

Rapprochons de l'amaurose saturnine celle qui est occasionnée par la *diphthérie* et qui reconnaît probablement pour point de départ une infection du sang par les produits morbides sécrétés dans cette affection. L'amaurose se montre, dans ce cas, avec ou sans autres paralysies. Elle ne se révèle à l'ophtalmoscope par aucune lésion appréciable.

De quelle nature est l'amaurose cérébrale *syphilitique*? On suppose, dans les cas de ce genre, une *exostose*, une *tumeur gommeuse* de la base du crâne, comprimant les nerfs optiques. E. Lancereaux a trouvé, dans un cas, une atrophie des parties de l'encéphale qui ont des connexions avec les nerfs optiques. L'amaurose *syphilitique* s'observe parfois dans le très-jeune âge et peut par conséquent être congénitale.

Certaines substances toxiques, telles que l'*opium*, la *belladone*, etc., déterminent une amaurose, lorsque, étant données à certaines doses, elles agissent sur l'encéphale. On a surtout, dans ces derniers temps, attribué au *tâbac* une action pernicieuse, que Sichel a certainement exagérée. Le *sulfate de quinine* n'a généralement d'influence que lorsqu'il est donné à haute dose. L'action prolongée des *vapeurs de soufre* peut aussi produire l'amaurose. D'après Furnari, les ouvriers qui extraient le soufre, le fondent ou s'en servent dans leurs travaux, y sont sujets. Le même médecin parle d'une amaurose *mercurielle*, à laquelle sont exposés les doreurs sur métaux, les étameurs de glaces, les épurateurs d'or par le mercure et les mineurs. Cette affection présente à peu près les mêmes symptômes que l'amaurose saturnine et est presque toujours accompagnée de tremblement des membres.

L'amaurose a été observée dans des épidémies d'*ergotisme*. La *noix vomique*, administrée à haute dose, produit des paralysies et le sens de la vue est lui-même atteint.

Il y a un groupe d'amauroses cérébrales que l'on peut appeler *nerveuses*, parce qu'elles ne sont pas accompagnées, le plus souvent, de lésions déterminées, nous voulons parler des amauroses *hystériques*, de celles qu'on observe dans l'*aliénation mentale*, et de celles qui sont produites par l'*action de la foudre*.

J'ai observé des amauroses chez des sujets qui avaient reçu un coup sur la région sus-orbitaire ou qui avaient fait une chute sur la région fronto-pariétale; la maladie a éclaté plus ou moins longtemps après la violence extérieure.

Symptômes. Ils varient d'après la nature de la lésion cérébrale, selon que celle-ci s'établit brusquement ou lentement. Quelquefois l'amaurose est précédée de phénomènes dénotant une congestion de l'appareil nerveux optique: les malades accusent des vertiges, de la photopsie; chez d'autres, le trouble de la vision existe pendant quelque temps, sans être accompagné d'un autre symptôme indiquant une altération de l'encéphale qui se révèle ultérieurement par des troubles fort graves. Chez d'autres malades, la vue est brusquement abolie; tantôt alors, elle revient au bout d'un certain nombre de jours, d'autres fois elle reste éteinte. Chez d'autres malades encore, il se manifeste d'abord quelques troubles passagers annou-

gant un travail congestionnel du côté de l'encéphale; puis la vision baisse, en même temps que quelques-uns des muscles de l'œil se paralysent à un degré variable. Enfin, au bout de quelques mois, survient une attaque qui ne peut laisser le moindre doute sur l'existence d'une altération du cerveau. Chez quelques sujets, la vision baisse graduellement, sans qu'il y ait aucun symptôme concomitant qui annonce une lésion cérébrale, et cependant, au bout d'un certain temps, on constate, chez eux, tous les signes d'une atrophie des nerfs optiques.

Dans quelques amauroses cérébrales, les malades accusent un phénomène particulier: ils ne voient que la moitié des objets, lorsqu'ils fixent ces derniers avec un seul œil; ce symptôme est connu sous le nom d'*HÉMIOPIE*. En général, le patient perd la faculté de distinguer la moitié *gauche* ou la moitié *droite* de l'objet. Dans des cas plus rares, c'est la moitié *supérieure* ou la moitié *inférieure* de l'objet qui ne sont pas vues.

On trouve communément, dans les cas d'hémiopie bien caractérisés, une corrélation constante entre la partie du champ visuel rétrécie ou perdue et la lésion de la rétine ou tout au moins de la papille optique. Si c'est la moitié *inférieure* du champ visuel qui est perdue, l'altération occupe la moitié *supérieure* de la papille et à l'examen ophtalmoscopique, par le procédé de l'image renversée (voy. notre *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 16), on trouve la moitié *inférieure* de la papille ou de la rétine altérées. Dans les *hémioopies latérales*, c'est la moitié de la papille correspondant au côté de l'objet non vu qui présente une altération dans l'examen ophtalmoscopique par le procédé de l'*image renversée*. Ainsi, supposons qu'un malade soit affecté, de l'œil *gauche*, d'une *hémioapie latérale* telle, qu'en fixant de cet œil un objet placé en face de lui, il ne voit plus que la moitié de l'objet placé à sa *gauche*; la moitié *droite* de sa rétine *gauche* a seule conservé de la sensibilité; la moitié *gauche* de cette même rétine est insensible, c'est-à-dire qu'en examinant l'œil par le procédé de l'*image renversée*, on trouvera une altération de la moitié *droite* de la papille optique.

Diagnostic. Il faut d'abord distinguer l'amaurose cérébrale d'autres affections de l'œil qui ont une certaine ressemblance avec elle; puis différencier l'amaurose *cérébrale* de l'amaurose *rétinienne*.

À l'époque où nous étions privés de l'examen des parties profondes de l'œil, faute d'ophtalmoscope, toutes les affections de l'organe, caractérisées par une diminution de la vision inexplicable par un trouble de la *portion visible* des milieux réfringents; toutes ces affections, disons-nous, étaient rapportées à l'amaurose. On englobait sous ce nom les affections du corps vitré, celles de la rétine et de la choroïde, puis encore les lésions du nerf optique et de l'appareil nerveux intracranien. Aujourd'hui il est facile de séparer l'amaurose proprement dite, c'est-à-dire l'affection propre à l'appareil nerveux optique, des autres maladies, parce que, dans le premier cas, l'examen de l'œil avec le miroir ophtalmoscopique seul, ou avec le miroir et la lentille, démontre que les milieux réfringents ont conservé leur transparence. Ce premier point établi, il reste à savoir si la diminu-

tion de la vision est la conséquence d'une maladie de l'appareil nerveux, ou s'il s'agit d'un simple *trouble de la réfraction*. Le sujet est-il *myope*, la vision est rendue nette par l'usage de verres concaves, d'un numéro approprié ; est-il *hyperope* ou *presbyte*, des verres convexes d'une courbure convenable rétablissent la vision. La plupart des amaurotiques vous disent qu'ils ont essayé de différents verres sans pouvoir arriver à mieux distinguer les objets ; ils se plaignent que ceux-ci leur paraissent *voilés*, ce qui n'arrive pas dans la *myopie* et l'*hyperopsie*, où les objets sont vus *confusément*. Reste à déterminer s'il existe une lésion apparente de l'appareil nerveux optique. Dans toutes les amauroses cérébrales parvenues à un certain degré, la papille optique présente une lésion caractéristique : au lieu d'être de couleur blanche rosée, elle est d'une couleur *blanche éclatante*, d'un *blanc d'argent* ; les vaisseaux qui la parcourent sont *petits*, *atrophiés* (voy. la planche III, fig. 11 de mon *Traité des maladies des yeux*). Ce changement d'aspect de la papille indique que l'élément nerveux en est atrophié et que l'élément fibreux seul subsiste. Quelquefois aussi, la papille est plus petite que dans l'état normal ; toutefois, comme il y a, sous ce rapport, de nombreuses variétés individuelles à l'état normal, il est difficile de se prononcer d'une manière absolue. Mais par cela même que la couleur blanche de la papille indique une atrophie de l'élément nerveux, il ne faut pas s'attendre à rencontrer cette apparence dans toutes les amauroses cérébrales ; celles qui ne datent que de peu de temps, dans lesquelles le nerf optique n'a pas encore subi la transformation fibreuse, bien qu'il existe une altération réelle du cerveau, sont dépourvues de ce caractère, et ressemblent conséquemment à certaines amauroses rétinienne sans lésion apparente de la rétine. Dans les cas de ce genre, il est parfois difficile de distinguer une amaurose cérébrale d'une amaurose rétinienne. Toutefois, si le malade accuse une *céphalalgie persistante*, s'il existe ou s'il a existé quelque autre trouble fonctionnel se rattachant à une lésion de l'encéphale, on inclinera vers l'idée d'une amaurose cérébrale.

Chez quelques sujets atteints d'amaurose cérébrale, la papille optique n'est pas d'une couleur blanche éclatante dans toute son étendue. J'ai rencontré plus souvent cette blancheur dans la moitié *externe* de chacune des papilles que dans la moitié *interne*, au moins dans une période peu avancée encore du mal. Il en résulte que le champ *externe* de la vision est plus étendu et a plus de netteté que le champ *interne* ; les malades distinguent mieux du *côté externe* que de *face*.

Quelques observateurs ont noté une coloration *verdâtre* de la papille optique. Une autre altération, que j'ai rencontrée plusieurs fois, a été également signalée par d'autres praticiens : la papille optique se voit difficilement ; elle semble masquée par un voile gris blanchâtre ; les vaisseaux rétinien eux-mêmes sont couverts par une suffusion ; ils paraissent interrompus de distance en distance ; il semble aussi qu'il y ait dans l'épaisseur de la rétine de petits foyers apoplectiques. Le fond de l'œil s'éclaire difficilement, ce qui rend confuse l'image ophthalmoscopique. Cette altération simule une hémorragie de la rétine. Dans un cas de ce genre, rapporté par

de Grandmont, il existait une tumeur du cervelet ; on trouva, dans les nerfs optiques, les tubes nerveux disparus par atrophie et remplacés par un tissu composé d'une matière amorphe semblable à celle de la substance grise, et des noyaux dits *myélocytes* que l'on rencontre dans cette substance. Les tubes nerveux de la rétine étaient atrophiés, d'où, suivant Ch. Robin, la demi-transparence comme œdémateuse de cette membrane ; la substance grise de celle-ci était plus épaisse qu'à l'état normal. Les vaisseaux capillaires étaient chargés de fines granulations graisseuses ; de petits épanchements sanguins étaient disséminés dans la rétine. Deval fait judicieusement remarquer, au sujet de cette analyse microscopique, que dans quelques cas on considère à tort, comme des œdèmes ou des suffusions plastiques de la rétine, certains troubles du fond de l'œil, dus à des amauroses nées sous l'influence d'une compression par des tumeurs encéphaliques. Il y a alors atrophie des tubes nerveux et substitution à ces derniers de la substance grise hypertrophiée de la rétine.

Etant donnée une amaurose cérébrale, peut-on déterminer la nature de l'altération du cerveau ? D'après A. Quaglino, s'il existe un *ramollissement*, les lésions de la motilité précèdent les troubles sensitifs ; le plus souvent, l'œil, comme les membres, commence à être altéré dans ses puissances motrices ; d'où, pour premiers symptômes, le strabisme, la blépharoplogie, la mydriase. Abercrombie note, parmi les symptômes devant être rapportés à une *tumeur intracrânienne*, une céphalalgie intense, continue et de longue durée, occupant un point fixe ; plus tard, l'altération subite des sens, de la parole et de l'intelligence ; quelquefois de la céphalalgie, l'altération des sens et des convulsions ; ou bien encore des convulsions sans altération des sens ; de la paralysie, le vertige et des attaques apoplectiformes ; une altération fonctionnelle notable des organes de la digestion. Du côté de la vision, il signale le strabisme, l'*hebetudo visus*, la diplopie, la paralysie des muscles de l'œil et des paupières, le nystagmus, l'hyperesthésie ou l'anesthésie de la conjonctive ; des douleurs névralgiques de l'œil ou dans l'orbite, enfin la cécité.

On peut dire, d'une manière générale, que l'amaurose due à une *congestion* ou à une *hémorragie du cerveau* a un début brusque, et que les phénomènes vont en général en s'amendant, à mesure qu'on s'éloigne du début, tandis que celle qui reconnaît pour cause un *ramollissement du cerveau*, un *produit accidentel* développé dans l'organe, a une marche inverse.

Il n'est pas moins difficile de localiser, dans tous les cas, le siège de l'altération cérébrale. Suivant E. Lancereaux, s'il existe simultanément une amaurose et de l'exorbitisme, il y a une *tumeur de la région orbitaire*. Lorsque le trouble de la vision est borné à un seul œil et qu'il n'y a aucun désordre cérébral, on peut conclure à une *altération des nerfs optiques*. Si le trouble de la vision est accompagné de perte de l'odorat, de paralysie d'un des nerfs moteurs de l'œil, il existe une *tumeur de la base du cerveau*. Y a-t-il en même temps des troubles du côté de la vision et de la miction, des vomissements avec convulsions, sans paralysie, on inclinera vers l'idée d'une *altération des tubercules quadrijumeaux* ou de leur voisinage. Une lé-