

titue la **presbytie**. Les personnes presbytes ne peuvent lire, ou même distinguer les caractères d'un livre, je suppose, qu'en l'éloignant de plus en plus ; la presbytie est corrigée par des *verres convexes* qui viennent en aide à la convexité insuffisante du cristallin.

La presbytie était autrefois confondue avec l'hypermétropie ; dans les deux cas, en effet, le vice de réfraction est corrigé par des verres convexes, mais l'hypermétropie est la conséquence de la brièveté du diamètre antéro-postérieur de l'œil, de telle sorte que les images se forment en arrière de la rétine, tandis que la presbytie résulte de l'affaiblissement du muscle ciliaire qui préside à l'accommodation.

La presbytie ne commence guère qu'à 40 ou 50 ans, le malade est obligé, pour lire de fins caractères, d'*écarter* le livre de ses yeux et de le mettre en pleine lumière ; le diagnostic se fait par l'amélioration que produit un verre convexe.

2° DE PARALYSIE. — Il en résulte un trouble accusé dans la vision des objets rapprochés ; le malade ne distingue nettement que les objets placés à une certaine distance ¹. Sa démarche devient incertaine, car il n'apprécie pas la situation ni les dimensions des objets qui l'entourent. En même temps, signe très important, la *pupille est très dilatée* et insensible à l'action de la lumière (mydriase).

Étiologie. — La paralysie momentanée du muscle ciliaire est produite par le chirurgien, lorsqu'il *instille dans l'œil du sulfate d'atropine*.

Elle accompagne les *paralysies du nerf moteur oculaire commun* (3° paire), car c'est ce nerf qui préside à l'innervation du muscle ciliaire. Elle est également assez fréquente chez les *syphilitiques* ou pendant la convalescence de l'*angine diphthérique* et des *fièvres graves* ; on peut l'observer chez les gens rhumatisants, sous la seule influence de l'*impression du froid*.

Traitement. — Il doit être, suivant les cas, tonique, anti-

1. Car pour la vision des objets éloignés les courbures du cristallin ne doivent pas être accrues par les contractions du muscle ciliaire.

syphilitique, etc. — Le traitement local consiste en instillations de *sulfate neutre d'ésérine* (principe actif de la fève de Calabar qui fait contracter la pupille), frictions stimulantes et vésicatoires volants autour de l'orbite ; en dernier ressort, on aura recours aux courants continus.

Les verres convexes assez forts corrigent les inconvénients de la paralysie de l'accommodation.

3° DE SPASME. — Le spasme du muscle ciliaire s'observe surtout chez les hypermétropes qui sont obligés de mettre ce muscle constamment en jeu ; on le voit plus rarement chez les myopes ; de même que la paralysie de ce muscle s'accompagne de mydriase, de même son spasme détermine du *myosis* (rétrécissement de la pupille). Les troubles fonctionnels sont ceux que l'on observe dans tous les cas de rétrécissement de la pupille.

On commencera par remédier au vice de la réfraction qui a engendré le spasme, puis on paralysera momentanément le muscle ciliaire atteint de spasme par des instillations d'*atropine*, et l'on corrigera sa suppression momentanée par l'emploi des verres convexes.

XIII. — De quelques troubles fonctionnels.

AMAUROSE (AMBYOPIE).

Affaiblissement plus ou moins grand de la vision dont la cause n'est pas appréciable à l'ophtalmoscope ¹.

L'amaurose peut exister à divers degrés. Elle peut être partielle ou générale. Les amauroses partielles comprennent : 1° les *scotomes* (σκῶτωμα, ténèbres) consistant en lacunes dans le champ visuel ² ;

1. Avant la découverte de cet instrument, le domaine de l'amaurose était bien plus vaste ; il comprenait la plupart des maladies du fond de l'œil.

2. Il est utile de rappeler, que grâce à leur chiasma, les nerfs optiques se distribuent, l'un à la moitié gauche des deux yeux, l'autre à la moitié droite, phénomène important au diagnostic de certaines affections cérébrales ; car si une tumeur comprime la bandelette optique droite, par exemple, l'hémioptie portera sur la moitié externe de l'œil droit et sur la moitié interne de l'œil gauche.

2° *L'hémipie* ou amaurose limitée à une moitié du champ visuel ;

3° Les *rétrécissements du champ visuel*, de telle sorte qu'il se trouve divisé en trois parties : l'une périphérique, absolument noire, une autre centrale où la vue est conservée, une autre enfin intermédiaire aux deux précédentes, dans laquelle la vue est obscurcie.

Les amauroses générales, c'est-à-dire étendues à tout le champ visuel, comprennent : 1° l'*amblyopie* (ἀμβλῶσις, émoussé, ὀψ, œil), dans laquelle le malade ne distingue que les gros objets ; 2° l'*amaurose simple* qui lui permet de distinguer encore la lumière du jour ; 3° l'*amaurose absolue*, c'est-à-dire l'abolition de toute perception lumineuse.

Étiologie. — Nous diviserons les amauroses en trois classes : 1° les amauroses par lésion nerveuse ; 2° par altération du sang ; 3° par action réflexe.

1° *Amaurose par lésions nerveuses.* — Toute tumeur comprimant un point quelconque des nerfs optiques (couches optiques, bandelette, chiasma), que cette compression soit directe ou indirecte, peut arrêter le courant nerveux et déterminer l'amaurose. C'est ainsi qu'agissent les *tumeurs cérébrales*, les *hémorragies*, les *épanchements*, les *exostoses*, *gommés*, *abcès* du cerveau ou du crâne, etc. ¹.

Les *lésions du cervelet* peuvent, mais rarement, donner lieu à des amauroses. L'*ataxie locomotrice* comprend l'amaurose parmi ses symptômes ; il est vrai que bientôt surviennent des altérations organiques du nerf optique capables d'expliquer les troubles visuels.

2° *Amaurose par altérations du sang.* — Ces altérations sont de deux ordres. Le sang peut être altéré soit dans *sa quantité* (anémie) ; c'est ainsi qu'on a vu l'amaurose succéder à l'embolie de l'artère centrale de la rétine, à des hémorragies abondantes, à des fièvres graves ; soit dans *sa qualité* (empoi-

1. Le nerf optique finit souvent par s'atrophier sous l'influence de ces compressions : mais pendant longtemps il ne présente pas d'altérations appréciables, ce qui justifie la dénomination d'amaurose donnée à ce genre de troubles visuels.

sonnement par l'opium, l'alcool, le sulfure de carbone, le plomb, la nicotine, etc.). Nous pouvons également y rattacher les amblyopies observées dans le cours du *diabète*, amblyopies fort bien étudiées par Lécorché.

3° *Amaurose par action réflexe.* — Telles sont les amauroses déterminées par des *vers intestinaux* ; celles liées à l'*hystérie*, à l'*épilepsie*, aux plaies du nerf sus-orbitaire, aux névralgies dentaires, etc.

Diagnostic. — Il comprend deux points : 1° reconnaître l'amaurose ; 2° remonter à sa cause.

1° S'il n'existe que de l'amblyopie, on pourra apprécier son degré à l'aide de la table de Giraud-Teulon.

Une chambre noire et une lampe alternativement couverte et découverte permettent de reconnaître si le malade a conservé la perception de la lumière.

Lorsque l'amaurose est complète, la pupille est dilatée, mais elle l'est moins que sous l'influence de la belladone.

Si l'on soupçonne une simulation, il faut, pour la reconnaître, suivre l'avis de de Graefe, qui conseille de placer un prisme de 40 degrés à base inférieure devant l'œil qui est déclaré le meilleur ; il se produit de la diplopie, le sujet se trouble et ne doit plus distinguer si telle ou telle image appartient à tel ou tel œil.

2° Quant à la cause de l'amaurose, elle sera reconnue par l'examen général du malade.

HÉMÉRALOPIE (ἡμέρα, jour ; ὄπτομαι, je vois).

C'est une diminution considérable dans l'acuité visuelle qui survient brusquement dès que le jour baisse, à tel point que ces personnes ont tout à coup de la peine à se conduire.

Pathogénie. — L'héméralopie peut être essentielle ou symptomatique.

1° *L'héméralopie essentielle* est indépendante de toute altération appréciable à l'ophthalmoscope ; on l'a attribuée à une excitation trop forte de la rétine produite par une lumière trop vive, par le blanc éclatant de la neige, etc. ; dans d'au-

tres cas, elle se rattache à un état anémique, et, comme les mauvaises conditions hygiéniques qui engendrent l'anémie frappent souvent un grand nombre de personnes à la fois, on a noté de véritables épidémies d'héméralopie dans des casernes, des pensionnats, chez les marins, etc.

2° L'héméralopie *symptomatique* se rattache à la rétinite pigmentaire et à certaines formes d'atrophie du nerf optique.

Symptômes. — Voici un individu qui, tant que le soleil est au-dessus de l'horizon, paraît jouir d'une vue normale ; mais, dès que le crépuscule arrive, il se trouve plongé dans une obscurité telle qu'il a de la peine à se conduire. Bien plus, si en plein jour vous le faites passer dans une chambre mal éclairée, sa vue s'obscurcit comme à l'heure du crépuscule.

La *pupille*, même en plein jour, est plus dilatée qu'à l'état normal ; l'amplitude de l'accommodation est également réduite.

L'héméralopie essentielle est une affection bénigne, mais elle dure longtemps et récidive souvent.

Traitement. — Si l'héméralopie est produite par l'action d'une lumière trop vive, on devra calmer la surexcitation de la rétine par un séjour dans une chambre peu éclairée et par l'usage des verres fumés. Si, au contraire, elle se rattache à l'anémie, il faut prescrire les toniques, les amers, les ferrugineux.

DALTONISME.

C'est une anomalie de la vision caractérisée par l'impossibilité de distinguer certaines couleurs¹. Cette affection passe souvent inaperçue, car elle n'apporte aucun trouble à l'acuité visuelle ; la couleur rouge est celle dont la perception manque le plus souvent : le bleu et le jaune sont, au contraire, celles que l'on distingue le mieux.

1. Son nom lui vient de Dalton qui, en étant atteint, l'a parfaitement décrite. Le daltonisme présente chez les conducteurs de chemins de fer les plus grands inconvénients, puisqu'il les met dans l'impossibilité de distinguer les signaux donnés par les disques rouges. Or cette lésion, engendrée sans doute par la vue du foyer, ne serait pas fort rare chez eux.

MALADIES DES MUSCLES DE L'ŒIL.

A. — STRABISME.

On donne le nom de strabisme à cet état des yeux dans lequel la vision binoculaire n'existe plus, parce que l'un des axes optiques est dévié de sa position normale.

Le strabisme n'est donc qu'un symptôme qui peut tenir à des causes diverses : 1° à la paralysie d'un des muscles de l'œil (*strabisme paralytique*)¹ ; 2° à une cicatrice qui fixe le globe de l'œil (*strabisme cicatriciel*). Mais ces deux variétés de strabisme sont loin d'avoir l'importance qu'on leur attribuait avant que l'on connût le rôle capital que jouent les troubles de la réfraction dans la pathogénie du strabisme ; 3° dans l'im-

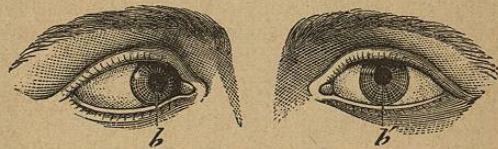


Fig. 161. — Strabisme convergent de l'œil droit.

mense majorité des cas, le strabisme se rattache à un trouble de la réfraction ; c'est de lui seul que nous allons nous occuper (*strabisme optique*), il est caractérisé par l'absence de paralysie des muscles de l'œil et par la perte de la vision binoculaire.

Symptômes et diagnostic. — Lorsque le strabisme est très prononcé, on le reconnaît aisément ; l'un des yeux se trouve dévié : 1° soit en dedans, *strabisme convergent* ou *interne* ; 2° soit en dehors, *strabisme divergent* ou *externe* ; 3° beaucoup plus rarement *en haut* ou *en bas*.

Mais, dans bien des cas, il faut rechercher si le strabisme existe et surtout quel est l'œil qui en est atteint ; pour cela, dites au malade de fixer un objet éloigné de six à huit pieds de ses yeux et couvrez-lui brusquement avec la main l'un des

1. Nous ne nous en occuperons pas (voy. *Paralysie des muscles de l'œil*).

yeux, le droit je suppose ; si l'œil gauche reste fixé vers l'objet sans éprouver de mouvement, ce n'est pas lui qui est atteint de strabisme, c'est l'œil droit que vous cachez avec votre main ; en effet, renouvez l'expérience, mais cette fois en cachant l'œil gauche, vous voyez qu'aussitôt l'œil droit se re-



Fig. 162. — Strabomètre ordinaire destiné à mesurer le degré de strabisme.

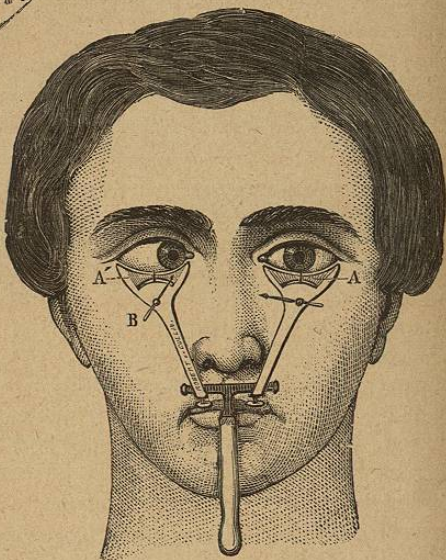


Fig. 163. — Strabomètre perfectionné de Meyer.

dresse pour se diriger vers l'objet, c'est-à-dire change de place dans un sens qui varie suivant le sens du strabisme ; est-il interne, l'œil se porte en dehors, etc.

Il est très facile d'expliquer ce redressement. En effet, le malade conserve non seulement la vision dans les deux yeux,

mais encore la faculté de porter l'œil strabique en tous sens ¹.

Cependant chez lui, pour des raisons que nous donnerons tout à l'heure, la vision binoculaire est abolie, c'est-à-dire qu'il ne se sert pour regarder les objets que d'un seul œil, de son œil non dévié ; mais si vous lui cachez cet œil, aussitôt l'autre œil devra se redresser pour diriger son axe optique vers l'objet que préalablement le strabique ne regardait qu'avec son œil sain.

L'individu strabique est-il atteint de *diplopie*, c'est-à-dire voit-il les objets en double ? Il le devrait, d'après la théorie des points identiques de la rétine ; cependant c'est fort rare ; à la longue, la vision s'affaiblit dans l'œil dévié qui ne fonctionne plus ².

Variétés. — Il y a plusieurs distinctions à établir dans le strabisme ; nous avons déjà vu qu'il est tantôt et le plus souvent *convergent*, c'est-à-dire que l'œil est dévié en dedans ; tantôt *divergent*, c'est-à-dire que l'œil est dévié en dehors ; que plus rarement la déviation a lieu soit en haut, soit en bas ; enfin le strabisme est plus ou moins prononcé, et son étendue peut être mesurée avec un instrument désigné sous le nom de *strabomètre*.

Si dans un *strabisme ordinaire* ou *permanent* vous cachez l'œil sain avec un verre dépoli et si vous faites regarder divers objets avec l'œil malade, vous voyez que derrière le verre dépoli l'œil sain suit tous les mouvements de l'œil dévié ³ ; cela tient à l'existence des mouvements associés des yeux ; le strabisme est dit alors *concomitant*, c'est la variété la plus ordinaire.

Strabisme alternant. — Dans quelques cas, les deux yeux ont la même force visuelle, le même trouble de la réfraction ; et ce désordre de la réfraction rendant la vision binoculaire pénible, le malade la supprime volontairement en déviant un

1. Vous pourrez vous en assurer en fermant l'œil sain et en faisant regarder en tous sens avec l'œil malade.

2. L'absence de diplopie a été expliquée de diverses manières ; on pense généralement que le cerveau s'habitue à négliger ou à neutraliser l'image qui vient se former sur la rétine de l'œil dévié.

3. Mais ils conservent toujours le même défaut de parallélisme.

œil pour ne regarder qu'avec un seul œil ; mais il n'a aucun motif pour dévier un œil plutôt que l'autre, de telle sorte qu'il se sert, tantôt de l'un, tantôt de l'autre.

Strabisme intermittent, périodique. — Certains individus ne louchent que de temps à autre. Ainsi les hypermétropes ne louchent d'abord que lorsqu'ils regardent de près, et cela parce que, en ce moment, leur accommodation se fatigue ; de même les myopes ne louchent souvent aussi que de près, mais cela pour un autre motif, c'est qu'alors seulement se révèle l'insuffisance du droit interne.

Pathogénie. — Donders a eu le mérite de démontrer que :

- 1° Le strabisme convergent se rattache à l'hypermétropie ;
- 2° Le strabisme divergent se rattache à la myopie.

Dans les deux cas, l'acte de la vision binoculaire joue le rôle de cause déterminante ; dès qu'il devient pénible, le malade dévie un œil pour le supprimer, il n'a plus recours qu'à la vision monoculaire 1.

Depuis que l'on connaît la véritable pathogénie du strabisme, on a reconnu qu'il était rarement congénital, mais qu'il se développait surtout à l'âge de quatre ou cinq ans, c'est-à-dire au moment où les enfants commencent à fixer attentivement les objets. Quant aux *taies de la cornée*, c'est avec raison qu'on les regarde comme une cause de strabisme, non point

1. a) *Strabisme convergent.* — On sait que les hypermétropes ont besoin de faire incessamment usage de leur accommodation (voy. *Hypermétropie*). Or, la physiologie nous apprend que les efforts d'accommodation s'accompagnent d'une convergence des yeux, obtenue par la contraction du muscle droit interne ; que, dans ces conditions, le malade cherche à supprimer la vision binoculaire, soit parce qu'elle est très fatigante, soit parce que les deux yeux n'ont pas la même réfraction, il dévient donc instinctivement l'œil le moins bon, et il le dévient en dedans, puisque les muscles droits internes sont prédominants.

2° *Strabisme divergent.* — Le myope est obligé de rapprocher beaucoup les objets pour les voir distinctement ; il fait par conséquent de grands efforts pour faire converger ses yeux, ce qui est d'autant plus pénible qu'ils sont ovoïdes ; les muscles droits internes doivent donc exécuter un travail considérable, ils se fatiguent et alors le malade cherche, pour les raisons précédemment indiquées, à supprimer la vision binoculaire ; il dévient instinctivement l'œil le moins bon et il le dévient en dehors, puisque le muscle droit interne est fatigué, surmené, au lieu d'être prédominant comme dans l'hypermétropie.

parce que le malade veut ne présenter aux rayons lumineux que des points translucides, mais parce que la taie affaiblit la vision de cet œil et conduit le malade à se priver de la vision binoculaire et à dévier l'œil affaibli pour ne se servir que de l'œil sain.

Traitement. — Trois modes de traitement peuvent être dirigés contre le strabisme :

- 1° Combattre l'hypermétropie ou la myopie par l'usage de

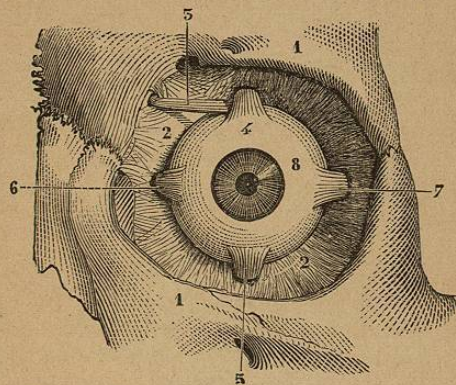


Fig. 161. — Dissection d'un œil normal. — Elle est destinée à montrer la disposition des tendons musculaires (Richet). — 1. Orbité. — 2. Portion oculaire (ou capsule de Tenon) de l'aponévrose orbito-oculaire. — 3. Tendon du grand oblique. — 4. Tendon du droit supérieur. — 5. Tendon du droit inférieur. — 6. Tendon du droit interne (c'est lui qu'il faut sectionner dans le strabisme convergent). — 7. Tendon du droit externe (c'est lui qu'il faut sectionner dans le strabisme divergent).

verres convexes ou concaves. Nous n'avons pas besoin de revenir sur les moyens propres à combattre ces troubles de la réfraction, ils ont déjà été indiqués et ne peuvent d'ailleurs convenir que lorsque le strabisme est tout récent ;

- 2° Redresser l'œil par un traitement orthopédique (prisme et stéréoscope) ;

- 3° Opération du strabisme.

Traitement orthopédique. — Il faut d'abord, par un repos prolongé, rendre à l'œil dévié sa force normale perdue ; pour

cela, on recouvre, pendant plusieurs heures chaque jour, l'œil normal avec un bandeau, et pendant ce temps on fait lire de gros caractères avec l'œil qui louche ; s'il ne les voit pas bien on se sert d'une loupe ; plus tard on se sert du *stéréoscope* (Javal) ¹.

Opération du strabisme ². — Elle consiste à pratiquer la section du tendon du muscle rétracté, c'est-à-dire du tendon du muscle droit interne lorsque le strabisme est convergent, et du droit externe lorsque le strabisme est divergent.

Les instruments nécessaires sont : un écarteur des paupières, des pinces à griffes, des ciseaux à pointes un peu mous, deux crochets mousses, l'un grand, l'autre petit ; une aiguille munie d'un fil de soie (dans le cas où il faudrait faire une suture conjonctivale).

1^{er} temps : Section de la conjonctive. — L'écarteur des paupières étant placé, on saisit avec la pince à griffes un pli de

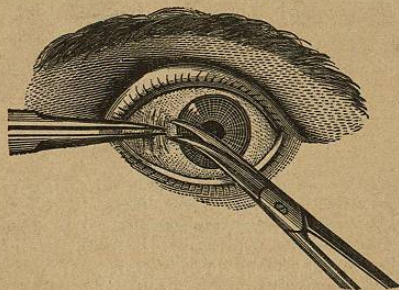


Fig. 165. — Section de la conjonctive.

la conjonctive, près du bord interne de la cornée ; on passe la pince dans la main gauche, et, à l'aide des ciseaux mous tenus de la main droite, on coupe le pli conjonctival à sa base ; on glisse la pointe des ciseaux dans cette ouverture, et l'on débride le tissu sous-conjonctival dans une étendue

1. Voyez, pour plus de détails, les traités sur les maladies des yeux.

2. Proposée par Stromeyer et Dieffenbach, cette opération a été régularisée par Bonnet et de Graefe ; ce n'est plus une myotomie, mais une ténotomie, permettant le reculement ou l'allongement du tendon du muscle rétracté.

d'un centimètre environ, en se dirigeant vers le tendon du muscle que l'on veut sectionner.

2^e temps : Introduction du crochet. — Le grand crochet mousse est introduit à plat à travers l'ouverture de la conjonctive, et, par un mouvement en demi-cercle, on le glisse au-dessous du tendon, entre lui et la sclérotique.

3^e temps : Section du tendon. — On fait passer le manche du crochet dans la main gauche, et on lui imprime un mouvement qui porte la convexité du crochet vers le bord de la cornée ; on saisit les ciseaux de la main droite, et l'on sectionne à petits coups le tendon au ras de la conjonctive.

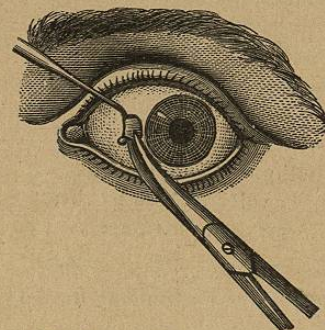


Fig. 166. — Section du tendon.

4^e temps : Dégagement complet du tendon sectionné. — Pour s'assurer que la section tendineuse est complète et que rien ne gêne le reculement du muscle, on glisse le petit crochet mousse sous le muscle et l'on s'assure qu'il ne reste aucune bride ¹.

Un strabisme de 4 à 5 millimètres peut être corrigé par l'opération que nous venons d'indiquer ; mais s'il dépasse 5 millimètres, il faut répartir la correction sur les deux yeux et faire deux ténotomies. D'ailleurs, après une ténotomie, il est possible de *diminuer* ou d'*augmenter* la correction : on la dimi-

1. La ténotomie des autres muscles, que l'on a bien plus rarement l'occasion de pratiquer, s'effectue exactement de la même manière.

nue en réunissant par une suture les deux lèvres de la plaie conjonctivale, suture qu'on laisse en place jusqu'au lendemain ; on l'augmente, en fixant le côté opposé de la conjonctive à la commissure correspondante, et cela par un point de suture qu'on laisse vingt-quatre heures en place.

Avancement musculaire. — La ténotomie est souvent remplacée par l'avancement du tendon antagoniste. Il consiste à mettre à nu par une incision de la conjonctive le tendon que l'on veut avancer et grâce à deux points de suture à fixer ce tendon à un point de la conjonctive placé au devant de lui, le tendon est ainsi attiré en avant. Pour les détails voyez les traités des maladies des yeux.

B. — PARALYSIES DES MUSCLES DE L'OEIL.

Trois nerfs président aux contractions des muscles de l'œil ; ce sont : le nerf de la troisième paire (moteur oculaire commun) ; de la quatrième (moteur oculaire externe) ; de la sixième (nerf pathétique). La paralysie les frappe bien rarement tous à la fois ; on la voit plutôt se localiser sur un seul tronc nerveux ou même sur quelques-unes de ses branches.

Étiologie. — 1° *Lésions organiques du nerf.* — Elles peuvent être la conséquence de tumeurs développées soit sur le nerf lui-même, soit sur un point quelconque de son trajet (tumeurs cérébrales, exostoses, hémorragies, ramollissements, tumeurs de l'orbite, etc.)¹.

La dégénérescence et l'atrophie de ces nerfs sont fréquentes dans l'ataxie locomotrice ; habituellement le nerf optique se trouve en même temps frappé.

2° La *sypilis* détermine de nombreux désordres dans l'œil (iritis, choroïdites, rélinites) ; il faut y joindre la paralysie de ses muscles. Ces troubles de la motilité sont-ils la conséquence de compressions exercées sur les nerfs par des gommés, des exostoses, d'une altération organique ou simplement fonctionnelle ? Questions difficiles à résoudre dans bien des cas.

¹ La localisation de la maladie dans tel ou tel nerf permet à son tour de préciser le siège de la tumeur ; elle éclaire ainsi le diagnostic de l'affection cérébrale.

3° *Action du froid et du rhumatisme.* — On connaît la fréquence des paralysies faciales sous l'influence de ces causes ; elles peuvent par un mécanisme semblable déterminer certaines paralysies oculaires.

On a vu la paralysie de la troisième paire succéder à des injections sous-cutanées de curare.

I. — Paralysie de la troisième paire.

Le nerf moteur oculaire commun tient sous sa dépendance le muscle releveur de la paupière supérieure, les muscles droits supérieur et interne, le petit oblique, et enfin le sphincter interne de l'iris (par les nerfs ciliaires qui se rendent au ganglion ophthalmique). Or, la paralysie peut porter sur le tronc nerveux lui-même (paralysie totale), ou sur une quelconque de ses branches (paralysie partielle). Il peut y avoir un simple affaiblissement de la contractilité ou une paralysie complète.

PARALYSIE COMPLÈTE ET TOTALE. — *Signes anatomiques.* — 1° La paupière est abaissée, et il est impossible au malade de l'élever (paralysie du releveur).

2° Lorsqu'on la soulève, on voit l'œil dévié en dehors. (En effet, le droit interne étant paralysé, le droit externe, son antagoniste, qui est animé par un nerf spécial, continue à agir et entraîne le globe de l'œil vers lui ; le strabisme divergent ne s'accroît qu'au bout d'un certain temps.)

3° La pupille est dilatée (paralysie du sphincter interne).

Troubles fonctionnels. — *Diplopie.* — Le malade voit les objets en double. Pour bien apprécier ce symptôme important, il convient de placer un verre de couleur devant l'œil sain ; on peut ainsi rapporter exactement à chaque œil l'image qu'il perçoit ; or, par le fait de la paralysie du droit interne, l'œil ne pourra se diriger en dedans, il ne pourra donc suivre l'autre œil, lorsque celui-ci s'incline en dehors ; leurs axes ne se correspondent plus, l'objet regardé frappera les rétines dans deux points différents, d'où la formation de deux images, qui seront d'autant plus éloignées l'une de l'autre que l'objet sera plus fortement porté à droite (nous supposons que c'est l'œil

gauche qui est paralysé). Au contraire, les deux images se rapprocheront et finiront par se fusionner lorsque l'objet sera ramené du côté de l'œil malade ; il y aura un moment, en effet, où l'axe de l'œil sain rencontrera l'axe immobile de l'œil malade.

Ajoutons que les deux images seront croisées, signe pathognomonique de la paralysie du droit interne.

Dans la paralysie du droit interne, la diplopie est horizontale ; elle est, au contraire, verticale dans les paralysies des muscles droit supérieur et droit inférieur, c'est-à-dire que les images sont placées *l'une au-dessus de l'autre*.

Le muscle petit oblique dirige l'œil en haut, en avant et en dehors, dans l'attitude de la supplication (opinion controversée) ; or, ce mouvement est impossible lorsque la troisième paire est paralysée.

Attitude. — Les malades inclinent souvent la tête du côté du muscle paralysé, afin de diminuer ses contractions. Enfin, surtout au début, en fermant l'œil sain, si le malade veut saisir un objet, au lieu de porter avec assurance la main sur lui, il la place à côté, cela tient à ce que la direction de l'œil nécessitant un effort musculaire plus grand, celui-ci donne une fausse indication sur la position de l'objet. A la même cause se rattachent l'incertitude de la marche et quelques vertiges passagers qui sont d'autant plus accentués, que très souvent la paralysie de la troisième paire s'accompagne d'une paralysie du muscle ciliaire (muscle de l'accommodation).

PARALYSIE PARTIELLE, c'est-à-dire limitée à un des muscles animés par le nerf moteur oculaire : la connaissance de leur rôle physiologique suffira au diagnostic de leur paralysie.

II. — Paralysie de la quatrième paire.

C'est une lésion des plus rares et encore mal connue. Le nerf pathétique (4^e paire) anime le muscle grand oblique. Or, ce nerf pourrait être atteint isolément, ce que l'on reconnaît à une légère déviation de l'œil malade en haut et en dedans, à une diplopie qui n'apparaît que lorsque le regard se

porte en bas : au-dessus du plan horizontal, elle disparaît, les images doubles sont homonymes ¹, avec superposition de celle de l'œil sain ; enfin l'image des objets du côté malade paraît souvent plus rapprochée que celle du côté sain.

III. — Paralysie de la sixième paire.

Le nerf de la sixième paire animant le muscle droit externe, si ce nerf est paralysé, l'œil est attiré en dedans par la contraction du muscle droit interne ; il lui est impossible de se porter en dehors.

Traitement. — Si la paralysie de l'un quelconque des muscles de l'œil s'est produite sous l'influence du froid, son pronostic n'est point grave, car d'ordinaire, grâce à quelques onctions excitantes, à des vésicatoires volants ou à des courants constants, les muscles reprennent leur activité. Si la paralysie reconnaît une cause générale telle que syphilis ou une lésion de l'encéphale, c'est à la combattre que l'on doit s'appliquer ; dans quelques cas, pour combattre la diplopie, on devra recourir à l'emploi de verres prismatiques, et l'on pourra, si la lésion persistait, corriger par la strabotomie certaines déviations de l'œil.

NYSTAGMUS.

On donne ce nom au tremblement involontaire des yeux.

Le nystagmus se rattache soit :

1^o A une lésion oculaire : troubles de la réfraction, strabisme, rétinite pigmentaire, albinisme et cataracte congénitale, etc. ;

2^o A une lésion cérébrale (hémorragie, ramollissement, sclérose), dans ces derniers cas son apparition est d'un pronostic très grave.

Symptômes. — Les oscillations des yeux sont souvent très prononcées ; elles ont habituellement lieu dans le sens horizontal, plus rarement dans le sens vertical, plus rarement encore dans une rotation autour de l'axe de l'œil. D'ailleurs, le

1. C'est-à-dire que l'image de l'œil droit est à la droite du sujet, celle de gauche à sa gauche.

nystagmus n'exerce pas d'influence fâcheuse sur la vision, mais il ne saurait être corrigé par une intervention chirurgicale.

XIV. — Maladies des sourcils.

Les contusions et plaies des sourcils devant être étudiées en même temps que les lésions traumatiques de l'orbite, nous n'avons à signaler que les kystes, car les autres maladies de cette région ne présentent rien de spécial.

KYSTES DU SOURCIL. — Le sourcil peut être le siège de kystes de nature fort diverse, tels sont les kystes séreux, mélicériques, les loupes, les kystes sébacés, etc. ; nous bornant à cette simple mention, nous ne décrivons que les *kystes dermoïdes*, c'est-à-dire contenant des poils, des glandes, en un mot les divers produits du derme ; ils se développent d'ordinaire au niveau de la queue du sourcil.

Ces kystes sont congénitaux, et l'on explique leur production par une imperfection dans le développement de la face¹.

Ces kystes augmentent très lentement de volume et ne gênent que par la difformité qu'ils occasionnent ; ils récidivent souvent après l'extirpation, car, fort adhérents au périoste, ils ne peuvent en être que difficilement détachés, ce que l'on fera toutefois sans crainte avec la rugine, sous peine de voir le kyste se reproduire.

XV. — Maladies des paupières.

LÉSIONS TRAUMATIQUES.

Les contusions des paupières déterminent des ecchymoses étendues qui disparaissent en quelques jours, d'elles-mêmes ou grâce à quelques applications résolutives.

Les PLAIES des paupières exposent à divers accidents ; ce

1. En effet, l'arc branchial qui forme la base du crâne et l'arc branchial qui forme la mâchoire, le nez, etc. sont séparés par une fente qui correspond à la partie externe de l'orbite, lieu de prédilection des kystes dermoïdes ; si ces deux arcs ne se soudent pas parfaitement, une certaine quantité de peau en voie de développement restera incluse entre eux, et elle deviendra le point de départ du kyste.

sont : 1^o des inflammations avec gangrène, perte de substance et, par suite, formation d'un tissu cicatriciel qui peut renverser la paupière en dehors (*ectropion*) ; 2^o la paralysie du releveur de la paupière supérieure (*blépharoptose*)¹ ; 3^o la section d'un des conduits lacrymaux (*épiphora*) ; 4^o la formation d'une fente verticale (*coloboma*).

Le traitement consiste à affronter les bords de la solution de continuité, à les fixer avec des serres-fines ou des points de suture et à appliquer un pansement antiseptique.

Les BRULURES des paupières exposent, suivant leur siège, soit à la formation d'adhérences entre la paupière et la conjonctive (*symblépharon*), soit à la formation de cicatrices qui renversent la paupière en dehors (*ectropion*). Le premier accident sera prévenu par l'interposition d'une plaque métallique entre la conjonctive et la paupière ; contre le second, on a conseillé de pratiquer la suture des paupières dès le commencement du travail de cicatrisation.

INFLAMMATIONS.

L'ÉRYSIPELE des paupières accompagne souvent celui de la face : il se caractérise par une tuméfaction énorme, due à la laxité du tissu cellulaire de ces voiles membraneux ; il n'est point rare de lui voir produire de petits abcès ; mais une complication bien plus redoutable, c'est l'extension du phlegmon au tissu cellulaire de l'orbite. Dès qu'on soupçonnera l'existence du pus au-dessous des paupières, il faudra lui ouvrir une voie par une large incision transversale.

L'ORGEOLET est un petit furoncle du bord libre des paupières, développé dans les glandes annexées aux bulbes pileux.

Certains individus sont prédisposés à la formation des orgeoles, ils en ont à tout propos. Chez les femmes, on a cru pouvoir les rattacher à quelques troubles menstruels.

L'orgeolet se présente sous l'aspect d'une *petite tumeur dure, d'un rouge foncé, assez douloureuse* ; en quelques jours cette

1. Accident que l'on observe parfois après de simples contusions.