

irritatifs des centres nerveux. On rencontre fréquemment l'inégalité pupillaire, mais l'inégalité dans la dilatation.

Dans les *maladies bulbaires* ou *spinales*, l'action sur l'iris est essentiellement vaso-motrice. En outre, les irritations réflexes se communiquent aux deux côtés simultanément. Au début du tabes, le rétrécissement de la pupille et son *immobilité dans cet état par rigidité de la contraction* est la règle. La mydriase paralytique s'y voit aussi, mais plus tard et plus rarement.

*Système nerveux périphérique.* — Les lésions du nerf optique et de la troisième paire entraînent la mydriase; les irritations du sympathique provoquent la myose. On connaît quelques faits dans lesquels il y avait paralysie de la troisième paire sans dilatation pupillaire. Ainsi que Pourfour du Petit l'a signalé, la racine motrice du ganglion est alors fournie par le moteur oculaire externe. D'ailleurs dans trois cas de cet ordre, de Græfe a vu la pupille se rétrécir quand l'œil était porté en dehors par le droit externe. Le trijumeau paralysé entraîne la myose; il en est de même des névralgies faciale ou ciliaire. La mydriase est exceptionnelle.

*Névroses.* — Dans l'épilepsie, on a noté au début la mydriase; de même, dans l'hystérie et la catalepsie. Dans le goître exophtalmique, il y a myose.

Pour les maladies mentales, les pupilles sont rétrécies dans les affections excitantes et dilatées dans les affections dépressives (mélancolie, idiotie). L'inégalité pupillaire est habituelle dans la paralysie générale.

*Affections viscérales.* — Elles produisent d'ordinaire une mydriase bilatérale (vers intestinaux), mais aussi parfois unilatérale; il en est de même pour les accès de coliques hépatiques ou néphrétiques.

*Affections vasculo-cardiaques.* — Il y a dilatation dans la syncope, le froid, l'angine de poitrine; on trouve au contraire: myose dans l'asystolie; enfin l'inégalité pupillaire est habituelle dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte.

*Maladies générales.* — Les pupilles sont dilatées ou rétrécies: rétrécies dans la pléthore, les maladies fébriles, les

inflammations; dilatées dans l'anémie, la fièvre typhoïde, les cachexies, l'albuminurie, la dyptérie, la syphilis grave et même parfois le rhumatisme.

*Intoxications.* — Les médicaments toniques, excitants, reconstituants, l'opium, les collyres irritants, les myotiques proprement dits rétrécissent la pupille; les altérants, les vomitifs, les purgatifs, les stupéfiants, la quinine, la digitale, le bromure, les mydriatiques proprement dits, au contraire, la relâchent.

L'*anesthésie* dilate d'abord la pupille puis la contracte; tant que l'anesthésie est suffisante, la pupille reste contractée. Si une dilatation brusque survient, c'est qu'il y a menace d'asphyxie ou de syncope.

§ 209. **Amblyopie et amaurose.** — L'amblyopie — de ἀμβλῦσις, émoussé, ὤψ, œil — représente une diminution et l'amaurose, — ἀμαυρώω, j'obscurcis — la disparition de la vision; l'amblyopie a la vue faible et l'amaurose est aveugle.

L'amblyopie et l'amaurose toutefois s'appliquent aujourd'hui aux seuls cas qui ne peuvent être anatomiquement spécifiés. On peut donc toujours répéter que l'amblyopie correspond aux états dans lesquels malade et médecin ne voient pas grand'chose et l'amaurose à ceux où ils ne distinguent absolument rien.

En les prenant dans leur sens visuel ancien, affaiblissement visuel et cécité mono ou binoculaire, il y a lieu de les examiner sommairement.

1<sup>o</sup> *Amblyopie.* Elle indique une diminution de la vision, une acuité visuelle plus ou moins faible. Il existe alors une lésion des annexes, du segment antérieur, des milieux, des membranes profondes, du système nerveux ou de la réfraction. L'examen visuel au trou sténopéique indique-t-il une acuité normale, il y a seulement vice de réfraction; cette acuité est-elle améliorée, quoique imparfaitement, il y a vice de réfraction et lésion oculaire; enfin la vision n'est-elle pas modifiée, il n'y a que lésion oculaire. L'examen à l'éclairage oblique et à l'ophtalmoscope renseigne sur l'état de l'œil. Dans certains

cas toutefois, il n'existe aucun trouble apparent. Il s'agit alors d'amblyopie hystérique, toxique, etc., relevant de troubles optiques ou centraux que l'examen du champ visuel simple ou coloré révélera. Enfin, chez les hypermétropes, les astigmatés, les strabiques anciens, le fond de l'œil peut être intact et l'amblyopie notable. La simulation n'est pas exceptionnelle et l'on devra toujours s'en méfier.

2° *Amaurose*. Elle correspond à l'œil aveugle. Il y a ou non des lésions apparentes. La pupille est large, immobile, inexcitable par la lumière directe, mais parfois mobilisable par l'excitation du congénère non amaurotique. L'examen objectif à l'éclairage oblique et à l'ophtalmoscope indiquera les lésions oculaires correspondant à l'amaurose. S'il n'existe aucune lésion notable, on devra songer à l'hystérie ou à la simulation.

§ 210. **Polyopie**. — La polyopie — ποῦς, multiple et ὄψις, vue, — est la vision multiple, la perception simultanée de plusieurs images d'un seul objet; elle peut être monoculaire, ou binoculaire. Dans la polyopie monoculaire, l'image est double, triple, quadruple, etc., et variable suivant la distance ou l'étendue des objets considérés. On l'observe dans les vices de réfraction, les lésions des membranes et des milieux, dans divers troubles des centres nerveux. Barrat, dans sa thèse, en a dressé le tableau suivant :

#### I. — POLYOPIE PAR VICE DE RÉFRACTION

1° *Cornéenne* : astigmatisme irrégulier; opacité de la cornée; liquides divers étalés sur la surface de la cornée; myopie.

2° *Cristallinienne* : hypermétropie; cataracte; luxation cristallinienne ou ectopie.

3° *Irienne* : polycorie, occlusion pupillaire incomplète.

#### II. — POLYOPIE PAR TROUBLES NERVEUX

1° *Dans les névroses* : hystérie; épilepsie.

2° *Dans les lésions nerveuses proprement dites* : par syphilis cérébrale; tuberculose; néoplasme; épanchements sanguins; paralysie de la troisième paire d'ordre réflexe.

La polyopie par vice de réfraction ou lésions des membranes et des milieux résulte de l'irrégularité dioptrique de la cornée, de l'iris ou du cristallin entraînant la formation et la perception d'images multiples.

La polyopie nerveuse, surtout hystérique, est produite généralement par la contraction irrégulière du muscle ciliaire (Parinaud, Galezowski), et exceptionnellement, en dehors de tout spasme accommodatif, par hallucination (Lagrange).

La *diplopie*, — διπλός, double, ὄψις, œil — est la polyopie double monoculaire ou binoculaire. On réserve plutôt le mot de diplopie pour la vision double binoculaire. La diplopie est alors causée par la perception cérébrale distincte des images de chacun des deux yeux. Elle apparaît dans les paralysies ou parésies oculaires, et ses caractères varient avec le degré ou le siège de ces paralysies; son étude est très importante pour le diagnostic, le pronostic et le traitement.

La diplopie est *homonyme* quand l'image de l'œil droit est vue à droite et celle de l'œil gauche vue à gauche; elle est *croisée* au contraire quand l'image gauche est vue à droite et réciproquement. La même distinction est applicable aux images supérieures, inférieures ou obliques.

L'image est homonyme dans la déviation paralytique convergente et croisée dans la déviation divergente.

Une déviation en bas donnera une image plus élevée du côté paralysé et une déviation en haut une image moins élevée. Une déviation oblique donnera de même une image inverse de l'œil paralysé.

Nous reviendrons, dans l'étude des paralysies ou du strabisme, sur les particularités de ces diverses images. Disons seulement que la distance des images s'accroît quand les yeux se dirigent du côté du muscle paralysé et diminuent dans le cas contraire; si la distance des deux images est petite, il y a chevauchement ou simple élargissement; si la distance est excessive, une image est perdue de vue et la diplopie disparaît; enfin, avec le temps, une image est négligée par le cerveau, et il n'y a plus diplopie. On découvre dans les cas

légers ou anciens la diplopie en plaçant, devant l'un des deux yeux, d'ordinaire le meilleur, un verre coloré, qui rend plus manifestes les deux images. On peut apprécier le degré de la diplopie par la valeur du prisme qui la supprime entièrement pour une distance et une déviation données. Un traitement médical est parfois suffisant, mais un traitement chirurgical, avancement, reculement musculaire, est souvent nécessaire.

§ 211. **Photopsies.** — Les photopsies — φῶς, lumière, ὄψις, vue — sont des sensations lumineuses purement subjectives, non provoquées par des images extérieures, mais par des excitations mécaniques ou morbides des éléments rétiniens.

L'*excitation mécanique* de la rétine par une piqûre d'aiguille (Magendie) ou un choc quelconque produit une sensation lumineuse. Si l'on presse brusquement le globe, on obtient des photopsies spéciales, des phosphènes (Serres d'Uzès).

L'*excitation inflammatoire* produit aussi des photopsies. Les choroïdites exsudatives, les rétinites au début irritent les éléments nerveux et entraînent des photopsies. Des tumeurs ou des lésions cérébrales peuvent les produire également (hallucinations visuelles).

Les photopsies sont simples ou colorées (*chromopsies*). Elles ont la forme d'étincelles, de croissant, de boule, etc. Ces phénomènes attirent fortement l'attention des patients et les effrayent souvent. Ils impliquent une excitation anormale de l'appareil nerveux visuel et contribuent à la détermination des affections oculaires ou générales causales.

§ 212. **Mouches volantes ou myodesopsie.** — La myodesopsie — μυωδῶσις, semblable aux mouches, ὄψις, vue — ou les mouches volantes sont la manifestation habituelle de l'irritation du vitré ou plutôt de l'inflammation des parties voisines, rétine, choroïde, nerf optique.

Les mouches volantes sont connues depuis longtemps; elle ne sont cependant bien étudiées que depuis la découverte de l'ophtalmoscope. Donders a établi une division essentielle, en les classant en mouches physiologiques et en mouches pathologiques.

Les *mouches physiologiques* sont fines, légères, généralement subjectives et constituées par de petits corpuscules qui nagent dans le vitré, près de la rétine. On les rencontre sous forme de petites images irrégulières, de séries annulaires, de groupes divers, de chapelets, de points, de filaments plus ou moins réfringents. On les observe aisément quand on regarde un fond blanc ou bleu très clair, mais elles ne sont visibles que par le porteur. A l'ophtalmoscope, on ne distingue absolument rien.

On a localisé justement ces mouches dans le vitré; elles ont des mouvements lents ou rapides en rapport avec la liquéfaction du milieu. Les filaments de mucus dans les états lacrymaux constituent des corps flottants identiques aux mouches volantes, mais un clignement de paupières les fait disparaître.

Les *mouches pathologiques*, d'après de Wecker, sont des opacités résultant de l'immigration et de l'organisation des cellules ambiantes et des opacités provenant des éléments du tissu propre, éléments fibrillaires ou cellulaires du vitré.

Au point de vue clinique il faut admettre trois formes : 1° poussières; 2° filaments et flocons; 3° membranes.

Les *poussières* sont fines et donnent au vitré, par les mouvements de l'œil, un aspect trouble, jumentoux; les *flocons* et les *filaments* sont neigeux, ou branchus, irréguliers, et plus ou moins épais; les *membranes* sont souvent larges, épaisses, ou minces comme des toiles d'araignées.

Certaines lésions du nerf optique et de la rétine, surtout de la choroïde, peuvent produire des corps flottants. Des hémorrhagies s'y répandent parfois, et, suivant leur abondance, leur étendue, leur organisation, y laissent des flocons, des filaments ou des membranes. Les cyclites, les choroïdites, les hyalites syphilitiques sont la cause fréquente des opacités poussiéreuses constituant l'état jumentoux du vitré. La myopie, surtout la forme progressive avec staphylomes et liquéfaction du vitré, montre des corps flottants multiples et très abondants. Le décollement rétinien en est souvent précédé.

Les mouches volantes sont parfois très mobiles et brillantes. Quand elles parcourent librement et rapidement le vitré, c'est que celui-ci est très fluide, ramolli (*synchisis*) ou bien décollé en avant ou en arrière. Des lésions graves, susceptibles d'entraîner des troubles de nutrition, rétinites, choroidites, myopie, coexistent habituellement. On observe encore du tremblement irien et parfois de l'hypotonie; on trouve enfin, dans certains cas de *synchisis*, à l'ophtalmoscope, des corps brillants, dorés, étincelants, produits par de la tyrosine, de la cholestérine et des phosphates (*synchisis étincelant*).

Les mouches volantes sont visibles avec le miroir plan ou concave. On les distingue mieux, quand elles sont fines, avec le premier, et, dans le cas contraire, avec le second. Pour bien les apprécier, on les examine à l'image droite, avec une forte loupe de 20<sup>a</sup> en arrière du miroir; c'est ainsi qu'on voit le mieux les cristaux dorés du *synchisis étincelant*.

On les distingue aisément du canal de Cloquet, des corps étrangers ou des entozoaires du vitré. La *persistance du canal de Cloquet* donne l'apparence d'un cordon antéro-postérieur entier ou rompu, doué d'une transparence relative. Les *corps étrangers* entraînent souvent des troubles intenses, de l'iridocyclite ou de la panophtalmie, mais quelquefois ils s'enkystent et restent fixés au fond du vitré, où on peut les voir plus ou moins nettement. La *filaire* de l'œil est exceptionnelle; le *cysticerque* est plus souvent observé. Il est plus ou moins fixe et d'aspect caractéristique.

Les mouches volantes se modifient lentement. Elles peuvent disparaître entièrement si elles résultent d'hémorragies, de lésions spécifiques; le plus ordinairement elles persistent longtemps ou toujours, mais se modifient dans leur forme, leur étendue, leur siège.

Les mouches sont en relation étroite avec les lésions originales. Quand, chez un myope, elles se multiplient, on doit songer à la possibilité d'une prochaine complication (décollement).

Le *traitement* est basé sur celui des lésions causales. On

peut, en outre, hâter la résorption des exsudats par des laxatifs, des sudorifiques (pilocarpine), des diurétiques, des révulsifs (vésicatoires), etc. Les courants continus ont été préconisés mais sont d'une utilité douteuse. Des paracentèses ont pu être exceptionnellement indiquées.

§ 213. **Scotomes.** — Les scotomes — σκοτος, ténèbres — sont des lacunes du champ visuel produites par des zones correspondantes d'insensibilité rétinienne. Leur étude périmétrique est d'une grande importance diagnostique et pronostique. Les scotomes sont simples ou colorés, négatifs ou positifs, absolus ou relatifs.

Les scotomes *simples périphériques*, constituant le rétrécissement du champ visuel, se rencontrent dans les névrites et atrophies optiques, les glaucomes, les rétinites pigmentaires; *colorés*, on les observe dans les mêmes affections, l'épilepsie, la sclérose en plaques, l'hystérie où ils deviennent, par leurs irrégularités et l'inversion des couleurs, absolument caractéristiques. Les scotomes *annulaires* ou *zonulaires* existent dans certaines chorio-rétinites spécifiques et dans la dégénérescence pigmentaire de la rétine. Les scotomes *disséminés* se voient surtout dans la rétinite et la choroidite en plaques. Les scotomes *centraux simples* se présentent dans les altérations maculaires: atrophies, exsudats, apoplexies. Les scotomes *centraux colorés* existent surtout pour le rouge et le vert dans le diabète, les intoxications tabagiques, alcooliques, par le sulfure de carbone, etc. Les myopes à staphylome offrent des scotomes *paracentraux* plus ou moins étendus.

La papille, *punctum cæcum*, donne un scotome *normal* de 5° à 6° à 15° en dehors et à 3° en dessous de la macula. Ces divers scotomes sont variables suivant l'étendue et la nature des lésions. Ils doivent donc être recherchés fréquemment.

§ 214. **Dyschromatopsie.** — Les troubles chromatiques — χρωμα, couleur — sont fréquents en oculistique et correspondent à l'amblyopie ou l'amaurose pour les couleurs.

L'*achromatopsie totale* constitue la cécité complète pour

toutes les couleurs; elle peut être congénitale, mais elle est ordinairement acquise. L'*achromatopsie partielle* porte sur une ou plusieurs couleurs. Le plus souvent il y a anérythroopsie ou daltonisme, car Dalton n'était aveugle que pour le rouge.

La *dyschromatopsie* est la cécité incomplète pour une ou plusieurs couleurs. Ces divers troubles de perception colorée sont liés à des lésions cérébrales, optiques ou rétiniennes. Les intoxications alcooliques et niconitiques, l'hystérie (Charcot), les traumatismes craniens (Favre) en sont les causes habituelles.

Dans les dyschromatopsies congénitales, les couleurs sont mal vues et les sujets ne se doutent pas ordinairement de leur infirmité; dans les dyschromatopsies acquises, les patients ont généralement conscience de leur situation et voient disparaître successivement le vert, le rouge et enfin le bleu. Le champ visuel permet de préciser exactement l'étendue des troubles chromatiques.

§ 215. **Héméralopie.** — L'héméralopie — ἡμέρα, jour, ὄψις, vue — est un état dans lequel la vision, bonne pendant le jour, devient mauvaise pendant la nuit. La vision, normale à la lumière ordinaire, est anormalement affaiblie avec un faible éclairage. C'est le contraire dans la nyctalopie.

L'héméralopie est souvent *symptomatique*. On la rencontre en effet dans diverses affections toutes les fois que l'appareil visuel est affaibli, altéré profondément, ou que la pénétration de la lumière est insuffisante. On l'a notée, par exemple, dans le xérosis de la conjonctive, la kératomalacie, les opacités périphériques de la cornée ou du cristallin, dans certaines affections profondes, mais surtout la rétinite pigmentaire ou dégénérescence pigmentaire de la rétine; dans certains états généraux débilitants: ictère, impaludisme, alcoolisme; enfin on la rencontre sous forme épidémique ou endémique par excès de lumière, par fatigue, par alimentation insuffisante ou déficiente. C'est ainsi qu'on l'observe dans les pénitenciers, sur les navires, dans les casernes, par les temps de jeûne et de carême prolongés. Nous rencontrons parfois une série de

cas simultanés parmi les jeunes recrues. C'est alors l'*héméralopie dite essentielle*. Elle débute brusquement et trouble la marche ou l'orientation dès que le soleil disparaît ou que l'éclairage ambiant s'affaiblit. La gêne est plus grande le soir, à lumière égale, que le matin. A un éclairage faible, il y aurait parfois une légère dyschromatopsie et de petits scotomes périmaculaires. Tout revient à l'état normal en quelques semaines ou quelques mois par le repos, les toniques, et parfois spontanément. On peut apprécier le degré de l'héméralopie en graduant l'éclairage.

L'héméralopie essentielle est bénigne et exige un simple traitement fortifiant et hygiénique; l'héméralopie symptomatique de troubles réfringents ou de faiblesse nerveuse est plus grave et relève de l'affection causale. Dans le xérosis conjonctival, la kératomalacie, les lésions du fond de l'œil, la nutrition oculaire est très compromise et demande surtout un traitement général tonique ferrugineux et un traitement local excitant (injections de strychnine aux tempes). Le séjour dans une pièce sombre donne d'excellents résultats. Le port de conserves contre la lumière excessive est utile.

§ 216. **Nyctalopie.** — La nyctalopie — νύξ, nuit, ὄψις, œil — est un état dans lequel la vision est meilleure la nuit, avec un faible éclairage, que le jour, avec une grande lumière; c'est le contraire de l'héméralopie.

On la rencontre dans les cas de troubles centraux, pupillaires, cristalliniens, rétiniens ou chorio-rétiniens. C'est ainsi que la sténose irienne, les cataractes centrales, les scotomes maculaires la produisent souvent. On sait, en particulier, que les cataractes nucléaires au début entraînent une diminution visuelle plus marquée en plein soleil qu'au demi-jour. A la lumière vive, en effet, la pupille est contractée et les rayons lumineux sont arrêtés par le centre opaque du cristallin; à un faible éclairage, la pupille se dilate et la vision s'effectue aisément autour de l'opacité nucléaire. Il en est de même pour les amblyopies nicotiniques, alcooliques, etc. Certains états nerveux entraînent de l'hyperes-

thésie rétinienne en même temps que de la nyctalopie. La marche et la gravité de la nyctalopie varient selon sa nature et sa cause.

Le traitement approprié à l'étal causal est seul indiqué. Les mydriatiques faibles (cocaine, homatropine), et des verres fumés coquilles, seront utiles aux cataractés; des verres jaunes ont été préconisés avantageusement pour les nyctalopes hyperesthésiques.

§ 217. **Nystagmus.** — Le nystagmus — νυσταγμός, oscillation — est un ensemble de mouvements oculaires rapides, saccadés ou de rythme déterminé. C'est une sorte de tic continu et oscillatoire des muscles de l'œil.

Le nystagmus est *horizontal, vertical, rotatoire* ou *mixte*, suivant le jeu des mouvements. Il est habituellement binoculaire, mais souvent inégal dans les deux yeux. Parfois on ne le constate que dans la position du regard élevé ou à certains moments, par intermittence. Il est d'intensité variable et s'exagère par l'attention, la fixation, les émotions diverses; la distraction, le repos, le sommeil l'atténuent ou le font disparaître complètement.

Les yeux ont leur aspect ordinaire; au début les objets vacillent, plus tard ils restent nets. La vision peut être minime, la réfraction normale, mais on observe souvent des troubles oculaires extérieurs (atrophie, leucomes, cataractes, albinisme, etc.), une acuité faible, de l'hypermétropie ou de la myopie, de la chorio-rétinite ou de la rétinite pigmentaire, des colobomes, enfin des vices ou des anomalies de développement, des oscillations de la tête inverses aux oscillations oculaires, de la sclérose disséminée. C'est parfois un symptôme de tabes, de maladie de Friedreich ou de sclérose en plaques.

Le nystagmus se rencontre fréquemment chez les mineurs, les houilleurs surtout, travaillant avec un faible éclairage, dans une situation défectueuse et un milieu malsain.

L'insuffisance congénitale de la vision peut provoquer les mouvements indécis que présentent les yeux chez les enfants.

Certaines affections, faiblesse congénitale, sclérose disséminée, insuffisance des muscles oculaires, sont parfois en cause.

Les conditions de travail des mineurs semblent, chez eux, expliquer la fréquence du nystagmus, mais les avis sont très partagés dès qu'il faut faire la part de la lumière, de la position oculaire, etc. Snell estime que le nystagmus des mineurs n'apparaît que par le fait de l'effort dans une position pénible; Warlomont et Dransart l'attribuent à la fatigue excessive des élévateurs du globe; Dransart croit même à une névromyopathie analogue à la crampe des écrivains et au lumbago, résultant du mauvais éclairage ainsi que de la position oblique et élevée du regard dans l'attitude professionnelle. Court pense que le nystagmus est produit par la torpeur rétinienne et Romée par la fatigue accommodatrice résultant de la position de travail. Enfin, s'appuyant sur le mauvais état général et la fréquence du nystagmus surtout dans les mines les plus infectées de carbures d'hydrogène délétères, Pechdo penche vers une intoxication.

Le nystagmus se reconnaît aisément aux oscillations que présente le sujet examiné; le type nystagmique est indiqué par le sens même des oscillations. Bard différencie le nystagmus congénital du nystagmus de la sclérose en plaques: au maximum de déviation latérale, il diminue ou cesse par moment, dans le premier cas, tandis qu'il augmente, dans le second.

Le nystagmus congénital s'atténue parfois avec le temps mais ne disparaît pas complètement. L'extraction d'une cataracte congénitale double peut amener une guérison presque complète et rapide du nystagmus.

Le nystagmus des mineurs guérit souvent par la suspension du travail dans la mine.

Le *traitement* est exclusivement médical. Les lunettes corrigeant les amétropies, l'extraction de la cataracte, la gymnastique oculaire, etc., sont utiles. La cessation du travail souterrain est nécessaire chez les mineurs.

§ 218. **Paralysies.** — Les paralysies oculaires sont intérieures, extérieures ou totales, complètes ou incomplètes.

Les paralysies intérieures comprennent celles de l'iris et du corps ciliaire. Elles sont d'origine centrale. La mydriase et la presbytie en représentent les manifestations ordinaires. Les paralysies extérieures touchent le releveur palpébral, les muscles droits ou obliques.

Le releveur de la paupière peut être isolément affecté par lésion corticale (Grasset, Landouzy), mais il est ordinairement atteint en même temps que les muscles innervés par le moteur oculaire commun.

Les muscles droits ou obliques présentent des paralysies d'origine périphérique, orbitaire, basilaire, bulbo-protubérantielle. Ces paralysies sont isolées ou associées entre elles, monoculaires ou binoculaires. Quand tous les muscles de l'œil, ou les muscles des deux yeux, ou ceux innervés par des nerfs différents, sont atteints, on désigne ce syndrome sous le nom d'ophtalmoplégie. Il vaudrait mieux, d'après Abadie, réserver ce terme aux paralysies d'origine centrale.

Les maladies générales : syphilis, rhumatisme, tabes, etc., les traumatismes, les altérations locales sont des causes fréquentes de paralysie.

Les paralysies oculaires entraînent le strabisme paralytique avec une diplopie souvent gênante et ont une marche variable suivant la cause originelle et le traitement employé.

Le *diagnostic* doit porter sur l'examen de la paralysie, ses formes, ses causes locales ou générales. L'observation directe, l'étude de la diplopie, le champ de fixation, la série des manifestations générales concomitantes doivent être mis en œuvre.

Le *prognostic* varie avec la nature, la variété, le degré, l'ancienneté et la cause locale ou générale. Les formes rhumatismales sont les plus rebelles. Les tabétiques guérissent souvent, mais récidivent volontiers.

Le *traitement* est général ou local. Il s'adresse à la cause de la paralysie ou à ses manifestations. La diplopie est supprimée

par un verre opaque devant l'œil le moins bon et le traitement chirurgical du strabisme rend parfois grand service.

## CHAPITRE VII

### RAPPORTS DES AFFECTIONS OCULAIRES ET DES MALADIES GÉNÉRALES

Les relations anatomiques et physiologiques de l'œil lui font supporter les influences ou les manifestations morbides diverses de l'économie et rattachent étroitement l'ophtalmologie à la médecine générale. L'oculistique ne saurait donc être une spécialité absolue et celui qui s'y applique doit être et rester toujours foncièrement médecin.

En raison de leur importance, les rapports des affections oculaires avec les maladies générales méritent une étude spéciale.

Tous les oculistes les ont indiqués, mais on y a surtout insisté dans ces derniers temps. Arlt, de Wecker, Parinaud, Knies, etc. ont publié des travaux importants, E. Berger a réuni dans son traité la plupart des notions actuellement acquises. Nous suivrons ici, dans ses grandes lignes, l'exposition si complète de l'ouvrage de Berger, et nous examinerons successivement les troubles oculaires suivant les conditions individuelles, les états toxiques, infectieux, digestifs, respiratoires, génito-urinaires, nerveux et les états morbides ou cutanés.

#### I. États originels ou fonctionnels.

§ 219. **Age.** — Il a une importance pathologique réelle.

Chez le *nouveau-né*, on rencontre des malformations du côté du nez, des voies lacrymales, des paupières, du globe qui