déterminent une augmentation de pression de l'oreille interne, et aussi pendant les lavages du conduit auditif externe à l'eau froide.

Il est une variété de contractions nystagmiques des muscles de l'œil, sorte de faux nystagmus, ou nystagmus saccadé, qui se produit lorsque les deux yeux se trouvent amenés dans une position extrême, en particulier dans la direction d'un muscle parésié ou paralysé, surtout si c'est le muscle droit externe (Javal).