

**Sémiotique.** — Le diagnostic consiste : 1<sup>o</sup> à reconnaître le degré d'affaiblissement ou de trouble de la vision ; 2<sup>o</sup> à déterminer sa cause.

1<sup>o</sup> Il est facile de reconnaître le trouble de la vision. Avez-vous lieu de croire que l'individu présente une simple **anomalie de la réfraction** : placez-le à vingt pieds du tableau de Snellen et faites-lui fixer un numéro qu'il ne pourra distinguer que d'une manière confuse ; si en plaçant devant ses yeux des *verres convexes* sa vision s'améliore, c'est qu'il est *hypermétrope* ; si cette amélioration est obtenue avec des *verres concaves*, c'est qu'il est *myope* ; l'acuité visuelle, indépendamment des troubles de la réfraction, sera appréciée avec les échelles de Snellen ou de Giraud-Teulon (voy. pour les détails : *Examen de l'œil*, dans ma *Pathol. chirurg.*, t. I, p. 777).

2<sup>o</sup> Vous avez reconnu que la vision est affaiblie ou perdue ; il faut déterminer la cause de ce trouble. Nous diviserons notre examen en trois parties : il portera d'abord sur les milieux réfringents, puis sur la rétine et le nerf optique, enfin sur l'encéphale <sup>1</sup>.

L'**examen des milieux réfringents** se fera par la vue, par l'éclairage latéral et par l'ophtalmoscope.

Les altérations de la *cornée* sont directement appréciables à la vue ; il est donc fort aisé de déterminer les rapports qui peuvent exister entre une opacité, un staphylome, un pannus de la cornée, et un trouble visuel.

Une collection de pus ou de sang occupant la chambre antérieure, des synéchies de l'iris obstruant la *pupille*, sont également faciles à reconnaître.

Les *opacités de l'appareil cristallinien* (capsule et lentille) ou cataractes, réclament un examen plus approfondi : sans parler ici des troubles de la vision qui sont cependant assez spéciaux, nous dirons qu'à la simple vue on remarque que la papille, au lieu d'être noire, présente une teinte blanchâtre, jaunâtre ou nacré, avec des reflets chatoyants ; si la cataracte est centrale, il existe une zone noire entre elle et le bord de la papille ; si la cataracte occupe tout le cristallin, ainsi que cela a souvent lieu dans les cataractes molles, cette zone n'existe pas. L'ophtalmoscope ne peut distinguer le fond de l'œil si la cataracte est totale ; si elle est partielle, les parties opaques, ne se laissant pas traverser par la lumière, se dessinent par des taches noires sur le fond rouge de la rétine :

1. Est-il besoin de faire remarquer que souvent la lésion se présente avec une netteté qui la fait reconnaître à première vue.

enfin, l'éclairage oblique fera apprécier l'étendue, la forme et le siège de l'opacité.

Le *glaucome* peut être aigu ou chronique. — Le glaucome aigu s'annonce par des douleurs extrêmement vives dans le fond de l'œil ; la vue est très affaiblie, elle peut se perdre en vingt-quatre heures. L'œil devient rouge et dur au toucher ; la conjonctive présente un cercle périkératique ; la cornée devient terne, insensible ; l'humeur aqueuse est trouble ; l'iris pâle, terne, paresseux ; la pupille dilatée ; l'humeur vitrée est souvent troublée au point de masquer le fond de l'œil ; lorsqu'elle est transparente, on constate des congestions, des apoplexies de la chorôïde et de la rétine. — Le glaucome chronique, qui s'établit d'emblée ou succède à la forme aiguë, présente à peu près les mêmes caractères, mais il n'est pas douloureux : la vue s'affaiblit progressivement, la pupille dilatée présente une coloration glauque verdâtre. Si l'examen ophtalmoscopique est possible, on constate l'excavation de la papille, du nerf optique et les pulsations des vaisseaux rétiniens.

**Examen de la rétine et du nerf optique.** — Les rétinites, les hémorrhagies, les décollements et tumeurs de la rétine, les neuro-rétinites et les atrophies du nerf optique se révèlent à l'ophtalmoscope par des opacités, des taches, des stries, des plaques, de couleur, de forme, d'étendue très variables et dont nous ne pouvons indiquer ici les nombreuses variétés (voy., pour plus de détails, ma *Path. chirurg.*, t. I, p. 841).

La névrite optique *totale*, où l'inflammation s'étend à tout le nerf optique, doit être soigneusement distinguée de la névrite optique *partielle* dite intra-oculaire en ce qu'elle n'intéresse que cette partie du nerf optique située entre l'épanouissement de ce nerf et la lame criblée. Il est souvent fort difficile de faire le diagnostic entre ces deux lésions, parce qu'entre elles on note toutes les formes de passage. Toutefois, lorsque l'on constate sur les deux yeux, à la place de la papille optique, une proéminence considérable affectant un aspect fongiforme, que l'on observe une intégrité parfaite ou presque parfaite de la rétine, enfin et surtout quand, au début, les troubles fonctionnels n'ont pas été très prononcés, on a de bonnes raisons de croire que l'on se trouve en présence, non d'une névrite optique totale, mais d'une stase papillaire vraie, symptomatique d'une augmentation de la pression intracrânienne. La rétrocession de la stase papillaire pourra s'effectuer après un temps plus ou moins long. Le plus souvent, cette stase sera suivie de l'atrophie de la papille. Il est rare d'observer une restitution ad

*integrum*, encore ne le constate-t-on que dans la syphilis (Schmidt-Rimpler). D'après Schmidt-Manz, la stase papillaire serait due à un véritable étranglement, se produisant au niveau de la lame criblée et imputable au retard apporté dans la circulation de la lymphe par l'œdème de cette membrane. D'après Parinaud, la stase papillaire serait une simple dépendance d'un œdème de la masse encéphalique dont la propagation se ferait par le nerf optique.

L'œdème de la papille est un signe fréquent de tumeur cérébrale, puisqu'il s'observe dans plus de 90 p. 100 des cas, et, de plus, un signe précoce; il se diagnostique aisément à l'examen ophtalmoscopique, grâce à la teinte grisâtre et à la saillie de la papille.

— L'ophtalmoscope permet très souvent de déceler l'existence d'altérations du rein (néphrites interstitielles) qui ne se sont encore traduites par aucun autre symptôme précis. L'image ophtalmoscopique qu'on observe alors est tellement caractéristique que l'on peut souvent affirmer la lésion rénale, même lorsque l'examen de l'urine ne révèle pas d'albumine ou n'en révèle qu'en quantité infinitésimale: on voit, en effet, de nombreux petits traits blanchâtres se détacher sur un fond rouge et entourer comme d'une couronne rayonnante la tache jaune qui a pris une couleur brunâtre.

— Dans l'atrophie du nerf optique, qu'on observe si fréquemment au cours du tabes, la papille prend un aspect blanc crayeux; plus tard, elle est plutôt petite, d'une coloration blanche, éclatante, nacréée, et les vaisseaux qui en sortent sont plutôt grêles; elle n'offre jamais d'excavation comme cela se voit quelquefois dans le cas de tumeur cérébrale, par exemple, ou dans certaines méningites; elle est de plein pied avec le fond de l'œil et ses vaisseaux ne décrivent pas le coude particulier qui révèle son excavation.

Gowers a fait remarquer que, quand l'atrophie du nerf optique apparaît dès le début du tabes, c'est-à-dire dans la phase préataxique, elle a une tendance éminemment progressive: que si, au contraire, elle commence plus tardivement, lorsque le malade est déjà fortement ataxique, elle peut alors arriver à rétrocéder et même guérir. — De son côté, Benedict a fait remarquer, dès 1887, que la marche du tabes était remarquablement bénigne d'habitude, chez les tabétiques qui étaient entrés dans cette affection par des troubles de la vision. — D'après P. Marie, l'explication de ces particularités se trouverait dans le fait que le tabes qui s'accompagne de troubles oculaires n'est pas le tabes ordinaire, mais une variété de tabes; les tabétiques devenant aveugles appartiennent

draient à une forme clinique spéciale du tabes dans laquelle les douleurs seraient presque nulles.

*Examen de l'appareil de perception.* — Si l'affaiblissement ou la perte de la vision ne se rattache ni à un trouble des milieux réfringents de l'œil, ni à une altération de la rétine et du nerf optique, on doit en chercher la cause dans le centre percepteur, c'est-à-dire dans l'encéphale: — Existe-t-il en même temps que l'amaurose des signes d'hémorragie, de ramollissement, de tumeur cérébrale (*paralysies, affaiblissement de l'intelligence, douleurs de tête, convulsions*), il est naturel de leur rapporter le trouble visuel. Rappelons encore que les troubles visuels peuvent se rattacher à de simples lésions dynamiques et fonctionnelles des centres nerveux, en dehors de toute altération organique: ainsi ils sont fréquents dans les *empoisonnements* (par la nicotine, l'alcool, l'opium, le sulfure de carbone et par la belladone, etc.); dans les *névroses* (hystérie<sup>1</sup>); à la suite des *hémorragies abondantes*; et encore, par action réflexe, chez les enfants atteints de *vers intestinaux*, à la suite de contusions du nerf sus-orbitaire, de plaies du sourcil, de névralgie dentaire, etc.

Les troubles de la vision ne consistent pas toujours en un simple affaiblissement. Ils peuvent encore présenter des désordres de nature fort diverse: tantôt ce sont des brouillards, des flocons, des mouches volantes, des flammes, des étincelles, etc., que voit le malade, soit d'une façon passagère, soit continuellement; tantôt les objets sont vus en double (*diplopie*), leur contour est irisé; tantôt il n'en distingue que la moitié (*hémioptie*); tantôt il existe des lacunes dans le champ visuel.

Nous ne dirons rien des brouillards, des flocons, des mouches volantes, accusés par les malades, sinon qu'il convient, dans ces cas, d'examiner les urines au point de vue de l'albumine.

Il n'en est pas de même du *scotome scintillant* qui consiste dans la vision, par le malade, d'une tache brillante, limitée par des lignes brisées, se déplaçant lentement et souvent entourée d'étincelles; cette sorte de sensation lumineuse, qui revient par crises, est un des principaux symptômes de la migraine ophtalmique, et s'observe aussi, assez fréquemment, au début de la paralysie générale; il ne faut pas la confondre avec certaines sensations ana-