

ment bilatérale, souvent plus prononcée dans l'œil opposé à la lésion ; elle ferait plus souvent défaut dans les tumeurs de la convexité. Elle peut disparaître par la suppression de la tumeur, mais elle est parfois suivie de neuro-rétinite avec atrophie secondaire. Dans le cas de papillite par tumeur cérébrale, si l'on vient à comprimer le globe oculaire avec un doigt, les pulsations des artères rétiniennes deviennent manifestes, ce qui ne se produit pas dans la papillite due au mal de Bright (Deyl).

Dans les tumeurs du cervelet, il se produit rapidement un rétrécissement du champ visuel qui peut aboutir hâtivement à la cécité complète. Ces tumeurs peuvent aussi, par compression de la grande veine de Galien ou de l'aqueduc de Sylvius, occasionner une hydrocéphalie du ventricule qui a pour conséquence une névrite optique précoce avec amblyopie très accentuée.

Les tumeurs de la base du crâne sont souvent des tumeurs de l'hypophyse ou des gommages qui agissent sur les bandelettes optiques ou sur le chiasma.

Les lésions ou la compression d'un pédoncule cérébral entraînent l'hémiplégie croisée ; il y a hémiparésie du même côté que le champ visuel aveugle et parésie de l'O M C. du côté opposé à la tumeur. Si la tumeur s'étend en avant, elle peut attaquer les bandelettes optiques ou le chiasma, d'où hémianopsie, scotomes, etc. Si le chiasma est atteint, il y a des troubles visuels précoces, de l'hémianopsie irrégulière, plus tard de l'hémianopsie temporale, enfin la cécité par névrite. L'hémianopsie bitemporale, avec réaction hémianopsique de Wernicke et parésie de l'O M C., est caractéristique des tumeurs du chiasma.

Il résulte des recherches d'Henschen que les tumeurs d'un lobe occipital produisent de l'hémianopsie avec conservation du réflexe pupillaire direct ; — que celles du lobe frontal n'agissent que par compression à distance sur le chiasma ou le nerf optique ; — que celles du lobe pariétal entraînent des troubles de l'ouïe si elles compriment le lobe temporal, de l'hémianopsie commençant par le quadrant inférieur sans réaction hémioptique de la pupille (conservation du réflexe direct) si elles compriment le lobe occipital ; — que celles du segment occipital et du segment inférieur du lobe temporal produisent une lacune du champ visuel, une hémianopsie homonyme en quadrant supérieur sans réaction hémioptique de la pupille.

IV. AFFECTIONS DE LA PROTUBÉRANCE ANNULAIRE ET DU BULBE. — La polioencéphalite chronique (lésion des noyaux gris) est seule intéressante pour l'ophtalmologie. Inférieure, elle affecte les noyaux bul-

baires, supérieure les noyaux protubérantiels ; la première atteint parfois l'O M E., mais la seconde produit les ophtalmoplégies nucléaires.

Les lésions de la protubérance annulaire donnent des paralysies croisées, l'O M C. étant atteint soit partiellement, soit en totalité du côté opposé à la paralysie des membres.

V. AFFECTIONS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE. 1° *Ataxie locomotrice ou tabes dorsal.* — L'importance des manifestations oculaires tient à ce qu'elles apparaissent souvent plusieurs années avant les autres symptômes ; la plus fréquente et la plus précoce est l'atrophie optique. On observe aussi des troubles pupillaires, en particulier l'immobilité aux réflexes direct et synergique avec conservation de la réaction à l'accommodation et à la convergence (signe d'Argyll Robertson) et à l'irritation douloureuse ; quelquefois l'immobilité est totale dans le stade final. L'anisocorie par myosis est plus fréquente que celle par mydriase, cette dernière étant généralement tardive ; on observe aussi la diminution de l'acuité visuelle centrale, le rétrécissement progressif du champ visuel avec altération du sens des couleurs, surtout pour le vert qui disparaît le premier ; le champ du blanc reste longtemps très éloigné de celui des couleurs. Le rétrécissement du champ visuel présente parfois la forme hémioptique, et alors la perte de la vision survient à bref délai, souvent brusquement (Jocqs). La progression de ces troubles aboutit à la cécité, plus ou moins lentement, quelquefois en un an, d'autres fois en vingt ans.

A l'ophtalmoscope, on trouve exceptionnellement de la névrite optique, mais toujours de l'atrophie primitive, dès l'apparition des troubles visuels, ce qui n'est pas le cas dans la sclérose en plaques et dans les névrites multiples ; dans ces dernières, il y a seulement atrophie secondaire par névrite rétro-bulbaire.

Concurremment avec l'atrophie ou bien sans elle, se développent des paralysies des muscles de l'œil, dont la plus fréquente est celle du droit externe. Ces paralysies quand elles sont précoces et qu'un seul muscle est touché sont le plus souvent passagères ; elles atteignent près de la moitié des tabétiques et, dans le tiers des cas, à la période préataxique. Les paralysies combinées sont moins favorables en raison de leur tendance à la récurrence. D'après Mœbius, toute paralysie musculaire des yeux qui survient sans douleur chez un homme sain jusque-là rend le tabes vraisemblable (surtout s'il y a syphilis).

2° *Syringomyélie.* — Le nystagmus est assez fréquent et il y a des signes de paralysie du sympathique oculaire (ptosis léger et myosis).

3° *Sclérose en plaques*. — Le nystagmus horizontal est le trouble le plus fréquent; ils l'accompagne, dans la moitié des cas, de paralysies des muscles de l'œil, particulièrement de l'OME, qui apparaissent dans les stades avancés. L'immobilité réflexe est extraordinairement rare.

Le pouvoir visuel est diminué dans la moitié des cas, presque toujours sans lésion ophtalmoscopiquement appréciable, et sous la forme d'un scotome central, surtout pour les couleurs. On observe quelquefois la cécité passagère, rarement une cécité persistante.

Il se produit, dans l'intensité des troubles visuels, des oscillations et variations, des alternatives d'amélioration et d'aggravation qui sont caractéristiques de l'affection.

On trouve très exceptionnellement de la névrite optique, qui peut alors aboutir à une atrophie partielle, temporaire de la papille.

VI. NÉVROSES. — 1° *Hystérie*. — Elle détermine des troubles visuels extraordinairement variés, portant soit sur la musculature, soit sur la perception rétinienne, particulièrement bien étudiés par Pansier et Parinaud.

L'amblyopie et l'amaurose, les altérations du champ visuel (très rares dans l'hystéro-traumatisme et souvent simulées) ont été examinées dans les chapitres XII et XIV.

Les troubles de l'accommodation et de la convergence sont fréquents et entraînent de l'asthénopie nerveuse (kopiopie de Förster), de la diplopie binoculaire par contracture des muscles droits internes avec images superposées; cette diplopie a pour caractère de ne pas augmenter dans le regard à droite ou à gauche. On observe aussi le blépharospasme, le ptosis pseudo-paralytique ou par contraction.

Les paralysies musculaires sont exceptionnelles; cependant nous avons observé un cas d'ophtalmoplégie externe, bilatérale, sans ptosis et avec conservation des mouvements réflexes, après un traumatisme opératoire sur les fosses nasales.

Les paralysies musculaires hystériques de l'œil ont pour caractères d'être alternantes et intermittentes, variables, et de présenter la conservation des mouvements inconscients ou réflexes, tandis que les mouvements intentionnels sont impossibles. Ce sont le plus souvent des paralysies du regard.

La diplopie et la polyopie monoculaire, avec image fautive toujours en dehors, l'hémianopsie homonyme surtout à gauche (de préférence), sont assez rares.

2° *Epilepsie*. — Au début de l'attaque, il y a habituellement dilatation et immobilité des pupilles; pendant l'attaque, on observe souvent

la déviation conjugquée des yeux et des mouvements de rotation du globe. Cependant on a fait remarquer que la rigidité pupillaire n'était pas un caractère différentiel absolu entre l'accès épileptique et l'attaque d'hystérie. D'après Lévi Giuglio, dans l'épilepsie, la pupille en mydriase se rétrécit un peu à la première approche de la lumière pour reprendre ensuite sa dilatation malgré la persistance de l'excitation lumineuse.

3° *Affections mentales. Paralysie générale*. — Les troubles pupillaires sont fréquents. Dans la paralysie générale, on peut observer de l'anisocorie ou inégalité pupillaire, de l'irrégularité de la pupille, des paralysies musculaires et des déviations conjugquées, de l'hémianopsie, de l'amblyopie et de l'amaurose avec fond d'œil normal (par ramollissement encéphalique occipital), de l'atrophie optique par névrite descendante.

§ 6. — Relations avec les affections des oreilles.

L'œil et l'oreille sont en rapports anatomiques par l'intermédiaire du système nerveux (trijumeau et noyaux bulbo-protubérantiels) et du système circulatoire (sinus de la dure-mère).

Les troubles oculaires les plus fréquents sont d'ordre réflexe : diplopie par obstruction cérumineuse, nystagmus par lavage du conduit auditif externe; blépharospasme, hyperhémie conjonctivale, larmolement dans certains cas d'otite moyenne aiguë.

Nous avons observé un cas de kératite vésiculeuse récidivante chez un sujet atteint d'une otite moyenne chronique du même côté. Dans ces otites moyennes chroniques, on a signalé aussi le nystagmus, le strabisme divergent ou convergent, la paralysie de l'OME, mais on doit considérer ces manifestations comme étant le plus souvent des signes de complications endo-crâniennes, de même que la névrite optique observée au cours d'une otite moyenne aiguë. Gellé a cité un cas d'exophtalmie bilatérale réflexe après ablation d'un polype de la caisse.

Une carie du rocher peut atteindre le ganglion de Gasser et entraîner les mêmes troubles oculaires que les lésions du trijumeau.

Au cours des mastoïdites, on a observé de la diplopie, du strabisme, du ptosis, du myosis, ayant disparu aussitôt après la trépanation.

Dans les maladies de l'oreille interne (labyrinthe), les affections réflexes oculaires sont la mydriase, le nystagmus, qui se complique de

déviations conjuguées des yeux s'il y a destruction des canaux semi-circulaires ; en particulier dans la maladie de Ménière, on rencontre l'obscurcissement passager du champ visuel, de la mydriase, des mouches volantes et parfois de l'hémianopsie transitoire.

Chez les sourds-muets, Badal a relevé de nombreuses maladies oculaires : vices de réfraction, atrophie optique, rétinite pigmentaire, affections probablement consécutives à une méningite ayant causé de la surdi-mutité.

Lorsque, au cours d'une otite moyenne aiguë ou chronique, on redoute une *complication endo-crânienne*, méningite, phlébite des sinus, abcès, il faut explorer l'œil ; on trouvera parfois de l'hyperhémie de la papille ou une papillite par stase. Cette papillite qui n'est pas toujours bilatérale, s'observe dans environ la moitié des cas de complications cérébrales et est susceptible de guérison. On a aussi signalé la névrite optique.

Les affections des yeux peuvent de leur côté exercer une certaine influence sur l'organe de l'ouïe. C'est ainsi qu'on a signalé le développement d'une surdité bilatérale et absolue à la suite d'une ophtalmie sympathique (de Wecker), des troubles de l'ouïe, en particulier des bruits subjectifs, après des ténotomies.

§ 7. — Relations avec les affections des fosses nasales et de leurs cavités annexes.

Les yeux et les fosses nasales ont des rapports par le système circulatoire, par le système nerveux, et par la continuité de leurs muqueuses à travers le canal lacrymo-nasal ; leur voisinage facilite aussi l'infection par contact direct. Les cavités annexes, sinus frontal et maxillaire, cellules ethmoïdales, ont des parties de leurs parois qui contribuent à former la cavité orbitaire ; le sinus sphénoïdal est en rapport avec le nerf optique.

I. AFFECTIONS DES FOSSES NASALES. — On a beaucoup exagéré, tout au moins en ce qui concerne les adultes, l'influence des affections des fosses nasales sur le développement de certaines affections de l'œil ; nous n'avons rencontré des affections oculaires dues à cette cause que très exceptionnellement sur les malades de notre service clinique. Ces relations ont été bien étudiées et mises en relief par Ziem à l'étranger et Laurens en France.

On a signalé 1° des troubles oculaires d'ordre réflexe d'origine nasale ; 2° des troubles par propagation directe d'une affection nasale au sac lacrymal et à la conjonctive, et réciproquement ; 3° des troubles dus aux affections des cavités annexes des fosses nasales ; 4° Enfin des troubles consécutifs aux déformations congénitales des os de ces cavités annexes (E. Berger).

1° *Troubles oculaires d'ordre réflexe d'origine nasale.* — Ils portent sur la sensibilité, les sécrétions, la motilité, la nutrition, et sont soit d'ordre réflexe pur, soit d'origine hystérique. Ils sont rares, et, d'après E. Berger, on les observerait surtout chez les prédisposés, les neurasthéniques. On les rencontre dans le coryza aigu ou chronique, spécialement dans la rhinite hypertrophique, dans la rhinite atrophique ozéneuse, dans les polypes muqueux, dans l'excitation des fosses nasales par les vapeurs irritantes, dans les cas d'épines ou crêtes de la cloison venant en contact avec le cornet inférieur, dans les excoriations autour des orifices des narines, et, parfois, après les opérations sur les cavités nasales (nous avons déjà parlé d'un cas d'ophtalmoplégie hystérique ainsi développée).

L'œil atteint ou celui qui l'est davantage est toujours du côté de la lésion nasale.

L'hyperhémie conjonctivale et le larmolement sont les troubles les plus fréquents. On a observé la névralgie ciliaire causée par une synéchie entre le cornet inférieur et la cloison nasale, le goître exophtalmique avec une rhinite atrophique (?), l'exophtalmie après l'ablation de polypes muqueux (Semon et Gellé), le rétrécissement du champ visuel après des inflammations des fosses nasales et des sinus. Gradde a appelé l'attention sur les accès de larmolement, de sensation de cuisson conjonctivale, qui surviennent chez des individus à « nez irritable » c'est-à-dire dont la muqueuse des fosses nasales est sujette à des gonflements brusques par les changements de température ou par des excitations psychiques.

Le scotome scintillant et le glaucome seraient parfois d'origine nasale.

2° *Troubles d'origine inflammatoire ou infectieuse par propagation.* Les affections des voies lacrymales, larmolement, dacryocystite et péri-dacryocystite, fistule lacrymale, sont les plus fréquentes et sont ordinairement dues à un rétrécissement ou à une obstruction du canal nasal par hypertrophie du cornet inférieur, par épaissement inflammatoire, muqueux ou osseux, des parois du conduit.

L'obstruction par propagation infectieuse ascendante est généralement due au pneumocoque; elle s'observe surtout dans l'enfance et sur des terrains prédisposés et atteint presque toujours les deux yeux. L'origine nasale de l'iritis signalée par Ziem est rare.

Dans l'ozène, on peut observer des complications cornéennes sans que les voies lacrymales soient atteintes; l'infection est plus probablement due au contact par l'intermédiaire des doigts.

Le lupus, le rhinosclérome, la diphtérie, l'érysipèle peuvent se propager au sac lacrymal et à la conjonctive oculaire. Dans plusieurs cas de tuberculose nasale, on a observé des affections des voies lacrymales, de la conjonctive ou de la cornée de même nature.

II. CAVITÉS ANNEXES. — Les affections de ces cavités peuvent atteindre l'œil et la cavité orbitaire, soit par compression mécanique, soit par effraction avec infection par continuité. Elles sont aussi susceptibles de déterminer les mêmes *troubles réflexes* que les cavités des fosses nasales, mais plus fréquemment le rétrécissement concentrique du champ visuel, l'asthénopie musculaire, le blépharospasme. Les complications orbitaires et oculaires des sinusites ont été bien exposées par de Lapersonne dans son rapport à la Société française d'ophtalmologie au congrès de 1902.

1° *Troubles oculaires d'origine mécanique.* — Ce sont le déplacement du globe oculaire (d'où la diplopie), l'exophtalmie, les troubles de la motilité des muscles de l'œil, en particulier du grand oblique dans la sinusite frontale, surtout après une intervention chirurgicale, parfois l'amblyopie; on les observe le plus fréquemment dans l'hydropisie des sinus, presque exclusivement dans la mucocèle du sinus frontal, exceptionnellement dans l'empyème chronique. Il y a de l'épiphora, si l'orbiculaire est troublé dans ses fonctions.

2° *Inflammations secondaires de l'orbite.* — Le contenu de l'orbite s'enflamme par effraction du pus d'un empyème, frontal, ethmoïdal, exceptionnellement maxillaire, d'où phlegmon, exophtalmie, déplacement du globe oculaire. Les abcès orbitaires sont soit simples, soit suivis de fistule dans l'empyème chronique, soit accompagnés d'ostéite nécrosante des parois de l'orbite.

3° *Affections du globe de l'œil.* — On a signalé des kératites, l'iritis, l'iridocyclite, la choroïdite, des troubles du corps vitré, la cataracte polaire postérieure, l'hyperhémie papillaire, la thrombose de la veine

centrale avec rétinite hémorragique dans l'empyème chronique du sinus maxillaire, la névrite optique surtout dans la sinusite sphénoïdale, la névrite rétrobulbaire.

C'est presque toujours dans les sinusites maxillaires que les lésions du tractus uvéal ont été observées (de Lapersonne). Ziem, le premier, a attiré l'attention sur certaines complications oculaires, dont on était loin de soupçonner l'origine sinusienne.

TROUBLES SPÉCIAUX AUX DIVERSES CAVITÉS ACCESSOIRES. 1° *Sinus frontal.* — L'hydropisie, l'empyème fermé à évolution lente, les tumeurs, donnent lieu à une ectasie dans la partie supérieure de l'angle interne de l'orbite, d'où résulte le déplacement du globe oculaire en bas et en dehors. La mucocèle est assez souvent bilatérale (Rollet et Valude).

Lorsque dans une sinusite frontale il se produit une perforation, c'est toujours pendant un état aigu ou une exacerbation d'un état chronique, et son siège de prédilection est également au point le plus mince de la cavité sinusale, c'est-à-dire à la partie supérieure de l'angle interne de l'orbite, quelquefois cependant sur le toit orbitaire si le sinus est vaste. Au point de perforation, il se forme une saillie molle ou rénitente, qui s'abcède bientôt; on observe en même temps de l'œdème de la paupière, du chémosis, de l'exophtalmie, enfin tous les signes d'un phlegmon orbitaire qui s'amendent dès que l'abcès est ouvert. Si la perforation se fait sur le toit de l'orbite, l'abcès se forme en général sur le milieu du bord convexe du tarse. La thrombophlébite orbitaire est une des complications les plus dangereuses de la sinusite frontale.

Au cours de l'empyème, on observe parfois un léger œdème intermittent de la paupière supérieure.

2° *Cellules ethmoïdales.* — Si leur inflammation détermine une nécrose de la lame papyracée avec perforation dans l'orbite, il se développe un phlegmon orbitaire dans l'angle interne de l'œil, avec une allure aiguë ou chronique, parfois pris pour une dacryocystite suppurée (le stylet trouvera la perforation). Si le développement est aigu, il y a gonflement considérable des paupières, déplacement de l'œil en bas et en dehors et exophtalmie. Lorsque la perforation s'établit lentement, on trouve à l'angle interne de l'orbite une infiltration ligneuse, sans douleur ni réaction de voisinage, et le déplacement du globe s'opère progressivement.

L'hydropisie ou mucocèle du labyrinthe ethmoïdal forme, à l'angle interne de l'orbite, une tumeur à développement insidieux non

fluctuante tant que la lame papyracée n'est pas résorbée, et pouvant être prise pour un ostéome.

3° *Sinus maxillaire.* — C'est surtout l'empyème latent, clos, qui cause les troubles oculaires; le blépharospasme et les névralgies sous-orbitaires en sont souvent pendant longtemps les seuls symptômes. Cet empyème s'ouvre rarement dans l'orbite, et, dans ce cas, sur la paroi inférieure, entraînant le phlegmon orbitaire. L'hydropisie et les tumeurs de ce sinus peuvent soulever la paroi orbitaire inférieure et déplacer lentement, insidieusement, le globe de l'œil vers le haut et en dedans. L'iritis récidivante ou rebelle a été parfois signalée (Ziem, Fromaget); de même la choroïdite séreuse, la chorio-rétinite (de Lapersonne) et des neuro-rétinites infectieuses.

Les affections de ce sinus entraînent quelquefois des maladies du canal lacrymal.

4° *Sinus sphénoïdal.* — Le canal optique longeant la partie antérieure de la face externe de ce sinus, il s'ensuit que ses inflammations peuvent déterminer la névrite optique rétro-bulbaire monolatérale (E. Berger, Panas, de Lapersonne). Dans certains cas, on a observé une cécité subite monoculaire, sans lésion immédiate apparente du fond de l'œil, soit par compression du nerf dans le trou optique, soit par propagation de l'inflammation sinusale, d'où périnévrite. On l'observe aussi dans les tumeurs du sinus. On a signalé des paralysies du moteur oculaire commun et du moteur oculaire externe (Panas).

La perforation du sinus peut causer une infiltration séreuse ou purulente du tissu rétro-bulbaire, presque toujours par thrombo-phlébite (complication généralement mortelle), de l'exophtalmie et parfois la méningite.

5° *Troubles oculaires par déformations congénitales des os des cavités annexes.* — D'après E. Berger, si l'ethmoïde s'accroît trop en largeur, il y a écartement trop grand des yeux, d'où insuffisance des muscles droits internes, quelquefois strabisme divergent; il peut y avoir aussi rétrécissement du canal lacrymo-nasal.

Des anomalies de la croissance du corps du sphénoïde peuvent étrangler le nerf optique, ce qui entraîne sa décoloration, surtout dans sa moitié externe; l'acuité visuelle est alors soit conservée, soit affaiblie; il en résulte parfois une atrophie complète. L'atrophie optique héréditaire est peut-être due à cette cause (E. Berger).

§ 8. — Relations avec les affections des dents et du pharynx

I. *AFFECTIONS DES DENTS.* Les relations entre l'œil et les dents sont anatomiquement établies par voie nerveuse (trijumeau et grand sympathique) et par voie vasculaire. L'influence des affections dentaires sur l'œil a été étudiée dans son ensemble par Lagleyze.

La carie et la périostite alvéolo-dentaire, surtout des dents du maxillaire supérieur, sont le plus souvent en cause.

On observe des troubles d'ordre réflexe et des troubles d'ordre inflammatoire.

1° *Troubles oculaires d'origine réflexe.* — Le larmoiement, l'hyperhémie conjonctivale, le blépharospasme, la parésie de l'accommodation sont fréquents dans l'odontalgie. On observe aussi la mydriase monoculaire, la photophobie, la névralgie orbitaire, la photopsie, les scotomes, le rétrécissement du champ visuel. On a également signalé l'amblyopie et l'amaurose soit, d'après Parinaud et Panas, par la compression du nerf optique par des lésions inflammatoires développées au niveau du canal optique, soit après extraction ou fracture de dents et alors d'origine hystéro-traumatique. Caffé a cité l'observation d'un sujet porteur d'une dent cariée de la mâchoire supérieure qui devenait aveugle chaque fois que sa cavité se remplissait de débris alimentaires.

2° *Troubles oculaires d'origine inflammatoire.* — Ils sont d'origine infectieuse et ont pour point de départ une dent malade; l'inflammation progresse et se propage vers l'œil, dans le plus grand nombre des cas par contiguïté des tissus ou par voie veineuse. On observe la péridacryocystite, le phlegmon orbitaire, par propagation par la voie intra-osseuse et périostique. Les abcès de la paupière inférieure par suppuration des alvéoles sont assez fréquents.

Dans l'infection propagée par voie veineuse, extrêmement rare, il s'agit presque toujours d'une périostite alvéolaire ou des suites de l'extraction d'une dent. La propagation s'opère par l'intermédiaire du plexus veineux de la fosse zygomatique qui reçoit les veines alvéolo-dentaires inférieures et communique directement par le trou ovale avec le sinus caverneux, d'où suppuration des veines de l'orbite, phlébite orbitaire récurrente avec symptômes de phlegmon orbitaire et perte rapide de la vision par phlébite de la veine centrale. L'infection

peut aussi se faire à travers la veine faciale par thrombo-phlébite directe, mais alors la vision est conservée jusqu'au moment de la mort.

On a également signalé l'iritis, l'irido-choroïdite, la choroïdite par infection de voisinage.

II. AFFECTIONS DU PHARYNX. Il s'agit surtout du retentissement des affections du pharynx nasal, qui amènent les mêmes troubles réflexes que celles des fosses nasales : larmolement, hyperhémie de la conjonctive.

On a décrit une conjonctivite folliculaire qui serait de nature adénoïdienne et disparaîtrait par l'ablation des végétations adénoïdes ; le fait est très rare et nous n'avons eu l'occasion d'en observer qu'un seul cas chez une fillette de 13 ans, qui fut ainsi guérie d'une conjonctivite durant depuis plusieurs années.

On a signalé la névrite optique après des angines.

CHAPITRE XVI

DE LA SIMULATION DES MALADIES DES YEUX. DES MOYENS EMPLOYÉS POUR LA RECONNAITRE

Le nombre des grands simulateurs des affections oculaires a certainement diminué à notre époque, non seulement en raison de la réduction de la durée du service militaire, mais aussi parce que la notion de la facilité avec laquelle les simulations peuvent être presque toujours déjouées a pénétré dans les masses. C'est tout au plus, en effet, si à la clinique ophtalmologique du Val-de-Grâce nous avons l'occasion d'observer par an une dizaine de cas de simulation d'amaurose unilatérale soit sur des jeunes soldats, soit sur des réservistes ou des territoriaux appelés pour une période d'instruction, soit, surtout, sur des militaires en activité de service qui arguent le plus souvent d'un traumatisme de la région orbitaire comme cause. Devant les conseils de révision, la proportion de ces cas est également peu élevée. M. le médecin major Huguet,

dans ses recherches sur les maladies simulées, observées de 1859 à 1896 sur les conscrits, les appelés et les soldats envoyés à la 2^e compagnie de pionniers de discipline, a relevé seulement 40 cas de simulation de maladies de la vision, dont 31 d'amblyopie ou d'amaurose unilatérale et un seul cas d'amaurose bilatérale, sur 496 cas de simulations diverses. Dans le cours d'une carrière déjà longue, nous n'avons observé qu'un seul cas de simulation d'amaurose bilatérale.

En revanche, le nombre des petits simulateurs, c'est-à-dire de ceux qui entretiennent ou provoquent des blépharites, des conjonctivites, des kératites, de ceux qui allèguent une diminution notable de l'acuité visuelle, est tout aussi grand, sinon plus, que par le passé. Il est juste cependant de remarquer que les allégations de myopie plus forte qu'elle ne l'est en réalité sont devenues rares ; nous n'avons rencontré ce genre de simulation que chez des sujets instruits, surtout parmi ceux ayant perdu leur droit à la dispense.

La sagacité et la patience du médecin militaire sont donc mises encore trop souvent à l'épreuve et nombreuses se présentent à lui les occasions dans lesquelles il a à apprécier si les allégations d'un sujet sont exactes, si l'affection dépend de la cause invoquée, ou bien si elle est simulée, exagérée, provoquée ou entretenue.

Quel que soit le cas soumis à son examen, quelle que soit la situation du sujet, le médecin devra toujours se comporter comme s'il s'agissait d'une affection véritable et n'arriver au diagnostic de simulation que par exclusion, comme pour tout autre cas pathologique. Il demandera à la physiologie et à la pathologie de l'appareil visuel les éléments de son diagnostic spécial, et c'est par un examen méthodique de cet appareil, tel qu'il a été décrit dans les chapitres précédents, qu'il arrivera au soupçon ou à la conviction d'une simulation ; il y sera aidé par le désaccord frappant entre les symptômes allégués et l'état de l'organe de la vision, par une évolution insolite ou une pathogénie inacceptable de l'affection, par des réponses contradictoires, etc. C'est alors seulement qu'il aura recours pour assurer son diagnostic, et aussi pour convaincre matériellement le sujet d'imposture, aux moyens de surprise qu'il nous reste à exposer.