

face du jour et autant que possible de toujours se placer de profil devant les interlocuteurs sans jamais les regarder en face.

Un bon œil artificiel doit avant tout imiter le mieux possible l'œil naturel. Aujourd'hui ce genre de fabrication est arrivé à un tel degré de perfection que les gens du monde et même bien des médecins se méprennent et ne distinguent pas tout d'abord l'œil artificiel du bon.

L'œil d'émail bien confectionné doit en outre n'être ni trop grand ni trop petit; être aussi léger que possible sans cependant être trop fragile; ne gêner le malade dans aucun de ses mouvements; ne jamais être dépoli de façon à ne pas irriter les paupières par des rugosités (les bords et les angles doivent être lisses et émoussés).

CONCLUSIONS

Quelles *conclusions* tirer de notre étude sur l'hygiène de la vue? C'est qu'il y a bien des maladies oculaires dont on peut restreindre l'extension par des mesures prophylactiques. Le nombre des individus atteints de cécité s'élève en France et en Algérie à 38,630 sur une population d'environ 41,000,000 habitants (statistique de 1882), ce qui fait à peu près un aveugle par 1,000 habitants. D'après les statistiques étrangères, la proportion est à peu près la même dans le reste de l'Europe. Ce chiffre est considérable et peut être attribué en grande partie à cette négligence qui fait qu'on ne se soigne que lorsque le mal devient grave, ou qu'avant de demander les conseils d'un médecin on s'en rapporte soit aux pharmaciens, soit aux empyriques et à leurs remèdes absolument étrangers à la science. D'autre part, il faut bien le dire, l'insuffisance des soins donnés par des médecins peu au courant de

la spécialité des yeux, contribue aussi dans une certaine mesure à augmenter le nombre des aveugles. Par aveugles, nous ne désignons pas seulement les individus qui ont perdu toute perception lumineuse, mais ceux dont la qualité visuelle a subi, par suite de maladies, une diminution telle, que le travail ne leur est plus permis¹.

La maladie à qui revient la première part dans la production des cas de cécité est incontestablement l'*ophtalmie des nouveau-nés*; mais c'est l'absence ou l'insuffisance de prophylaxie et de traitement qu'il faut accuser de ce déplorable résultat, et non la maladie elle-même. Car si l'hygiène et un traitement appropriés ont de l'efficacité pour guérir une maladie contagieuse et en limiter l'extension, c'est particulièrement contre l'*ophtalmie des nouveau-nés*, comme nous l'avons exposé au commencement de notre livre.

La conclusion qui découle de ces considérations, c'est qu'il importe d'éclairer le public sur les dangers auxquels il s'expose, et qu'il faut ensuite lui fournir les moyens de s'y soustraire.

Il est du devoir de l'État de veiller à la santé publique et à ce titre, la question de la conservation de la vue ne doit-elle pas être au premier rang de ses préoccupations? Il doit chercher par tous les moyens possibles, à diminuer le nombre des

1. Voyez pages 286, 287, 294 et 295.

aveugles qu'il lui faut ensuite secourir et qui constituent pour lui une charge très onéreuse.

Il est très important de répandre l'instruction ophtalmologique le plus largement possible, et de s'assurer que les candidats au doctorat en médecine possèdent des connaissances élémentaires suffisantes. Tous les médecins ne peuvent devenir des oculistes consommés, mais tous doivent être à même de pouvoir diagnostiquer et traiter certaines maladies usuelles, de donner des soins dans les cas urgents et ils ne doivent jamais être exposés à commettre des erreurs comme cela se voit encore souvent. Les spécialistes sont nécessaires dans cette branche de la médecine, comme dans toutes les autres et c'est à eux qu'il faut envoyer les cas difficiles et compliqués qui demandent une pratique et une expérience plus grandes et une science plus complète.

La nomination d'une commission d'hygiène des écoles en 1882, a été un grand pas dans cette voie et a permis de réglementer des instructions dont il faut exiger la stricte exécution. Mais la surveillance de l'État devrait encore s'exercer dans l'installation et l'éclairage des administrations, des bureaux, des ateliers, en un mot, partout où l'intégrité de la vue peut être compromise par des erreurs hygiéniques. Cette surveillance doit s'exercer au même titre que pour les questions de salubrité générale (aération, désinfection, etc.). Il faut

surtout faciliter au public les moyens de se soigner (cliniques, dispensaires...). Ils ne manquent pas à Paris et dans quelques grandes villes; mais en dehors de ces centres ils font à peu près défaut.

Enfin, il faut par tous les moyens possibles déraciner les préjugés et les erreurs toujours si invétérés et surtout s'élever contre l'usage de consulter les sages-femmes, les pharmaciens ou les premiers opticiens venus, lorsqu'il s'agit de troubles de la vue.

C'est en fournissant aux populations des médecins suffisamment exercés à la pratique sommaire de l'ophtalmologie, des ressources pour se faire soigner (services spéciaux, cliniques, dispensaires, consultations spéciales), que l'on arrivera à diminuer dans une notable proportion les causes de cécité, et que l'on fera œuvre vraiment humanitaire. La diffusion des connaissances ophtalmologiques reste donc en première ligne le principal desideratum de l'hygiène oculaire.

TABLE DES FIGURES

| | Pages. |
|--|--------|
| Fig. 1. Parties extérieures de l'œil (Dalton) | 6 |
| Fig. 2. Coupe schématique de l'œil et de ses annexes. | 6 |
| Fig. 3. Section verticale du globe de l'œil | 7 |
| Fig. 4. Œil emmétrope | 63 |
| Fig. 5. Œil myope. | 65 |
| Fig. 6. Correction de la myopie par un verre concave. | 74 |
| Fig. 7. Œil hypermétrope. | 79 |
| Fig. 8. Figure comparative entre l'œil emmétrope, myope et hypermétrope | 81 |
| Fig. 9. Mécanisme de l'accommodation | 83 |
| Fig. 10. Correction de l'hypermétropie par un verre convexe. | 85 |
| Fig. 11. Astigmatisme | 88 |
| Fig. 12. Marche que suit avec l'âge le recul du punctum proximum | 94 |
| Fig. 13. Correction de la presbytie par les verres convexes. | 96 |
| Fig. 14. Verre tronqué, permettant la vision avec correction en bas, sans correction en haut et à distance éloignée. | 100 |
| Fig. 15. Lunette à la Franklin à double foyer | 101 |
| Fig. 16. Foyer principal d'une lentille bi-convexe. | 104 |
| Fig. 17. Réfraction dans un prisme. | 105 |
| Fig. 18. Formes diverses de lentilles. | 105 |
| Fig. 19. Monture des lunettes. | 114 |