

de l'œil que l'ophthalmoscope a démontrées. L'infiltration séreuse de la papille dans les cas de troubles simples de la vision ; dans les cas plus graves, l'atrophie, ont été observées. Notons que la paralysie du muscle ciliaire explique, dans beaucoup de cas où la lésion rétinienne fait défaut, les troubles de la vision (Follin).

L'anémie qui suit les maladies graves peut, à elle seule, déterminer l'infiltration de la papille.

L'épilepsie fournit également son contingent à l'examen ophthalmoscopique.

Quand l'épilepsie est symptomatique d'une lésion cérébrale (tumeur plus souvent), les lésions rétiniennees sont celles que nous avons décrites à propos des tumeurs. Quand la maladie est essentielle, les lésions que révèle l'ophthalmoscope sont parfaitement en rapport avec les troubles circulatoires déterminés par l'épilepsie.

Nous voyons en effet que le fond de l'œil, normal dans l'intervalle des attaques, présente toujours après celles-ci une dilatation des veines rétiniennees qui se dissipe peu à peu. Sous l'influence de ces dilatations passagères, mais répétées, les vaisseaux se congestionnent, augmentent de volume et quelquefois se rompent ; d'où les hémorragies rétiniennees. Des exsudations et des dépôts anormaux de pigment (rétinite pigmentaire) ont été également observés.

La fréquence des phénomènes cérébraux dans les fièvres essentielles pouvait faire croire que l'examen du fond de l'œil révélerait quelque altération en rapport avec la nature de ces phénomènes. Sous ce rapport, les observateurs ne sont pas d'accord. M. Bouchut ne signale dans ces cas aucune autre lésion papillaire ou rétinienne que des congestions passagères.

M. Galezowski pense que les fièvres typhoïdes et éruptives, la pyémie, donnent quelquefois lieu à la névrite optique. Nous remarquerons que l'auteur, dans les cas qu'il cite, attribue cette névrite à une méningite basilaire qu'il paraît considérer comme fréquente dans la fièvre typhoïde.

Empoisonnements. — Depuis longtemps on sait que l'abus de certaines substances amène des troubles plus ou moins persistants de la vision. Les effets du tabac sont bien

connus sous ce rapport, et nous en avons dernièrement observé un cas remarquable. La lésion démontrée par l'ophthalmoscope était une légère atrophie papillaire. C'est celle que l'on observe le plus habituellement.

L'alcoolisme est aussi une cause fréquente d'amaurose qui paraît également déterminée par l'atrophie papillaire. Des recherches nouvelles sont nécessaires à ce sujet, ainsi que pour l'intoxication saturnine.

M. Bouchut a publié le résultat très-intéressant de recherches ophthalmoscopiques faites sur des sujets soumis au chloroforme. L'action de l'agent anesthésique détermine une injection du fond de l'œil tellement prononcée en certains cas, que la papille disparaît sous un réseau serré de vaisseaux distendus. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la vue ne paraît pas sensiblement modifiée, bien que cet état congestif persiste pendant plusieurs jours et même jusqu'à deux semaines.

Certains états morbides, déterminant des modifications dans la composition du liquide sanguin, ont le privilège de produire des lésions rétiniennees parfaitement tranchées. Nous avons déjà vu que sous l'influence de l'anémie un certain degré d'œdème papillaire pouvait apparaître ; mais la maladie qui altère le plus profondément la rétine et le nerf optique est sans contredit la maladie de Bright, l'albuminurie.

H. Landouzy a reconnu le premier que l'amaurose existe souvent au début de la maladie de Bright. Depuis on a démontré que l'amaurose était due à des altérations de la rétine (Lécorché).

Ces altérations, qui constituent dans leur ensemble ce qu'on appelle la *rétinite albuminurique*, se présentent à trois degrés différents : 1° l'infiltration séreuse de la papille ; 2° les taches apoplectiques disposées linéairement le long des vaisseaux, irradiées autour de la papille ou formant des granulations éparses dans toute l'étendue de la rétine ; 3° les taches et granulations blanchâtres de la rétine. Ces trois ordres de lésions peuvent exister sur le même œil. Elles sont généralement caractéristiques de la rétinite albuminurique et existent souvent à une époque où tous les autres symptômes font défaut, de telle sorte que dans mainte occasion le médecin oculiste, consulté pour un trouble de la vision, diagnostique l'albuminurie qui n'a

pas été soupçonnée jusqu'alors. Il n'est pas d'oculiste habile qui n'ait eu cette sorte de satisfaction.

Rarement ces lésions existent en dehors de l'albuminurie.

Elles ont cependant été constatées dans la méningite aiguë et chronique et dans le diabète, où elles sont infiniment moins fréquentes.

Dans la syphilis on a réuni et décrit sous le nom de rétinite syphilitique des lésions assez diverses : hyperhémie de la rétine, exsudations donnant au fond de l'œil une teinte rouge pâle semée de granulations blanchâtres. Ces lésions n'ont du reste rien qui caractérise spécialement la syphilis.

L'examen de la rétine chez les sujets atteints de maladies du cœur a permis de constater des lésions en rapport avec la stase sanguine déterminée par ces maladies. Ces lésions sont le plus souvent celles qu'on observe dans la congestion cérébrale : dilatation, flexuosité des veines rétinienne.

[Quinke, en 1868, et le docteur S. Becker ont signalé l'apparition des battements spontanés de l'artère centrale de la rétine, dans les cas d'insuffisance de l'aorte. On sait qu'à l'état physiologique, on ne voit pas les pulsations des artères de la rétine ; les veines seules manifestent un mouvement d'expansion. Sur 17 cas d'insuffisance aortique observés par Becker, les battements de l'artère centrale de la rétine ont été notés 16 fois. Dans un cas, on avait porté le diagnostic d'insuffisance aortique, mais à l'examen ophtalmoscopique, on n'avait pas pu constater les battements spontanés de l'artère centrale ; à l'autopsie, on trouva un anévrysme de l'aorte descendante et point d'insuffisance des valvules aortiques. Ce serait donc là un nouveau signe à ajouter à la symptomatologie de la maladie de Corrigan.]

[Il existe cependant une lésion toute particulière, qui se rencontre dans le courant des affections cardiaques, et que de Graefe a signalée le premier : c'est l'embolie de l'artère centrale de la rétine. On trouve alors des artères pâles et vides. Les veines à la périphérie de la papille sont gonflées et variqueuses. On voit sur le trajet des artères, dans quelques cas, des saillies formées par des caillots. L'atrophie de la papille est la suite habituelle de ces lésions.]

Une perte subite de la vision, qui se trouble d'abord, puis s'abolit en quelques minutes, est le symptôme fonctionnel de l'embolie rétinienne.

MM. Bouchut (1) [et Poncet (2)] ont eu l'idée d'examiner le fond de l'œil immédiatement après la mort. Ils ont constaté que la papille se décolorait, que les vaisseaux rétinien s'effaçaient et que la choroïde prenait une teinte plombée tout à fait caractéristique.

C'est surtout pour les maladies du cerveau que l'ophtalmoscope fournit les résultats les plus importants. Nul doute que cette étude ne récompense largement encore ceux qui voudraient la poursuivre. Il ne faudrait pas cependant qu'on lui demandât plus qu'elle ne peut donner. L'ophtalmoscopie ne fait le plus souvent que confirmer un diagnostic déjà solidement établi par les procédés ordinaires d'investigation. Dans quelques cas seulement, elle est appelée à jouer le premier rôle, et nous en avons donné un exemple pour l'albuminurie.

On peut cependant dès à présent considérer les résultats obtenus comme offrant une telle importance, qu'il n'est plus permis au médecin soucieux de suivre le progrès de négliger l'exploration des parties profondes de l'œil. Les difficultés inhérentes aux premières recherches ne doivent pas décourager le débutant, et les applications nombreuses qu'il pourra faire plus tard le dédommageront amplement et récompenseront sa persévérance.]

CHAPITRE II

DE LA LARYNGOSCOPIE

Historique. — L'examen du larynx à l'aide d'un instrument approprié semble être la continuation et le résultat de l'ophtalmoscopie. Il n'en est rien cependant ; il y a déjà longtemps que les observateurs, et particulièrement les physiologistes, ont eu l'idée de regarder le larynx pour assister aux phénomènes de la phonation.

(1) E. Bouchut, *Traité des signes de la mort et des moyens de ne pas être enterré vivant*, 2^e édition, augmentée d'une étude sur de nouveaux signes, 1874 (p. 431).

(2) Poncet, *Archives générales de médecine*, avril 1869.