

L'hémianopie peut être transitoire et accompagnée du scotome scintillant : c'est là une forme tout à fait spéciale, dont l'histoire se confond avec celle de la migraine ophtalmique et dont la durée ne dépasse guère vingt minutes.

Le phénomène une fois constaté demande à être localisé sur une partie déterminée du trajet des fibres optiques.

Règle générale, dit-on, « l'hémianopie dont la cause est située au-dessous ou au niveau des centres ganglionnaires s'accompagne de la perte du réflexe pupillaire à la lumière, quand on projette un rayon lumineux sur la demi-rétine correspondant à la lésion : c'est la *réaction pupillaire hémianopique* ou hémirétinienne de Wernicke. Il faut savoir que le réflexe de la pupille pour la lumière peut manquer du fait d'une affection concomitante, comme le tabes, par exemple. Aussi, suivant Blocq et Onanoff, l'hémianopie homonyme incomplète, avec scotomes parfaitement symétriques, et conservation de l'acuité visuelle centrale, doit être mise sur le compte d'une lésion hémisphérique, même si le réflexe pupillaire à la lumière est absent. Cette symétrie aura une valeur diagnostique réelle si ce genre d'hémianopie se montre chez un sujet tabétique, ou chez un sujet atteint d'ophtalmoplégie interne ou totale. »

L'hémianopie incomplète à scotomes parfaitement symétriques avec cécité verbale permettra aussi de localiser la lésion dans l'écorce ou la couche sous-corticale du cerveau. Bien entendu, il n'y a que l'hémianopie droite qui se complique de cécité verbale. Une exception doit être faite, au moins théoriquement, pour les gauchers.

Toutes les hémianopies *monoculaires* sont dues à des lésions du nerf optique.

Quant aux hémianopies *bioculaires hétéronymes*, qu'il s'agisse d'hémianopie nasale, temporale, supérieure ou inférieure, elles relèvent d'une lésion du chiasma, occupant les angles postérieur ou antérieur dans le cas d'hémianopie bitemporale, les angles latéraux dans les cas d'hémianopie nasale, les régions supérieure ou inférieure du chiasma dans les exemples d'hémianopie supérieure ou inférieure.

Donc les lésions du chiasma frappent les deux yeux, en déterminant des troubles de la vision centrale et des modifications du champ visuel qui varient suivant la localisation du foyer morbide. Mais il est nécessaire d'ajouter que les lésions du chiasma ne déterminent généralement pas une hémianopie franche avec des limites nettes. Il s'agit bien plutôt de rétrécissement du champ visuel se rapprochant plus ou moins de l'hémianopie.

Lorsque le foyer morbide atteint les bandelettes, l'hémianopie homonyme latérale est habituellement nette et complète. Pendant un certain temps, le fond de l'œil reste normal, mais à la longue, survient une décoloration de la papille, qui indique la dégénération descendante. Souvent avec cette hémianopie coexistent des paralysies oculaires directes et une hémiplégié croisée. Il en est de même quand la lésion intéresse le pulvinar. Dans l'hémianopie corticale ou sous-corticale, le réflexe pupillaire hémianopique existe et le fond de l'œil reste toujours normal. Il est vrai que ces deux traits se voient plus ou moins longtemps dans les hémianopies de la base. L'hémianopie corticale ou sous-corticale est, par contre, accompagnée parfois de cécité verbale.

Bref, pour localiser la lésion qui détermine l'hémianopie homonyme latérale, il faut se baser moins sur les caractères propres de l'hémianopie de tel ou tel

siège (basale, de la bandelette, des régions intermédiaires, des radiations optiques, corticale) que sur les phénomènes concomitants (paralysie oculaire, hémiplégié, hémianesthésie, cécité verbale, etc.).

L'hémianopie peut guérir (hémorragie, syphilis, etc....) Elle reste souvent stationnaire; elle peut être transitoire ou oscillante. Elle débute brusquement ou insidieusement.

Il reste à dire un mot de l'*hémianopie double*, ou *cécité corticale*, ou *anopie corticale*. Si l'hémianopie se produit successivement des deux côtés, en deux temps, comme cela arrive presque toujours, la première atteinte peut rester ignorée jusqu'au jour où se produit la seconde. Pourtant l'anopie corticale peut se réaliser en un temps par lésion simultanée des deux lobes occipitaux.

La cécité corticale est en rapport avec la destruction du centre des perceptions visuelles : mais le centre des souvenirs visuels peut rester intact (pli courbe) et dans ce cas persiste « la faculté de réveiller les impressions visuelles antérieurement perçues ». Il peut même encore ici exister des hallucinations visuelles d'origine centrale.

La cécité corticale peut être transitoire dans la migraine; elle peut l'être aussi dans les intoxications telles que l'urémie, l'éclampsie puerpérale.

L'hémianopie double ou cécité corticale est caractérisée, comme l'hémianopie corticale unilatérale, par l'existence du réflexe lumineux hémirétinien et par l'intégrité du fond de l'œil. Tantôt la cécité est complète et totale, tantôt la vision centrale est conservée ou reparait assez rapidement, tandis que la vision périphérique reste définitivement abolie.

La *cécité psychique* est tout à fait autre chose que la cécité corticale : c'est précisément la perte du souvenir des images optiques; elle est, en d'autres termes, pour les objets, ce que la cécité verbale est pour les mots.

H. Wilbrand signale un cas de double lésion du lobe occipital avec hémianopie double et homologue, dans lequel les altérations destructives intéressaient des parties différentes de ce lobe. Le sujet, malgré la cécité psychique, c'est-à-dire malgré l'incapacité de reconnaître la signification des objets qu'on lui présentait, avait gardé la faculté de se figurer, les yeux fermés, les mêmes objets. Il voyait bien qu'on lui présentait un objet; mais cet objet ne lui *disait* rien; il ne savait plus rien de lui; il n'en savait plus l'usage. Et lorsqu'on lui demandait s'il savait en quoi consistait cet objet, les yeux fermés, il le voyait encore par l'*esprit*, en d'autres termes, grâce à l'excitation exercée sur le centre de mémoire visuelle par la stimulation auditive de l'objet énoncé.

A. SOUQUES.

HÉMIANOPIE (PRATIQUE OPHTALMOLOGIQUE). — Afin de rendre clair ce chapitre très important de sémiologie oculaire et nerveuse, je rappellerai brièvement quelques notions anatomiques des voies optiques.

Les anciennes couches de la rétine se réduisent à trois : les cellules visuelles (épithélium sensoriel) qui s'articulent avec les cellules bipolaires (neurones sensitifs périphériques) et les cellules nerveuses (neurones centraux) auxquelles font suite des prolongements cylindriques qui constituent le nerf optique; ce dernier est donc un faisceau central détaché, projeté hors du cerveau.

Les nerfs optiques s'entre-croisent incomplètement (chiasma) (fig. 120, 121 et 122), se prolongent au delà du chiasma par les bandelettes optiques (tractus) et arrivent aux ganglions centraux qui constituent un poste de relai (centres optiques primaires). Le ganglion genouillé interne et les tubercules quadrijumeaux postérieurs participent peu ou pas à la vision. Le corps genouillé externe reçoit les fibres rétinienne qui transmettent directement les impressions visuelles; ces fibres sont en contact avec les cellules ganglionnaires qui émettent à leur tour les fibres nerveuses qui vont constituer la voie optique occipitale. Le pulvinar et les tubercules quadrijumeaux antérieurs seraient plutôt des ganglions réflexes pour les impressions visuelles; ils serviraient

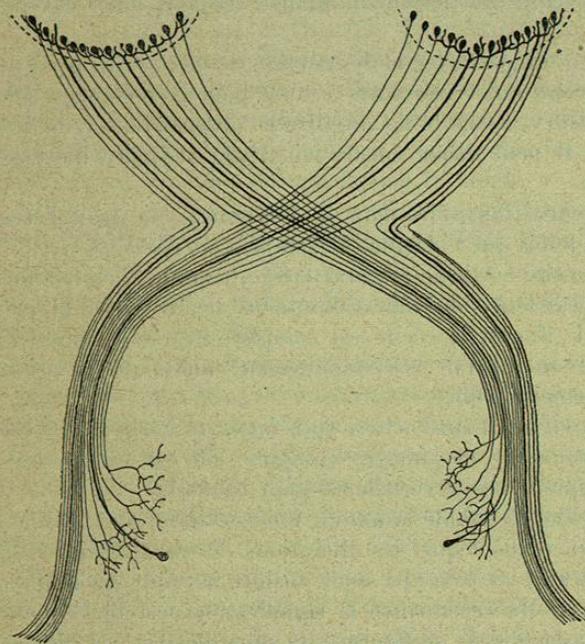


Fig. 120. — Schéma de la constitution du nerf optique (d'après van Gehuchten).

d'intermédiaires entre la rétine, les couches corticales et les autres parties du cerveau.

Au delà des ganglions centraux les fibres optiques sous le nom de radiations optiques de Gratiolet se dirigent vers le lobe occipital en contournant la face externe du prolongement sphénoïdal du ventricule latéral et vont aboutir à toute la face interne du lobe occipital (cunéus, scissure calcarine, lobule lingual et même au delà). La projection corticale en îlot de la macula soutenue par Henschen est discutée.

De ce centre cortical partent des fibres qui

font un trajet inverse, fibres dont le rôle est encore inconnu. Ces fibres à trajet centrifuge se rendent les unes aux ganglions centraux (fibres cortico-ganglionnaires), les autres à la rétine (fibres cortico-rétiniennes). Elles dégèrent dans les cas de lésions destructives de la zone corticale visuelle.

Au niveau du pulvinar, le faisceau des fibres optiques subit deux courbures, une première courbure dans un plan vertical et une seconde courbure dans un plan horizontal au-dessus du premier plan. Cette disposition, mise en évidence par des coupes sériées du cerveau (Dejerine), a permis à Georges Poulain d'édifier sa théorie de la vision droite. Lorsqu'on suit, en effet, les fibres optiques, dans ce trajet des deux courbures, on constate qu'elles tournent sur elles-mêmes, de telle sorte qu'au bout de la seconde courbure elles ont pris une position inverse en tout sens de la position primitive qu'elles avaient avant la première courbure. Et si l'on représente la coupe des fibres optiques au début

du trajet par un dessin renversé, on obtient un dessin complètement retourné à la fin du trajet, après le parcours des deux courbures. C'est le redressement de l'image rétinienne.

Au niveau du chiasma chaque bandelette optique se divise en deux faisceaux, l'un direct (*fd*, fig. 122) se rend à la partie temporale d'une rétine et l'autre croisé (*fc*) va à la partie nasale de la rétine opposée. En arrière, chaque bandelette optique correspond par les ganglions centraux et par les radiations

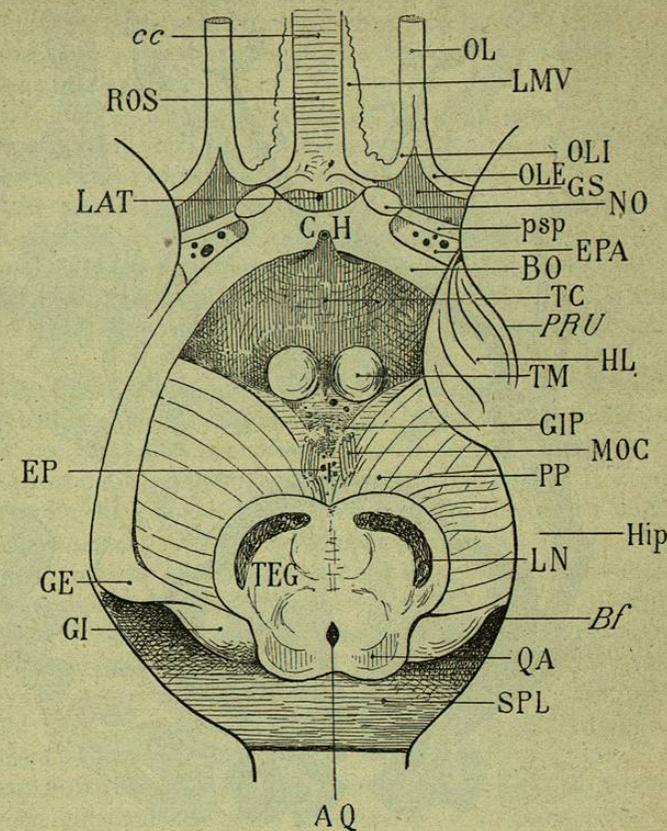


Fig. 121. — Base du cerveau (Schéma) (d'après Brissaud). CH, chiasma optique; EPA, espace perforé antérieur; cc, corps calleux; ROS, rostrum; OL, nerf olfactif; OLI, racine olfactive interne; OLE, racine olfactive externe; LMV, substance réticulaire d'Arnold; Pyramide grise de Soemmering; psp, bandelette diagonale; LAT, lame terminale; BO, bandelette optique; NO, nerf optique; TC, tuber cinereum; HL, lobule de l'hippocampe; Hip, circonvolution de l'hippocampe; Bf, fente de Bichat; TM, tubercules mamillaires; GIP, ganglions inter-pédunculaires; PP, péduncules cérébraux; MOC, III^e paire; EP, espace perforé postérieur; TEG, tegmentum, calotte ou étage supérieur des pédoncules; LN, locus niger; A Q, aqueduc de Sylvius; QA, tubercule quadrijumeau antérieur; GE, corps genouillé externe; GI, corps genouillé interne; SPL, splénum.

optiques à l'hémisphère du côté correspondant. De telle sorte que la voie optique gauche transmet les sensations lumineuses perçues par la partie temporale de la rétine gauche et la partie nasale de la rétine droite, et que la voie optique droite transmet de même les sensations perçues par la partie nasale de la rétine gauche et la partie temporale de la rétine droite. Les divisions de

