

et à l'absence complète de lésions ophtalmoscopiques chez des sujets suspects de nervosisme. Elle est, pour cette raison, beaucoup plus fréquente chez les petites filles. Elle est généralement monoculaire et assez souvent l'autre œil présentera un rétrécissement concentrique du champ visuel et surtout un rétrécissement ou une interversion dans les limites des champs visuels pour les couleurs. On sait qu'à l'état physiologique l'étendue des champs visuels est variable suivant les couleurs. Le champ visuel pour le blanc est le plus étendu, puis ensuite vient le bleu, le rouge et enfin le vert qui est le plus petit. Les hystériques intervertissent fréquemment cette disposition. Ce qui est le plus délicat, c'est de reconnaître si l'amblyopie ou l'amaurose est réelle ou de nature hystérique ou simplement simulée. On connaît la force du pouvoir simulateur chez les hystériques et le réflexe pupillaire lui-même peut se montrer aboli chez un simulateur; nous en avons vu un exemple.

Diagnostic de la simulation. — Voici divers moyens de déjouer la ruse des simulateurs. On posera devant l'œil sain un prisme assez fort à base placée en haut et on fera fixer à l'enfant un point. L'enfant sera sans méfiance parce que le prisme aura été placé devant l'œil sain, et s'il déclare voir double, il sera évident que l'œil soi-disant amaurotique est doué d'acuité visuelle. En faisant fixer, au lieu d'un point, des lettres de plus en plus petites, on peut même juger de l'acuité de l'œil prétendu amblyope. Le stéréoscope sera encore très commode et l'on fera regarder à l'enfant des cartons ornés de figures différentes qui se complètent l'une par l'autre; s'il voit la figure entière il ne pourra nier l'égale vision des deux yeux. Enfin on peut le surprendre encore en plaçant devant l'œil déclaré sain un verre rouge et en le faisant lire des mots écrits avec des lettres tracées alternativement au crayon bleu et rouge. S'il lit toutes les lettres, il ne pourra soutenir son amblyopie de l'autre œil, car pour l'œil armé du verre rouge les lettres de même couleur disparaissent. Ces moyens sont efficaces, mais ils n'ont de valeur que si le sujet persiste, quand même et malgré ces épreuves, à affirmer son amblyopie. En effet, il existe des amblyopes hystériques, de parfaite bonne foi, qui accusent de la diplopie par l'épreuve du prisme et qui offrent le singulier phénomène d'avoir perdu la vision monoculaire et de jouir cependant de la vision stéréoscopique ou binoculaire.

B. DYSCHROMATOPSIE. — La dyschromatopsie n'est pas une maladie, c'est une imperfection visuelle de cause inconnue qui empêche de distinguer certaines couleurs; quand elle est congénitale, elle prend le nom de *daltonisme*, du nom du physicien anglais Dalton qui en était atteint et l'a décrite le premier avec précision. *L'achromatopsie* est la cécité pour toutes les couleurs; dans ce trouble visuel, toutes les couleurs sont représentées par des gris plus ou moins foncés. Cette perversion visuelle est rare. La forme la plus commune et à qui est plutôt réservée le nom de daltonisme est la cécité pour le rouge et le vert; les daltoniens confondent en effet ces deux couleurs et les feuilles des arbres leur paraissent de même aspect que des fleurs rouges. Il n'existe aucun moyen de guérir la dyschromatopsie et même pas de verres capables de modifier les fausses sensations perçues.

IX. ANOMALIES CONGÉNITALES. — ANOMALIES DE LA RÉTINE. — Fibres myéli-

niques. — Les fibres nerveuses, passant du nerf optique dans l'étalement de la rétine, perdent leur myéline, pour se réduire au seul cylindre-axe. Il arrive parfois que la myéline reste dans quelques faisceaux de ces fibres au delà du nerf optique, et cette persistance de la myéline se manifeste à l'ophtalmoscope sous l'aspect de taches blanches qui partent de la papille et s'écartent en rayonnant. La caractéristique de ces taches est d'avoir des bords flous et jamais pigmentés, puis de ne s'accompagner d'aucun trouble de la vue.

ANOMALIES DU NERF OPTIQUE. — Excavation physiologique. — A l'état normal, le centre de la papille s'enfonce légèrement au niveau de l'émergence des vaisseaux centraux; parfois en ce point il existe une véritable excavation appréciable, mais la forme en entonnoir de celle-ci et l'absence de troubles visuels ne laisseront pas croire à une lésion organique.

Coloration. — Normalement, la surface papillaire offre trois zones de coloration: une zone centrale blanche, un cercle rosé moyen, un cercle blanc périphérique. Il peut exister des anomalies de coloration telles que la papille se montre tout entière ou rouge ou blanche, sans qu'on puisse conclure à un état pathologique, si l'acuité visuelle est demeurée intacte.

VI

MALADIES DES MUSCLES DE L'ŒIL

I. INSUFFISANCE MUSCULAIRE. — L'insuffisance musculaire peut porter sur les droits internes (*insuffisance de convergence*) ou sur les externes, mais cette forme est exceptionnelle.

L'*insuffisance de convergence*, fréquente au contraire et qu'il est nécessaire de bien savoir reconnaître, résulte, soit d'une faiblesse congénitale, soit d'une insertion vicieuse des muscles de la convergence chez les hypermétropes ou les myopes. Les troubles visuels qui caractérisent l'insuffisance de convergence sont causés par la dissociation des fonctions de la convergence et de l'accommodation, telle qu'elle se produit chez les amétropes, myopes ou hypermétropes. On sait que la convergence et l'accommodation sont deux fonctions connexes pour les yeux normaux, emmétropes; s'il existe de la myopie, l'accommodation se supprime; si c'est de l'hypermétropie, elle s'augmente, et la convergence restant la même, il en résulte la dissociation de ces deux fonctions. Cette dissociation rend pénible et difficile le maintien de la fixation rapprochée nécessitée par les travaux à courte distance, et les enfants qui en sont atteints se plaignent, dès que le travail dure un peu longtemps, de fatigue visuelle, de maux de tête; ils déclarent souvent qu'après une fixation un peu soutenue *ils voient double et qu'un de leurs yeux s'écarte de la fixation*. Les parents peuvent remarquer la déviation oculaire et, pour faire cesser ces phénomènes pénibles, les sujets trouvent parfois eux-mêmes le remède, lequel consiste à supprimer l'action de la convergence en fermant un des yeux avec la main. C'est l'*asthénopie musculaire*. Outre ces signes subjectifs que nous venons d'indiquer, on reconnaîtra objectivement l'insuffisance musculaire en faisant regarder de près

ou de loin un objet quelconque et en couvrant un œil; cet œil se dévie alors en dedans ou en dehors et ne revient en place que lorsqu'il est découvert. On observe très facilement cette déviation en regardant l'œil couvert derrière un verre dépoli.

L'insuffisance des droits internes se distingue du strabisme et des paralysies en ce que la déviation n'est pas apparente, mais qu'elle est compensée par les efforts des muscles de la convergence ou de la divergence; c'est pour cette raison qu'on lui donne aussi le nom de *strabisme latent* (de Græfe).

Traitement. — Le plus souvent on corrigera l'insuffisance des droits internes par des prismes à base interne dont le degré sera déterminé subjectivement suivant l'intensité de l'asthénopie musculaire, et qui pourront être combinés avec les verres correcteurs de l'amétropie.

Pour les degrés plus élevés de cette affection la ténotomie d'un des droits externes a été conseillée. Landolt, avec raison, repousse la ténotomie et préfère le double avancement des droits internes.

II. STRABISME. — Le strabisme, dit Fuchs qui le définit avec une grande propriété de termes, consiste en ce que la ligne visuelle de l'un des yeux, au lieu d'être dirigée vers l'objet visé, forme avec cette direction un angle constant, quelle que soit la position du regard. C'est ainsi que le strabisme se distingue de la paralysie, dans laquelle la déviation, d'une part n'existe que dans la sphère d'action du muscle paralysé, d'autre part est d'autant plus grande que l'œil paralysé est plus avancé dans cette sphère, puisque, de cette manière, il est de moins en moins à même de suivre l'œil sain. Au contraire, l'œil strabique ne reste en arrière dans aucune position du regard, et il accompagne toujours l'autre œil, tout en présentant constamment une certaine déviation; c'est pour ce motif qu'on désigne le strabisme sous le nom de *strabisme concomitant*. Le strabisme peut n'apparaître qu'à certains moments dans la fixation (*strabisme périodique*), ou par hasard (*strabisme intermittent*); il est ordinairement fixe ou *permanent*, et *alternant* s'il affecte, sans préférence marquée, chacun des deux yeux; il est *monoculaire* s'il siège toujours sur le même œil. Enfin le strabisme en dedans est *convergent*; et le strabisme en dehors, *divergent*. Il s'ajoute parfois à ces déviations principales une élévation ou un abaissement du globe, *strabisme sursum* ou *deorsum vergens*.

Symptômes. — Dans le strabisme le parcours des mouvements oculaires, le champ d'excursion des yeux est normal. De plus la déviation primitive, celle de l'œil strabique, est toujours égale à la déviation secondaire, celle de l'œil sain. Enfin la diplopie manque toujours, parce que l'œil dévié neutralise son image; le strabique exclut l'image de son œil dévié. Il n'y a pas de vision binoculaire pour cette raison. Cela ne veut pas dire que l'œil strabique soit complètement amaurotique, mais la vision est toujours diminuée et souvent très abaissée.

Diagnostic. — L'existence du strabisme s'affirme par la simple inspection de la physionomie. Mais il n'est pas toujours si facile, au premier abord, de reconnaître l'œil qui se dévie. Voici comment on arrive à ce résultat: couvrant l'un des yeux avec une main, on engagera l'autre à fixer

un objet quelconque, le doigt placé à 50 centimètres de la ligne médiane par exemple; puis on découvre le second œil. Si l'œil qui était occupé à fixer se dévie pour laisser l'autre entrer en fixation, c'est que cet œil est l'œil strabique. Le strabisme alternant se reconnaît à ce que, par l'expérience précédente, l'un et l'autre œil sont également capables de conserver la fixation.

Étiologie. — L'étiologie du strabisme est très complexe et encore mal établie dans la limite respective de chacune des influences qui arrivent à déterminer cette déviation. Les anomalies de la réfraction ou de l'accommodation jouent un rôle important, reconnu depuis Donders; mais il faut compter aussi et dans une large mesure avec des troubles d'innervation d'origine cérébrale (Parinaud), avec l'influence des tares névropathiques générales, ainsi que nous l'avons démontré dans un travail antérieur (*Le Strabisme névropathique. Archives d'ophtalmologie, 1890*), avec enfin des malformations ou des lésions variées de l'appareil musculaire et de l'œil lui-même.

Dans une formule générale, on peut dire que le strabisme est une maladie de l'appareil qui préside à la vision binoculaire; et comme cet appareil se compose de pièces complexes qui sont: l'œil lui-même, les conducteurs nerveux, les centres nerveux et l'appareil moteur du globe, on comprend qu'une foule de causes diverses puissent entraîner une rupture d'équilibre dans le fonctionnement de cet organisme précis et compliqué. Parinaud classe ainsi les facteurs pathogéniques du strabisme: 1° influence de l'accommodation par excès ou par défaut; 2° influence du défaut de fusionnement; 3° altération de l'innervation de convergence; 4° rétraction de l'aponévrose fibreuse; 5° modifications secondaires des muscles; 6° modifications de l'appareil sensoriel. Et il ne mentionne pas la tare générale névropathique. C'en est assez pour faire voir que l'étiologie générale du strabisme est encore mal délimitée entre les facteurs qui la composent. On s'accorde cependant à décrire pour chacun des genres de strabisme les conditions dans lesquelles se produit la déviation.

Le *strabisme convergent* se déclare principalement chez les hypermétropes. Donders a expliqué que l'hypermétropie nécessitait un effort constant de l'accommodation pour neutraliser ce défaut de réfraction, et que, la convergence suivant l'accommodation, les yeux se trouvaient ainsi entraînés à se retourner en dedans. Mais ce n'est pas la seule cause du strabisme, sans quoi tous les hypermétropes devraient loucher. Ici entrent en jeu les causes occasionnelles telles que la faiblesse congénitale (amblyopie congénitale) d'un des yeux, l'existence d'un peu d'astigmatisme sur un œil, la présence d'une lésion organique (taie cornéenne, cataracte) qui diminue l'acuité visuelle d'un côté, l'occlusion prolongée d'un œil, en cas d'ophtalmie par exemple.

Le début du strabisme se produit vers 5 ou 4 ans, au moment où les enfants commencent à fixer avec un peu d'attention. L'apparition de la déviation a souvent lieu sous l'influence de causes occasionnelles, telles que les convulsions, ou encore à la suite de maladies infectieuses et dépressives, les fièvres éruptives, la diphtérie, la fièvre typhoïde.

Assez souvent il arrive que le strabisme convergent disparaît à l'âge de

la puberté; toutefois l'œil anciennement dévié demeure toujours plus faible et la vision binoculaire ne se rétablit pas.

Le *strabisme divergent* est le strabisme des myopes et des amblyopes; les deux tiers des sujets affectés de strabisme divergent sont myopes. Chez le myope, en effet, les axes oculaires trop longs gênent la convergence, et de plus l'accommodation n'ayant pas besoin de fonctionner, la convergence, même pour la vision de près, se trouve avoir tendance à se relâcher; il en résulte que l'œil le plus myope, ou celui qui présente des causes d'amblyopie, se dévie en dehors. Dans le strabisme divergent on n'observe pas de guérison spontanée au moment du passage à la puberté.

Traitement. — On compte deux sortes de traitements pour le strabisme: le *traitement chirurgical* et le *traitement orthoptique*, ou *fonctionnel*, basé sur l'emploi des verres correcteurs et l'action des exercices stéréoscopiques.

Traitement orthoptique. — Ce traitement est plus théorique que pratique, car il ne s'applique en réalité qu'à un nombre infime des cas de strabisme. En premier lieu, il ne convient qu'au strabisme convergent; le strabisme divergent est toujours justiciable de l'opération.

Puis les seuls cas qui puissent être entrepris par les méthodes orthoptiques avec quelques chances de succès sont ceux de strabisme périodique. Les strabismes fixes monoculaires ne sont pour ainsi dire jamais influencés par les verres et les strabismes alternants ne peuvent bénéficier des exercices orthoptiques que comme d'extraordinaires exceptions. M. Javal, qui a consacré sa vie à l'étude de cette question, déclare qu'il faut un minimum de 5 ou 6 ans d'exercices stéréoscopiques quotidiens, combinés avec le port constant d'une louchette obturant le bon œil, pour avoir une chance — et non une certitude, loin de là — de guérir le strabisme convergent au début. Il cite, dans son ouvrage, le cas d'un officier qui a eu le courage — ou la folie — de travailler aux exercices orthoptiques de 14 à 18 heures par jour pendant 5 ans pour obtenir la fusion des images et le rétablissement de la vision binoculaire. Ces exemples, en montrant le prix auquel est attaché le rétablissement de la vision binoculaire par le seul traitement orthoptique, suffisent à établir qu'on ne peut songer à un tel moyen dans la pratique.

On l'essayera cependant — le traitement orthoptique et fonctionnel — tant que le strabisme ne sera pas confirmé, qu'il sera encore périodique. Ce traitement consistera à ordonner à l'enfant une cure d'atropine (instillation quotidienne dans les deux yeux d'une solution à 1/2 pour 100) et à déterminer la réfraction statique par la méthode de Cuignet après une huitaine de jours d'instillations. L'atropine paralyse l'accommodation correctrice de l'hypermétropie et permet de calculer le degré exact du défaut de réfraction. On prescrira alors à l'enfant des verres convexes correcteurs de son hypermétropie *totale*, et celui-ci les devra porter *constamment*. En même temps, et pour rehausser la vision de l'œil dévié, on fermera quotidiennement et pendant une heure ou deux, avec une *louchette non percée*¹, l'œil bon de

⁽¹⁾ Autrefois on prétendait guérir le strabisme en faisant porter aux enfants des louchettes en forme de coquilles de noix, percées d'un trou central. L'œil restait dévié sous cet instrument, et jamais on n'a obtenu par ce moyen un seul résultat.

l'enfant. Ce traitement devra être poursuivi pendant des mois et des années, car on observe que, dès que l'enfant quitte ses verres, le strabisme reparait. La cure d'atropine ne sera continuée que pendant la première quinzaine du traitement.

Traitement opératoire. — Le résultat de l'opération est simplement esthétique et le redressement de l'œil dévié n'a pas la prétention, comme le traitement orthoptique, de guérir réellement l'affection en rétablissant la vision binoculaire et le fonctionnement physiologique des deux yeux. Seulement ce traitement opératoire est le seul réellement efficace dans le but qu'il poursuit, et d'ailleurs le redressement chirurgical de l'œil dévié a pour effet d'augmenter le degré de vision de cet œil. Quelle opération doit-on préférer? C'est là une question qui devrait être fixée, semble-t-il, et malheureusement il est loin d'en être ainsi. Certains auteurs, comme Landolt, proscrivent, absolument ou presque, la ténotomie, comme portant atteinte à un organe nécessaire, et les seules opérations admises par lui sont les avancements musculaires. A côté de cette opinion, d'autres opérateurs, comme Panas, ont à leur service de très bonnes raisons pour adopter la méthode tout opposée des seules ténotomies. Il n'est donc pas facile de donner pour chaque cas type une indication opératoire précise pour la raison que la déviation de l'œil strabique n'est pas seulement une question de mécanique, mais qu'il entre en action des facteurs dynamiques et nerveux très variables, et impossibles à apprécier dans leur valeur. Il nous est arrivé bien souvent d'opérer à la suite les uns des autres trois ou quatre strabismes convergents qui mesuraient sensiblement la même déviation. A l'un, une simple ténotomie suffisait amplement; l'autre demandait une ténotomie et un avancement léger; le troisième, semblable d'apparence aux deux autres, n'était corrigé que par un avancement très accentué du muscle droit externe après ténotomie de l'antagoniste. C'est en général une question de névropathie.

Toutefois, en tenant compte de l'impossibilité de préciser les règles opératoires, on peut poser, selon nous, les principes suivants :

Dans le strabisme *alternant*, on pratiquera successivement la *ténotomie simple*, puis *double* si la première ne suffit pas, mais surtout on donnera peu d'étendue à la section du muscle pour éviter une hypercorrection; il vaudra mieux dans ce but ne pas débrider largement les ailerons de la capsule. Si le strabisme persistait encore, on augmenterait un peu l'effet de la ténotomie ou des ténotomies, au moyen de l'*avancement capsulaire* de l'un des muscles droits externes. L'avancement capsulaire s'exécute sans couper le muscle qui doit être avancé, et son action correctrice, assez faible, n'augmente pas autant que le fait l'avancement musculaire (dans lequel le muscle est coupé et son insertion avancée vers la cornée) l'effet de la ténotomie. Dans le strabisme *fixe*, il faut commencer par tâter le terrain au moyen de la ténotomie du droit interne. Si cette opération ne donne pas une correction suffisante, on augmentera l'effet, suivant le degré à obtenir, soit au moyen de l'avancement capsulaire, soit par l'*avancement musculaire*. Dans les cas de déviation extrême, on a recommandé de renforcer l'action de l'avancement en réséquant une portion du muscle, mais après cette résection

les fils constricteurs sont placés dans le tissu musculaire lui-même, non dans la partie fibreuse d'insertion, et ils sont exposés à couper le corps charnu du muscle. J'ai proposé alors (*Annales d'oculistique*, août 1896), non pas de réséquer le muscle, mais de le diviser longitudinalement sur une petite étendue au niveau de son insertion, de façon que les deux chefs de son insertion puissent être portés plus loin du côté du méridien vertical de la cornée. Cet avancement, que j'appelle *avancement en λ*, accroît la surface de l'insertion, la renforce, et raccourcit le muscle en augmentant l'effet de l'avancement musculaire comme le ferait la résection.

J'ai dit qu'il fallait, vis-à-vis d'un strabisme, tâter le terrain au moyen de la ténotomie. Pour cela, il faut que le sujet ne soit pas chloroformé, car le sommeil anesthésique supprime, on le sait, les rapports des déviations oculaires; autant que possible donc on évitera la narcose générale et l'on ne s'y résoudra que vis-à-vis d'enfants trop jeunes ou très indociles. Il est certain que l'opération d'avancement pratiquée avec le chloroforme perd beaucoup de sa certitude. Tel sujet, par exemple, semble justiciable de l'avancement capsulaire; il est opéré sous le chloroforme, et au réveil on s'aperçoit que l'effet obtenu est trop fort; une ténotomie aurait suffi.

Avec des instillations répétées de cocaïne ou mieux d'holocaïne, avant et pendant le cours de l'opération, on arrive à supprimer presque toute douleur et l'opération se fait avec une bien plus grande précision; on peut, séance tenante, doser l'effet de l'avancement et le mesurer à la correction cherchée en implantant les aiguilles plus ou moins près du méridien vertical de la cornée.

Dans le strabisme *divergent* la correction est toujours très difficile à obtenir, et la seule ténotomie ne suffit presque jamais, même l'avancement capsulaire est rarement assez puissant. On fera l'avancement musculaire et surtout l'avancement musculaire en λ du droit interne, renforcé d'une large ténotomie du droit externe.

III. PARALYSIES DES MUSCLES DE L'ŒIL. — **Symptômes.** — Les paralysies oculaires chez les enfants se présentent avec les mêmes symptômes généraux que chez les adultes, symptômes qui ne permettent pas de les confondre avec les déviations strabiques, ce sont : 1° la diminution de mobilité du globe oculaire; 2° l'excès de la déviation secondaire de l'œil sain sur la déviation primitive de l'œil malade; 3° le phénomène dit de fausse projection; 4° enfin l'existence de la diplopie ou l'inclinaison particulière de la tête destinée à neutraliser celle-ci.

Les deux premiers symptômes sont d'ordre objectif et les deux autres subjectifs.

1° *Diminution de mobilité du globe.* — Elle est aisée à constater. Quelle que soit la déviation fautive en dedans, en dehors, en haut ou en bas, le globe atteint de paralysie ne peut se tourner vers le côté du muscle paralysé. On reconnaît ce fait en fermant l'œil sain et en cherchant à faire suivre le bout du doigt par l'œil malade, dans diverses directions; on le constate aussi en déterminant le champ du regard ou de fixation. L'excursion du globe est limitée et ne s'effectue pas ou presque pas dans le champ du

muscle paralysé. Rien de pareil dans le strabisme vrai, car la déviation n'est pas due à une paralysie véritable, l'exploration montrant que les mouvements des yeux s'exécutent normalement dans tous les sens.

2° *Excès de la déviation secondaire sur la déviation primaire.* — La déviation primaire est indiquée par la déviation fautive de l'œil malade, et constitue le phénomène objectif principal de l'affection; la déviation secondaire est donnée par la déviation de l'œil sain quand on le tient couvert et qu'on fait regarder l'œil malade du côté du muscle paralysé.

Soit, par exemple, l'abducteur de l'œil droit paralysé. Si l'on fait porter le regard en dehors, l'œil droit affecté n'obéit pas et offre une déviation dite *primaire*: si, en même temps, on observe l'œil gauche, on constate sur lui une déviation en dedans qui représente la déviation *secondaire*. Cette déviation secondaire est facile à comprendre. Les mouvements de l'œil gauche normal s'exécutent dans le même sens que ceux de l'œil droit paralysé, le muscle droit externe d'un œil devant agir synergiquement avec le droit interne de l'autre et réciproquement. Sur deux yeux normaux, ces mouvements ont la même étendue, mais dans le cas de paralysie musculaire il n'en est pas ainsi. Pour que l'œil se porte, en effet, dans la direction du muscle paralysé, il faudrait que ce muscle fit un grand effort, un effort plus considérable que s'il était sain; l'incitation nerveuse de cet œil est donc excessive et, puisqu'elle est la même sur le muscle associé de l'autre œil, celui-ci se dévie d'une manière exagérée. La déviation secondaire ou de l'œil sain sera donc plus grande que la déviation primaire ou de l'œil paralysé; ce signe est capital pour distinguer le strabisme paralytique du strabisme concomitant et l'on peut dire que sa présence ou son absence suffit à trancher la question.

3° *Fausse projection.* — Ce phénomène est une conséquence de l'habitude que l'on a de juger de la position des objets d'après le degré de contraction des muscles destinés à diriger vers eux le globe de l'œil. Il en résulte des troubles divers: les enfants se précipitent devant les voitures croyant les éviter, éprouvent une certaine difficulté à descendre les escaliers, etc. Tous ces symptômes, souvent très pénibles, donnent une sensation de vertige.

4° *Diplopie.* — La diplopie, ou vision double, est un des plus importants et des plus précieux symptômes des paralysies oculaires. Elle est produite par cette circonstance que, l'un des yeux étant dévié, les deux images ne se forment plus sur deux points correspondants des deux rétines. L'impression double transmise à l'organe récepteur ne peut plus s'y superposer, s'y fusionner, et la perception n'est plus simple. La diplopie n'existe pas dans le strabisme, sauf parfois au début, car le cerveau de l'enfant a pris l'habitude de négliger des images de l'œil dévié dont la vision d'ailleurs s'est souvent affaiblie par défaut d'usage. Dans les paralysies oculaires, au contraire, la diplopie est la règle et le symptôme dominant. Toutefois, cette diplopie existe seulement quand le regard se dirige du côté du muscle paralysé. Si, par exemple, le droit externe gauche est paralysé, on observera une déviation fautive dans le regard simultané des deux yeux à gauche, parce que l'œil gauche ne pourra suivre son congénère et s'associer à son mouvement