

rique, on est conduit à admettre que la *diplopie* est constante. La vue double existe, dans le plus grand nombre des cas ; les images sont *croisées*. Si on tient, par exemple, un crayon verticalement, devant le malade, à la hauteur des orbites, sur la ligne médiane du corps, et à une certaine distance de celle-ci, le sujet voit deux crayons, d'autant plus éloignés que le crayon lui-même s'éloigne davantage du corps. Des deux images, celle de *gauche* correspond à l'œil *droit* ; celle de *droite* correspond à l'œil *gauche*. Si le crayon est tenu transversalement, il peut être vu *simple*, tant qu'on le tient à la hauteur des orbites. Dès qu'on l'élève ou qu'on l'abaisse, il est vu *double* ; dans le premier cas, l'image la plus élevée correspond à l'œil paralysé ; dans le second cas, c'est l'image la plus basse. Dans la pratique, on rencontre de nombreuses exceptions à cette règle. J'ai observé des malades atteints de paralysie complète ou incomplète de la troisième paire, qui, interrogés avec le plus grand soin et à plusieurs reprises, niaient de la manière la plus formelle qu'ils voyaient *double*. Les expériences auxquelles on les soumettait donnaient le même résultat.

Diagnostic. Il n'offre de difficultés que lorsque la paralysie est légère. J'ai vu la maladie commencer par une simple *diplopie*, sans qu'il y eût encore la moindre déviation apparente du globe, en haut, en bas ou en dehors. Pour s'assurer que la paralysie existe, il fallait faire porter les yeux fortement en haut et en bas ; on voyait alors une différence dans l'étendue des mouvements homonymes des deux côtes.

§ 3. Paralysie de la quatrième paire, ou du nerf pathétique.

Nous avons fait de cette paralysie une étude spéciale (voy. notre *Traité des Maladies des Yeux*, t. II, p. 628 et suiv.). Laissant ici de côté toute discussion critique, nous nous contentons de résumer tout ce qui se rapporte à la symptomatologie de l'affection :

1° La paralysie du muscle grand oblique d'un seul côté donne lieu à une diplopie, lorsque le malade regarde un objet avec les deux yeux. Les deux images sont constamment superposées et parallèles l'une à l'autre. La supérieure, plus claire, plus nette, correspond à l'œil sain ; l'inférieure, plus obscure, correspond à l'œil dont le muscle est paralysé. Les deux images s'écartent d'autant plus l'une de l'autre, tout en conservant un *parallélisme* parfait, que l'objet lui-même est plus distant des yeux ;

2° Lorsque l'objet a des dimensions en longueur qui l'emportent de beaucoup sur les autres dimensions, il est vu double lorsqu'on le présente horizontalement, simple lorsqu'on le présente verticalement ;

3° Les mouvements de rotation de l'œil affecté, autour d'un axe antéro-postérieur, sont abolis, ce dont il est facile de s'assurer en inclinant la tête sur l'une des épaules, pendant qu'on observe la situation d'un vaisseau conjonctival par rapport au bord libre de l'une ou l'autre paupière ;

4° Pour faire cesser la diplopie, il est nécessaire de faire incliner la tête sur l'épaule opposée au côté de la paralysie, et de faire tourner en avant la moitié de la face correspondant à ce même côté ;

5° La cornée conserve le plus souvent sa position normale, par rapport aux côtés de la base de l'orbite ; peut-être, cependant, cette membrane est-elle légèrement déviée en dedans.

ARTICLE III.

Strabisme.

Le strabisme est une anomalie dans la direction des yeux, par suite d'un défaut de convergence des axes optiques vers les objets regardés, dans la vision binoculaire.

On sait combien sont complexes les mouvements que les yeux exécutent pour la vision *binoculaire* des objets placés à des distances inégales, ou variées, par rapport aux yeux. Tantôt ce sont les muscles de même nom qui se contractent ; tantôt ce sont des muscles différents. Les muscles qui entrent en jeu pour accomplir les mouvements de rotation de l'œil se contractent de la même quantité ou d'une quantité inégale. Deux muscles de nom donné sont tantôt *congénères*, tantôt *antagonistes*.

En considérant les quatre muscles droits comme un seul appareil musculaire ; en tenant compte de cette circonstance que les diverses portions de cet appareil entrent en jeu simultanément ou séparément ; que c'est tantôt la même paire nerveuse, tantôt une paire nerveuse différente qui préside à ces mouvements ; que les contractions doivent se faire tantôt à un degré égal, tantôt à un degré inégal des deux côtés, on comprend combien il est difficile d'assurer aux muscles un jeu régulier et harmonique pour arriver au but final, c'est-à-dire la convergence des axes optiques sur l'objet que l'on regarde. Que cette régularité et cette harmonie soient rompues, les axes optiques cessent de converger, il y a STRABISME.

Causes. Le strabisme peut être la conséquence d'une insuffisance d'action de certains muscles ; dans ce cas, il est de nature *paralytique* ; il en a été question précédemment (p. 270). Bien plus souvent le strabisme résulte d'un *excès d'action* d'un des muscles de l'œil ; c'est généralement le muscle droit interne d'un côté qui l'emporte en énergie sur le muscle homonyme du côté opposé. L'excès d'action du muscle est *relatif* ou *absolu*.

(a) *Excès d'action relatif.* Pour voir les objets de face, les deux yeux se tournent en dedans ; ce mouvement de rotation n'est limité que par la contraction du muscle droit externe de chaque côté. Si les deux muscles droits internes se contractent également, et que le muscle droit externe du côté droit est moins énergique que le droit externe du côté gauche, le muscle droit interne du côté droit entraînera l'œil correspondant plus en dedans que l'œil gauche ne sera entraîné en dedans, par l'action du droit interne de son côté. A ce compte, le strabisme par *excès d'action relatif* d'un muscle est dû à un affaiblissement d'action du muscle antagoniste. Beaucoup de strabismes dits *spasmodiques* rentrent dans la classe des strabismes *paralytiques*. Le strabisme se développe souvent chez les enfants à la suite de convulsions, de fièvres cérébrales, de congestions encéphaliques