

I	<p>1. Anosmie ou hypoosmie</p> <p>- <i>souvent interprétée à tort comme une perte du goût</i></p> <p>- asymptotique si unilatérale</p>
II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baisse de l'acuité visuelle d'intensité très variable, non améliorable par verres correcteurs. 2. Scotome central ou centro-caecal (paracentral). 3. Trouble de la vision des couleurs (dyschromatopsie d'axe rouge-vert). 4. Phénomène de Marcus-Gun : abolition ou lenteur des réflexes photomoteurs direct et consensuel à l'éclairage de l'œil atteint. 5. ± Douleurs à la mobilisation du globe oculaire. 6. ± Anomalies du fond d'œil : <ul style="list-style-type: none"> - normal initialement <i>dans les atteintes postérieures rétrobulbaires</i> - œdème papillaire <i>dans les atteintes antérieures</i> - décoloration de la papille <i>dans les atteintes anciennes</i>, puis atrophie optique <i>aux stades avancés</i>.
III	<p><u>img_5_26.jpg</u> <u>img_5_27.jpg</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diplopie verticale et croisée. 2. Strabisme divergent : œil dévié en dehors. 3. Impossibilité de mouvoir le globe oculaire en haut (<i>droit supérieur</i>), en bas (<i>droit inférieur</i>), en dedans (<i>droit médial</i>). 4. Ptôsis (<i>élevateur de la paupière supérieure</i>). 5. Mydriase aréactive (<i>III intrinsèque</i>) : abolition des réflexes photomoteurs direct et consensuel.
IV	<p><u>img_5_28.jpg</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diplopie verticale maximale dans le regard vers le bas et en dedans, vers le côté sain (gêne lors de la descente des escaliers ou la lecture en vision de près). 2. Impossibilité de mouvoir le globe oculaire vers le bas lorsque l'œil est en adduction (<i>oblique supérieur</i>). 3. Inclinaison de la tête vers l'épaule opposée.
V	<p>V sensitif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paresthésie, douleurs ou hypoesthésie de tout ou partie de l'hémiface (territoire d'1 ou plusieurs des 3 branches du V), respectant l'angle de la mâchoire. 2. Abolition du réflexe cornéen. <p>V moteur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bouche oblique ovalaire à l'ouverture, déficit moteur et amyotrophie des muscles masticateurs.
VI	<p><u>img_5_29.jpg</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diplopie horizontale, homonyme et maximale dans le regard vers l'extérieur. 2. Strabisme convergent : œil dévié vers l'intérieur. 3. Impossibilité ou difficulté pour mouvoir le globe oculaire en dehors (<i>droit latéral</i>).
VII	<p>Paralysie faciale périphérique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atteinte des deux territoires (supérieur et inférieur). 2. Signe de Charles Bell : si déficit facial supérieur complet 3. Signe des cils de Souques : si déficit facial inférieur incomplet 4. Absence de dissociation automatico-volontaire. 5. ± Perte du goût (agueusie) des 2/3 antérieurs de la langue, ± tarissement des sécrétions lacrymales et salivaires, ± hypoesthésie de la zone de Ramsay-Hunt. <p>Attention : à différencier de la paralysie faciale centrale (par atteinte du faisceau géniculé) qui prédomine sur le territoire facial inférieur et dans les mouvements volontaires.</p>

VIII	<p>Nerf cochléaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acouphènes. 2. Surdité de perception ou simple hypoacousie.
	<p>Nerf vestibulaire (syndrome vestibulaire périphérique) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vertige généralement rotatoire, très pénible, avec nausées + vomissements. 2. Ataxie vestibulaire : déséquilibre massif, impossibilité de tenir debout à la phase aiguë puis instabilité à la marche et à la station debout avec signe de Romberg latéralisé (chute du côté lésé). 3. Déviation des index du côté lésé. 4. Nystagmus horizonto-rotatoire dont la secousse rapide bat du côté opposé à la lésion et la secousse lente se fait vers le côté lésé <p><u>Complet et harmonieux</u> (tendance à la chute, déviation des index et secousse lente du nystagmus vers le côté lésé). <u>Attention</u> : � différencier du syndrome vestibulaire central (par atteinte des connexions centrales des noyaux vestibulaires) dysharmonieux, avec nystagmus multidirectionnel, monoculaire ou vertical, et déséquilibre, souvent associé à d'autres signes neurologiques.</p>
IX	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aguesie du 1/3 postérieur de la langue. 2. Hypoesthésie : 1/3 postérieur de la langue, tonsille (amygdale), palais mou et h�mipharynx. 3. Dysphagie. 4. Réflexe nauséeux aboli du côté atteint. 5. Douleurs à type de névralgie du glosso-pharyngien : siège dans le pharynx, irradie vers l'oreille, déclenchée par la déglutition.
X	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Signe du rideau</u> : la paroi postérieure du pharynx dévie du côté sain quand on fait prononcer la lettre A (<i>paralyse de l'h�mipharynx</i>). 2. Dysphagie : g�ne de la déglutition, reflux des liquides par le nez (<i>paralyse du palais mou</i>) 3. Dysphonie : modification de la voix : <ul style="list-style-type: none"> - sourde et nasonnée (<i>paralyse du palais mou</i>) - bitonale (<i>paralyse unilatérale du larynx et de la corde vocale</i>). 4. Uvula (luette) déviée du côté sain au repos, et surtout lors de l'émission d'un son.
XI	<p>Nerf bulbaire</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Voix bitonale. <p>Nerf spinal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Déficit moteur de la rotation de la tête vers le côté sain (<i>paralyse du sterno-cléido-mastoidien</i>). 2. Abaissement du moignon de l'épaule, bascule de la scapula (omoplate) en dehors et déficit moteur de l'élévation de l'épaule (<i>paralyse du trapèze</i>).
XII	<ol style="list-style-type: none"> 1. Déficit moteur de l'hémilangue : lors de la protraction, déviation de la langue vers le côté paralysé, du fait de l'action non contrariée des muscles du côté sain. 2. � Amyotrophie et fasciculations.