

et cependant l'importance de ce diagnostic n'échappera à personne, puisque dans le cas d'ulcération de la carotide interne ou de la méningée moyenne, la ligature de la carotide primitive peut sauver les jours du malade, tandis que cette opération est sans action sur une hémorrhagie provenant de l'ouverture d'une veine. Ainsi, dans un cas où ce diagnostic ne put être établi. Syme lia la carotide primitive, pensant avoir affaire à une ulcération de la carotide interne, tandis que l'hémorrhagie provenait du sinus pétreux supérieur.

Le diagnostic pourrait se baser sur les caractères du sang qui, dans le cas de lésion artérielle, est rutilant et s'écoule en bouillonnant ou par saccades isochrones au pouls; mais il doit surtout se fonder sur les résultats fournis par la compression de la carotide primitive, qui, sans action sur l'écoulement sanguin provenant d'une veine, arrête le sang qui s'échappe de la carotide interne ou d'une branche de la méningée moyenne. Il importe, en effet, médiocrement de savoir si c'est l'un ou l'autre de ces vaisseaux qui est lésé, puisque le même traitement convient dans les deux cas.

Les otorrhagies résultant de l'ulcération des gros vaisseaux artériels ou veineux qui avoisinent l'oreille sont le plus souvent au-dessus des ressources de l'art. La mort est même la terminaison constante de l'ulcération des sinus veineux, qui ne tarde pas à se compliquer de phlébite et d'infection purulente. Dans le plus grand nombre de cas, on doit donc se borner à pratiquer le tamponnement de l'oreille. Cependant, lorsque l'on est en droit de soupçonner que l'hémorrhagie provient de l'ulcération de la carotide interne, et l'on a vu que ce diagnostic était jusqu'à un certain point possible, il ne faut pas hésiter à faire la ligature de la carotide primitive. Cette opération, qui a été pratiquée quatre fois dans de semblables circonstances, a permis deux fois de sauver la vie des malades.

#### § II. — Phénomènes nerveux sympathiques ou réflexes.

Ces phénomènes nerveux, assez fréquents dans le cours des maladies de l'oreille, sont généralement méconnus, ou du moins ne sont pas rapportés à leur véritable cause. Comment, en effet, rechercher du côté de l'oreille la cause d'une toux opiniâtre, d'une salivation exagérée, de nausées et de vomissements persistants, de convulsions générales ou partielles, etc. ?

Des faits assez nombreux démontrent, cependant, que ces divers accidents peuvent survenir dans le cours d'affections diverses de l'appareil auditif, et céder immédiatement après que la guérison de la maladie de l'oreille a été obtenue. D'où il faut conclure à la nécessité de l'exploration de l'appareil auditif dans une foule de cas où cette exploration est négligée.

La *toux* s'observe quelquefois comme accident d'une maladie du con-

duit auditif externe. Cornelius Fox (1) propose même d'admettre une *toux auriculaire*. On sait, d'ailleurs, que chez un grand nombre d'individus, la simple irritation de la peau du conduit produite par l'introduction du spéculum suffit pour provoquer des accès de toux. La présence d'un corps étranger, l'existence d'une inflammation aiguë ou chronique amènent quelquefois le même accident, qui disparaît après l'extraction du corps étranger, ou la guérison de l'otite.

Cette toux sympathique s'explique par la distribution du nerf vague qui envoie un rameau dans la peau du conduit auditif externe. Suivant Fox, l'irritation viendrait plutôt d'un rameau de la cinquième paire se distribuant au conduit auditif, et l'action réflexe résulterait des connexions entre les origines profondes du nerf pneumogastrique et du trijumeau au niveau du quatrième ventricule.

Les *nausées* et les *vomissements* opiniâtres coïncidant avec une tendance aux *vertiges*, s'observent dans une foule de maladies de l'oreille externe, moyenne et interne.

Dans le plus grand nombre de cas, on sait que ces symptômes résultent d'une augmentation de la pression intra-labyrinthique, mais ils peuvent aussi se montrer sous forme d'accidents nerveux purement sympathiques, et trouver leur explication dans l'irritation des filets nerveux du glosso-pharyngien, et surtout du pneumo-gastrique qui se rendent à l'oreille.

La *salivation* a été également observée comme une complication des maladies de l'oreille; il est vraisemblable que cette sécrétion anormale dépendait de l'irritation pathologique de la corde du tympan, ou mieux encore de l'excitation réflexe de la cinquième paire.

Les *névralgies de la face*, sans être très-communes dans les maladies de l'oreille, ne sont pas, cependant, extrêmement rares. Le plus souvent, elles ne se présentent pas avec les caractères typiques de la névralgie trifaciale; les irradiations douloureuses affectent seulement quelques rameaux de la cinquième paire, et surtout ceux du nerf maxillaire inférieur.

Enfin, les *convulsions épileptiformes* ont été observées dans le cours de certaines maladies de l'oreille, et j'en ai cité quelques cas. Je me borne à mentionner cette complication, qui appartient à l'ordre des convulsions réflexes dont personne ne met plus en doute l'existence.

#### VIII. — DE QUELQUES SYMPTÔMES COMMUNS A UN GRAND NOMBRE DE MALADIES DE L'OREILLE.

Il sera question de quelques symptômes qui sont communs à un grand nombre de maladies de l'oreille, ou qui peuvent exister indépendamment

(1) *Remarks on the Sympathy between the Auditory Canal and the Larynx* (The Lancet, 1866, t. I, p. 451).

de toute lésion organique appréciable; tels sont: 1° l'otalgie, ou névralgie de l'oreille; 2° les bruits subjectifs de l'oreille, ou bourdonnements; 3° la paracousie double ou diplacousie; 4° la surdité et la surdi-mutité.

#### 1° Otalgie.

L'otalgie, ou névralgie de l'oreille, qu'il faut distinguer de la douleur qui accompagne l'otite, n'est pas extrêmement fréquente. Elle est caractérisée par une douleur vive qui se déclare subitement, pour cesser de même après avoir duré un temps variable. Tantôt elle disparaît définitivement, tantôt elle se montre de nouveau, après un intervalle plus ou moins long, et affecte le type intermittent. Cette douleur irradie souvent le long des branches de la cinquième paire; quelquefois elle s'accompagne de tintements d'oreille et de surdité passagère.

L'otalgie est très-souvent liée à la carie d'une dent molaire, et il suffit, pour faire cesser les phénomènes douloureux, de guérir la carie dentaire, ou de pratiquer l'avulsion de la dent malade.

Quelquefois l'otalgie est manifestement réflexe et provient de l'irritation du nerf pneumo-gastrique. Gerhard (1) a signalé les douleurs d'oreille comme constantes dans les cas d'ulcération de l'épiglotte. C'est aussi par suite d'une irritation réflexe que les douleurs d'oreille se montrent dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte.

Le diagnostic de l'otalgie repose sur les résultats négatifs fournis par l'exploration de l'oreille, qui montre l'absence de toute lésion inflammatoire.

Si la névralgie n'est pas sous la dépendance d'une cause que l'on puisse faire aisément disparaître, telle que la carie d'une molaire, on en sera réduit à l'emploi des moyens internes et externes généralement prescrits contre le symptôme douleur. Les opiacés à l'intérieur ou à l'extérieur, les injections sous-cutanées de morphine au pourtour de l'oreille, les instillations chaudes et narcotiques dans le conduit auditif sont particulièrement indiqués.

#### 2° Sensations subjectives de l'ouïe (bourdonnements, tintements d'oreille).

Les sensations subjectives de l'ouïe accompagnent la plupart des maladies de l'oreille, mais peuvent cependant exister indépendamment de toute lésion appréciable de l'organe auditif. Tantôt, et le plus souvent, ces sensations subjectives dépendent d'une irritation pathologique des nerfs acoustiques; tantôt elles sont l'expression de véritables bruits qui se produisent effectivement dans l'intérieur ou tout près de l'oreille. Les premières constituent les *bourdonnements proprement dits*, les secondes sont plus spécialement désignées sous le nom de *bruits internes*.

(1) *Virchow's Archiv*, t. XVI, p. 5.

a. Les *bourdonnements proprement dits* offrent les caractères les plus variés, et comme on est obligé de s'en rapporter au dire des malades, on ne peut avoir que des notions fort peu rigoureuses sur la nature et les qualités du son anormal. Le plus ordinairement, les malades comparent les sensations subjectives qu'ils éprouvent à des sons ou à des bruits qui leur sont familiers; c'est ainsi qu'ils croient entendre le bourdonnement d'une mouche, le sifflement du vent, le bruit de la mer, d'une chaudière en ébullition, le son d'une cloche, d'une contre-basse, etc., etc. Ces bourdonnements sont, en général, fatigants et pénibles pour les malades, et deviennent pour eux un tourment continu qui les empêche de se livrer au travail, trouble leur sommeil et provoque quelquefois chez eux une tendance au suicide.

On constate souvent dans les caractères et l'intensité des bourdonnements de notables différences, généralement liées aux diverses causes qui agissent sur la circulation, soit directement, soit indirectement et par l'intermédiaire du système nerveux. La position horizontale ou penchée de la tête, les efforts, la fatigue, les excès de table, augmentent toujours les bourdonnements. Dans un grand nombre de cas, on modifie le caractère ou on diminue l'intensité des bourdonnements en pressant avec le doigt sur un point de l'apophyse mastoïde.

Les bourdonnements, résultat d'une irritation pathologique des nerfs auditifs, se montrent dans une foule d'affections. Le plus souvent, ils reconnaissent pour cause un état morbide appréciable de l'oreille, aussi les observe-t-on communément dans le cours des affections du conduit auditif, de la membrane du tympan, de l'oreille moyenne et du labyrinthe. Dans les affections de l'oreille externe et moyenne, la cause des bourdonnements doit être recherchée dans l'augmentation de pression intra-labyrinthique qui peut être déterminée, comme je l'ai dit, par les corps étrangers du conduit, les obstructions de la trompe, l'otite moyenne aiguë et chronique, etc. Je craindrais de me répéter trop souvent en rappelant le mécanisme suivant lequel la pression intra-labyrinthique est augmentée dans ces diverses circonstances.

A cette cause dépendant de la simple augmentation de pression intra-auriculaire, il faut en joindre une autre non moins importante et qui consiste dans les troubles de nutrition produits sur les extrémités terminales des nerfs acoustiques par la persistance de la pression anormale, troubles de nutrition qui entretiennent ou augmentent encore les sensations subjectives.

On sait que les maladies primitives du labyrinthe (maladie de Ménière) déterminent des bourdonnements extrêmement intenses. C'est sans doute aussi à des troubles de la circulation intra-labyrinthique (anémie ou congestion) qu'il faut rattacher ces bourdonnements que l'on observe dans une foule de cas, indépendamment de toute lésion appréciable du côté de l'oreille; tels sont les bourdonnements qui se montrent dans les affections cérébrales, dans la syncope, les maladies du cœur, l'anémie, la

chlorose, les intoxications, et, en particulier, celle produite par le sulfate de quinine, etc.

Enfin, il existe des sensations subjectives de l'ouïe d'origine réflexe. Schulze, Benedick, Politzer, ont montré que l'excitation électrique de la peau de l'apophyse mastoïde ou du conduit auditif, à l'aide d'un courant faible et incapable de parvenir au nerf auditif, détermine cependant, chez un sujet sain, des phénomènes subjectifs de l'ouïe qui ne peuvent provenir que d'une action réflexe. Ainsi s'expliquent sans doute les bourdonnements qui se montrent dans le cours de certaines otites externes et de certaines myringites, et que l'on ne peut manifestement attribuer à une augmentation de pression intra-labyrinthique.

b. Indépendamment des bourdonnements qui résultent d'une irritation pathologique du nerf acoustique et de ses ramifications, et qui ne correspondent pas à des bruits venus du dehors, il y a une autre classe de sensations subjectives de l'ouïe qui sont le résultat de véritables vibrations sonores produites dans l'intérieur du corps; ce sont les *bruits internes*.

On peut supposer que certains bruits de battements, parfaitement isochrones au pouls, sont dus au retentissement des pulsations des artères voisines et surtout de la carotide interne, lesquelles se transmettent plus facilement par suite de conditions anormales dépendant de l'état de la circulation, ou plutôt de l'état pathologique de l'oreille. On sait, en effet, que la plupart des maladies chroniques de la caisse entraînent comme résultat la tension de la membrane tympanique et l'immobilisation des osselets; or, ces conditions sont précisément favorables au renforcement des vibrations sonores transmises par les os du crâne.

Dans d'autres cas, les bruits internes sont dus à des troubles circulatoires; ainsi les anévrysmes des artères du crâne et du cerveau, les anévrysmes des artères du cou, les lésions organiques du cœur, s'accompagnent souvent de bruits rythmés dans les oreilles.

Boudet (de Lyon) (1) regarde les bourdonnements quelquefois si intenses que l'on observe chez les sujets anémiques, comme étant placés sous la dépendance du courant sanguin dans la jugulaire interne. L'explication fournie par Boudet repose, d'une part, sur la disposition ampullaire du golfe de la jugulaire, dans lequel vient se jeter le sinus latéral par un orifice relativement rétréci; d'autre part, sur l'altération dynamique de la circulation. On doit ajouter que la disposition anatomique signalée plus haut présente, d'après Boudet, quelques variétés, soit d'un côté à l'autre, soit chez les différents individus, et que le golfe de la veine jugulaire est plus ou moins dilaté, et l'ouverture du sinus latéral plus ou moins rétrécie; d'où il résulte que certains individus auront des bourdonnements d'un côté seulement, et qu'ils en auront plutôt que certains autres placés dans les mêmes conditions physiologiques.

(1) *Journal de physiologie*, janvier 1862.

Enfin, il est une dernière variété de bruits internes, que Leudet (1) a dernièrement étudiés sous le nom de bruits *objectifs* de l'oreille, et qui consistent dans un petit craquement perceptible à la fois par le malade et par le médecin.

Ces bruits que certaines personnes peuvent produire à volonté, et sur lesquels Müller a l'un des premiers attiré l'attention, sont quelquefois involontaires. Ils existaient chez une malade de Leudet, affectée de tic douloureux de la face.

Müller attribuait ces bruits à la contraction du muscle interne du marteau, et dans le fait de Leudet, on pouvait supposer que ce muscle participait au tic des muscles de la face. Quoique l'opinion de Müller, relativement à la cause de ce bruit, semble confirmée par quelques observations, dans lesquelles on a pu constater le plissement de la membrane du tympan, il est certain que dans d'autres cas où ces bruits existaient, la membrane du tympan était immobile et paraissait demeurer tout à fait étrangère à la production du phénomène. Politzer (2) attribue ce dernier à la contraction brusque du tenseur du voile du palais, qui agirait sur la portion membraneuse de la trompe, et Boeck a démontré par l'examen rhinoscopique la réalité de ce mouvement de la trompe.

Les bruits subjectifs de l'oreille pouvant se rencontrer dans une foule d'affections locales et générales, il n'existe contre eux aucun traitement particulier, et pour les faire disparaître, il faut s'adresser à la maladie qui les produit et les entretient.

### 3° De la diplacousie ou paracousie double.

Ce curieux phénomène, connu depuis Sauvage, consiste dans la perception simultanée de deux sons, soit par une seule oreille, soit par les deux oreilles à la fois. Il se lie le plus souvent à d'autres troubles fonctionnels, tels que l'affaiblissement de l'ouïe et les bourdonnements. La différence entre les deux sons varie, en général, entre une tierce, une quarte, une octave.

Il est fort difficile de se rendre un compte exact du mode de production de ce phénomène. Wittich (3), qui a observé et étudié sur lui-même la diplacousie, en a donné une explication très-peu claire. La diplacousie doit avoir son origine dans un trouble fonctionnel de l'organe de Corti, produit vraisemblablement par un changement dans la pression intra-labyrinthique, qui entraîne comme conséquence une modification dans l'accord normal de certaines fibres, en sorte qu'une fibre normalement accordée pour un ton déterminé pourrait entrer en vibration en même temps qu'une autre fibre accordée pour un ton différent.

(1) *Gazette médicale*, 1869, p. 423 et 463.

(2) *Wiener Medizinalhalle*, 1862, n° 18.

(3) *Königsberger med. Jahrbücher*, t. III, 1865.

Quoi qu'il en soit, la diplacousie disparaît le plus souvent au bout d'un certain temps, et quelquefois sous l'influence d'un traitement local qui modifie sans doute les conditions anatomiques.

#### 4° Surdité et surdi-mutité.

La surdité, ou perte de la faculté d'entendre, peut être complète ou incomplète, et, dans ce dernier cas, on lui donne quelquefois le nom de *dysécécie*. Elle peut être unilatérale ou bilatérale, soit que les deux oreilles soient affectées au même degré, ou que l'une soit plus sourde que l'autre.

La surdité est un symptôme d'une foule d'affections ayant leur siège dans l'oreille externe, moyenne ou interne, ou dans les origines des nerfs acoustiques. Le diagnostic du siège et de la nature des lésions qui causent la surdité repose sur l'exploration méthodique de l'appareil auditif, et il serait nécessaire, pour établir les bases de ce diagnostic, de passer de nouveau en revue toute la pathologie de l'oreille.

Je veux seulement signaler une certaine classe de surdités nerveuses dont le siège exact n'est pas encore fixé; telles sont certaines surdités subites dont Moos (1) a rapporté plusieurs exemples, et qui, survenues spontanément, sont caractérisées par le résultat négatif de l'examen de l'oreille externe et moyenne, et se distinguant essentiellement de la maladie de Menière par l'absence des phénomènes apoplectiformes. L'incubabilité de ces cas semble donner lieu de croire qu'il s'agit d'une lésion des centres nerveux.

D'autres surdités, évidemment d'origine nerveuse, ont encore été signalées; telle est celle qui survient comme complication d'une affection des dents, et dont Tripiér (2) a rapporté deux exemples, sous le nom de *surdité réflexe*. Telle est encore la surdité métastatique succédant à la disparition brusque d'une affection dartreuse du pavillon de l'oreille, et guérie par le retour de l'éruption (Triquet) (3). Telles sont enfin les surdités passagères qui succèdent aux intoxications et surtout à l'absorption de la quinine, ou à l'application des sangsues sur le col de la matrice, ainsi que Scanzoni (4) en a cité des exemples.

Ces surdités, dont la cause anatomique échappe complètement, résultent vraisemblablement d'un trouble circulatoire réflexe, soit du côté des centres nerveux, soit du côté de l'oreille interne.

La surdité existant au moment de la naissance, ou survenant dans les

(1) *Klinik*, p. 313.

(2) *Pathogénie d'une classe d'affections douloureuses peu connues* (*Archives génér. de méd.*, avril 1869).

(3) *Traité*, p. 385.

(4) *Journ. méd. de Wurzburg*, 1860, t. I.

premières années de la vie, entraîne comme conséquence la surdi-mutité. On peut admettre, avec Trötsch, trois formes de cette infirmité : 1° une surdi-mutité congénitale, l'enfant n'ayant jamais entendu et par conséquent jamais parlé; 2° une surdi-mutité précoce, l'enfant ayant entendu, mais n'ayant pas parlé à l'âge où il devait le faire; 3° enfin, une surdi-mutité tardive, l'enfant ayant entendu et parlé pendant quelque temps, mais ayant graduellement perdu la parole après avoir perdu l'ouïe. Cette dernière forme peut se montrer encore vers l'âge de huit à neuf ans.

La surdi-mutité congénitale reconnaît quelquefois pour cause des vices de conformation de l'appareil auditif ou des anomalies des parties profondes du cerveau, du quatrième ventricule ou du nerf auditif. Mais, le plus souvent, les lésions anatomiques que l'on rencontre chez les sourds-muets ne diffèrent pas sensiblement de celles que l'on a coutume d'observer chez les sourds en général, c'est-à-dire que chez les uns, comme chez les autres, on trouve des altérations matérielles du labyrinthe, et surtout de l'oreille moyenne, qui résultent d'une phlegmasie antérieure. Cette opinion est confirmée par les recherches les plus modernes, et spécialement par celles de Roosa et Beard (1).

On sait combien les nouveau-nés et les jeunes enfants sont exposés aux phlegmasies de l'oreille et surtout à l'otite moyenne, et nous avons vu que cette dernière amenait fréquemment chez les adultes des altérations suffisantes pour déterminer une surdité complète. Que cette affection survienne au moment de la naissance, ou même pendant la vie intra-utérine, et l'enfant, frappé de surdité presque en venant au monde et ne pouvant apprendre à parler, sera fatalement muet. Que cette même affection se montre plus tard, soit au moment où l'enfant doit parler, soit alors même qu'il a déjà commencé à parler, les conséquences en seront à peu près les mêmes. N'entendant pas la conversation ni même sa propre voix, l'enfant ne peut apprendre à reproduire les mots ni à comprendre leur signification; ou s'il a déjà commencé cette sorte d'éducation, il ne tarde pas à perdre ce qu'il a appris; il cesse de parler distinctement; les mots qu'il prononce deviennent inintelligibles, et finalement il devient complètement muet, si l'on n'a pas le soin d'entretenir ce qu'il a acquis et d'exercer le peu d'ouïe qui peut lui rester.

En somme, la surdité, de même que la surdi-mutité, ne constitue pas, comme on a tendance à le croire, un état spécial, une sorte d'entité morbide. Cette infirmité est la conséquence d'altérations organiques, soit congénitales, soit acquises, de l'appareil conducteur du son ou de l'appareil nerveux destiné à le percevoir; altérations organiques qui ont pour effet de déterminer la perte de la faculté d'entendre, laquelle entraînera à sa suite l'impossibilité d'apprendre à parler chez un enfant qui n'a pas encore parlé, ou la perte graduelle de la faculté de parler dis-

(1) *État de la membrane du tympan et de l'arrière-gorge dans 296 cas de surdi-mutités congénitales et acquises* (*American Journal*, 1867).

tinctement chez un enfant qui a déjà parlé, mais qui n'a pas encore une longue habitude du langage.

L'influence de l'hérédité sur la production de la surdi-mutité n'est pas douteuse. Les statistiques ont montré que cette infirmité est relativement fréquente dans les unions consanguines. J'ignore si ces surdi-mutités sont dues plus particulièrement à des vices de conformation, à des arrêts de développement, ou à des affections organiques de l'oreille développées dans les premiers temps de la vie.

Le traitement de la surdité varie nécessairement suivant la nature de la cause qui l'a produite, et je n'ai pas à m'arrêter sur ce point. Il n'y a pas lieu non plus d'insister sur les moyens prothétiques que l'on peut mettre en usage, alors que tout espoir d'amélioration doit être abandonné et que la surdité est incurable. Ces moyens prothétiques consistent dans l'emploi d'instruments désignés sous le nom de *cornets acoustiques*. On en a imaginé un grand nombre ; mais aucun n'offre une supériorité sur les autres. Le plus simple des cornets est le meilleur, et comme cet instrument peut rendre de réels services, en facilitant les relations sociales, il y a tout avantage à en conseiller l'emploi.

Je désire encore appeler un instant l'attention sur les indications particulières que présente la surdité chez les jeunes enfants. Si la surdité est congénitale, complète, il n'y a rien à espérer, et l'on devra, lorsque l'enfant sera suffisamment développé, lui donner l'instruction des sourds-muets. Mais si la surdité quoique très-prononcée est incomplète, si surtout l'enfant a déjà parlé, le rôle du médecin peut être considérable.

Un examen attentif de l'oreille permettra souvent de reconnaître l'existence d'une affection sinon curable, du moins susceptible d'amélioration ; en sorte qu'un traitement rationnel aura pour effet de prévenir les progrès de la surdité ou même de rendre l'ouïe en partie.

D'autre part, afin de développer la faculté du langage, et d'entretenir le peu d'ouïe qu'il possède, il importe que l'enfant soit constamment exercé à prononcer distinctement les paroles qu'il entend, à lire pour ainsi dire sur les lèvres de son interlocuteur en imitant ses mouvements, enfin à faire des lectures à haute voix.

C'est avec l'aide de ces deux ordres de moyens destinés, les uns à améliorer l'état anatomique, les autres à développer et à perfectionner la fonction auditive et l'exercice de la parole, que l'on arrivera souvent à prévenir la surdi-mutité.

## CHAPITRE V

### MALADIES DE L'APPAREIL DE LA VISION.

HISTORIQUE ET BIBLIOGRAPHIE (1). — L'ophtalmologie date des temps les plus reculés et, d'après la plupart des historiens, les Égyptiens et les Grecs possédaient quelques connaissances dans la pratique des maladies des yeux.

Chez les Égyptiens, l'oculistique était confiée à des prêtres d'un ordre inférieur qui jouissaient d'une grande réputation. Les Grecs empruntèrent aux Égyptiens leurs connaissances ophtalmologiques, et des documents nombreux prouvent que chez eux l'oculistique revêtait aussi le caractère sacerdotal.

L'École d'Alexandrie paraît s'être livrée à une étude plus complète et plus scientifique des maladies des yeux, et les livres de Celse et de Galien ne sont qu'un reflet éloigné de ces études. On trouve, en effet, dans ces ouvrages des descriptions exactes de quelques-unes des affections externes de l'œil, comme le ptérygion, le symblépharon, la fistule lacrymale, la cataracte même, etc.

Malheureusement, cet élan scientifique fut bien vite arrêté et la pratique des spécialités, si vivement critiquée par Martial, devenant excessive, les affections des yeux redevinrent l'objet d'un empirisme grossier. Aussi les oculistes romains n'ont-ils laissé aucune trace sérieuse de leur passage dans la pratique, et si les noms d'un certain nombre d'entre eux sont parvenus jusqu'à nous, cela tient soit à des citations, soit à des inscriptions laissées sur des collyres. On trouve, en effet, dans les collections archéologiques de petites pierres gravées, qui ont appartenu à des oculistes romains et qu'on connaît sous le nom de *cachet des oculistes*. Ces pierres, étudiées avec soin par les antiquaires et quelques médecins, parmi lesquels nous pouvons citer Tochon d'Annecy, Sichel, Warlomont, portent des inscriptions indiquant à la fois le nom du collyre, celui de l'oculiste qui l'a inventé, et enfin l'espèce d'affection pour laquelle on devait employer le médicament.

Après Galien, les Arabes, parmi lesquels on peut citer plus spécialement Rhazès et Albucasis, et les arabistes, s'occupèrent surtout des affections des voies lacrymales et des paupières, sans faire faire toutefois de grands progrès à la médecine oculaire. Cependant, les opérations pratiquées sur les yeux semblaient mieux convenir à la chirurgie timide des Arabes que les autres opérations, car elles n'entraînaient par d'effusion de sang.

Les quelques connaissances oculistiques rassemblées avec soin par

(1) Ce court aperçu historique sur l'ophtalmologie est un résumé de la leçon d'introduction de Follin (*Leçons sur l'exploration de l'œil*, Paris, 1863).