

distinguent du strabisme *vrai*, c'est-à-dire de celui qui est consécutif à la différence de longueur des muscles antagonistes.

Dans ce cas de paralysie d'un seul œil, si on pratique l'occlusion de l'œil sain, on remarque une diminution notable dans la motilité de l'œil malade : l'arc excursif qu'il peut décrire est moins considérable qu'à l'état normal, ce qui n'a pas lieu dans le strabisme vrai.

La déviation secondaire de l'œil sain dans la paralysie musculaire est plus grande que la déviation primitive de l'œil malade, tandis que ces déviations sont égales dans le strabisme (1).

Enfin, il y a presque toujours, dans le premier cas, diplopie binoculaire ; c'est même là très souvent ce qui constitue le seul signe vraiment manifeste de la paralysie oculaire.

La diplopie ne fait défaut que dans quelques rares cas, comme dans celui d'amblyopie d'un des deux yeux. Il est d'autres circonstances où le malade peut encore, par sa volonté, annihiler cette diplopie, qui est très gênante et cause du vertige, mais pour cela il est obligé de donner à sa tête une attitude renversée ou penchée qui, par elle seule, peut mettre le chirurgien sur la voie du diagnostic.

La diplopie, l'un des symptômes les plus importants de la paralysie oculaire, est aussi ce qui la distingue le mieux du strabisme. Dans le strabisme, en effet, la diplopie est éphémère, elle n'existe qu'au début de l'affection. L'horreur de la vision double fait que tout d'abord le malade exclut un œil (celui qui est atteint de la plus forte insuffisance musculaire, ou encore celui dont l'acuité visuelle est la moins considérable) de la vision binoculaire, puis peu à peu arrive à produire chez lui ce phénomène désigné sous le nom de neutralisation des images rétinienne. Cette neutralisation n'est autre chose que l'impossibilité pour la rétine de pouvoir être impressionnée facilement et rapidement par la lumière ; c'est une sorte d'anesthésie que l'on observe assez souvent après l'opération de la cataracte, où le malade, aussitôt que le cristallin opaque est extrait, n'accuse d'autre sensation que de voir une teinte bleue générale.

Par une attitude spéciale de la tête, le malade atteint de paralysie oculaire peut donc faire disparaître sa diplopie, grâce à ce que celle-ci n'existe que dans une *moitié* du champ visuel, que ce soit dans le sens latéral ou dans le sens vertical. Cette moitié est précisément celle vers laquelle devrait être tournée la pupille, si tel ou tel muscle n'était pas paralysé ; en un mot, la diplopie n'existe qu'au moment où devrait fonctionner le muscle paralysé. Il faut ajouter aussi que les images doubles sont d'autant plus écartées l'une de l'autre que l'action du muscle devrait être portée à son maximum.

Comment arrive-t-on, lorsqu'il y a diplopie dans une des moitiés latérales du champ visuel, à savoir de quel côté est la paralysie : si elle vient du droit externe d'un côté, ou du droit interne de l'autre ?

Comment résout-on le même problème quand la diplopie occupe une des moitiés verticales du champ visuel ?

(1) Voici ce qu'est la déviation secondaire et comment on la constate : supposez une paralysie du droit externe gauche ; faites regarder le malade en face, l'œil malade est dévié en dedans de 4 à 6 millimètres : c'est là la déviation primitive ; fermez l'œil sain, alors l'œil malade seul essayera de fixer le même point que tout à l'heure, et le malade fera de grands efforts pour fixer ce point, ce qu'il ne pourra faire qu'incomplètement ; au même instant, découvrez rapidement l'œil sain, et vous le verrez fortement tourné en dedans, beaucoup plus en dedans que ne l'était tout à l'heure l'autre œil ; c'est là la déviation secondaire.