

viscérale, mais ils sont exceptionnels. Le diagnostic histologique est même difficile et, dans un cas personnel, l'absence des bacilles et l'inoculation expérimentale pratiquée avec résultat négatif, permirent seuls d'affirmer la nature sarcomateuse d'une tumeur optique, d'aspect anatomique franchement tuberculeux (Kiener).

L'ablation est le vrai traitement de ces tumeurs. Au début, on peut essayer de conserver le globe, mais, dans la suite, l'énucléation et l'exentération orbitaire s'imposent. Il ne faut jamais d'ailleurs, pour conserver un œil, s'exposer à une extirpation incomplète et partant à une récidive compromettant la vie même du patient.

V. — Anomalies congénitales.

§ 422. Le nerf optique peut *faire complètement défaut*. Il est alors représenté par un mince cordon fibreux dépourvu de fibres nerveuses.

Le *colobome* du nerf optique porte sur les gaines ou le cordon nerveux. Le colobome des *gaines*, sauf son siège inférieur, rappelle le croissant atrophique de la scléro-choroïdite. Le colobome du *nerf* est partiel et plus de moins étendu, occupant le quart, le tiers, la moitié de la papille; celle-ci est ellipsoïde et présente une distribution vasculaire anormale.

Les *vaisseaux optiques* peuvent aussi être absents et anormalement disposés. On observe alors des anomalies de division, d'anastomose, de direction, etc.

Certaines papilles avec acuité normale paraissent plus ou moins blanches par vascularisation amoindrie.

On constate aussi parfois une pigmentation excessive. Peut-être tous ces faits se rattachent-ils à des troubles analogues à ceux du colobome.

CHAPITRE XVIII

AMBLYOPIES ET AMAUROSES

§ 423. Dans le sens originel et le plus compréhensif du mot, l'amblyopie correspond à la diminution de la vision et l'amaurose, à son abolition complète.

Actuellement, il convient de réserver ces termes aux troubles visuels dans lesquels on ne constate, à l'examen simple ou instrumental de l'œil, aucune lésion appréciable. Dans ce sens restrictif, l'amblyopie et l'amaurose se rencontrent encore trop souvent; et en attendant que nous puissions qualifier la nature et le siège des lésions causales, il nous faut leur consacrer un chapitre spécial. Nous étudierons longuement, en raison de leur importance clinique, les formes nicotino-alcoolique, hystérique, et plus sommairement, les autres formes; nous terminerons par l'hémianopsie.

Les autres amblyopies par intoxications, infections, hémorragies, etc., ont été suffisamment indiquées aux chapitres correspondants de la pathologie générale pour nous dispenser d'y revenir ici.

I. — Amblyopie nicotino-alcoolique.

§ 424. L'amblyopie nicotino-alcoolique est une des amblyopies toxiques les plus fréquentes.

Elle fut reconnue par Sichel et nettement définie par Desmarres; Galezowski en donna une description détaillée; ultérieurement, nombre d'auteurs complétèrent son étude.

Samelsohn, Vossius, etc., ont établi les lésions de l'amblyopie et montré qu'on peut la qualifier anatomiquement de névrite rétrobulbaire. Les désordres nerveux sont analogues à ceux qu'on constate dans d'autres intoxications.

L'amblyopie est-elle nicotinique ou alcoolique? Sichel ad-

mettait exclusivement son origine éthylique et Mackensie, sa nature tabagique.

On ne saurait nier l'action du tabac, mais il convient d'attribuer une influence prépondérante à l'alcool. En Espagne, en Turquie, à la Havane où l'on fume beaucoup, l'amblyopie toxique est exceptionnelle; elle est très fréquente en Angleterre où abondent les grands buveurs et les mauvais alcools.

Étiologie. — L'amblyopie alcoolo-nicotique n'est pas rare; on la rencontre 4 ou 5 fois sur 1000; elle est surtout observée chez l'homme de 40 à 50 et 60 ans. Uthoff, sur 30 000 cas, en trouve 280 dont 277 hommes et 3 femmes, soit 0,93 p. 100. A la clinique de Lille, la proportion est de 1,061 p. 100; cette proportion forte est le fait du mauvais genièvre dont abusent les ouvriers de cette région.

Les lésions de l'amblyopie alcoolo-nicotique sont bien celles de la névrite rétrobulbaire. Elles ont été spécialement étudiées par Samelsohn, Vossius, Uthoff, Nettleship, etc.

Le cas initial de Samelsohn peut être considéré comme typique et mérite d'être rapporté avec quelques détails.

Il s'agissait d'un cordonnier de 63 ans qui présentait une acuité de 15/70 à droite et de 15/100 à gauche, avec scotome central relatif de 8° pour le vert ou le rouge et qui mourut deux ans après. L'examen des nerfs et du tractus optiques fut fait complètement.

Les nerfs optiques étaient aplatis et d'aspect différent suivant les points de section.

En arrière du canal optique, la coupe présentait un aspect normal; dans le canal, on voyait une zone centrale aplatie, grisâtre, entourée d'une zone saine; entre le canal et la pénétration des vaisseaux, la zone grise était circulaire et entourée d'un anneau sain plus large du côté médian que du côté latéral; enfin, vers la papille, la portion grisâtre avait la forme d'un coin à base externe.

L'examen histologique indiquait dans les parties grises une hypertrophie des septa, avec abondance des noyaux interstitiels; les faisceaux nerveux avaient subi la dégénérescence

atrophique. Il s'agissait donc d'une atrophie partielle centrale des éléments nerveux par prolifération du tissu conjonctif trabéculaire, atrophie et prolifération allant du canal optique à la papille et à la rétine, en suivant un trajet déterminé.

Les examens de Nettleship, Vossius, Uthoff, sont analogues et ont permis de préciser exactement le siège de la lésion optique.

Dans l'amblyopie nicotico-alcoolique, cette lésion porte sur la portion externe et centrale de la papille, et l'on peut constater une atrophie correspondante sans modifications vasculaires.

La névrite centrale de l'intoxication alcoolo-nicotinique se produit surtout entre le globe et le canal optique, en raison de l'imprégnation plus facile de cette portion par les produits toxiques, et elle se manifeste d'abord vers le canal à cause de la gêne qui résulte pour le nerf de l'inextensibilité du conduit osseux. La localisation centrale du processus atrophique tient probablement à la richesse de sa circulation capillaire.

La vision diminue lentement et progressivement. L'amblyopie survient des deux côtés, mais est souvent plus accentuée d'un côté que de l'autre.

Les objets considérés paraissent comme nuageux, puis les petits objets fixés ne sont plus perçus du tout.

Il existe d'abord un scotome central positif, puis un scotome négatif; la vision périphérique reste meilleure que la vision centrale. Les malades distinguent parfois mieux avec un faible éclairage qu'à la lumière intense. Il n'est pas rare qu'il y ait une asthénopie accommodative précoce et que, avant toute diminution d'acuité visuelle ou l'apparition du scotome central, il se produise une presbytie notable.

Le scotome central n'en est pas moins caractéristique; il est plutôt manifeste pour les couleurs. Le rouge et le vert surtout sont atteints. Les patients ne les distinguent plus et les voient gris; le bleu apparaît parfois violet.

Le scotome central prend la forme d'une ellipse à grand

axe horizontal et atteint 8°, 10° et plus; souvent même, le champ visuel dans son ensemble est plus ou moins rétréci. Il arrive cependant que le scotome soit très minime et qu'il faille beaucoup d'attention pour le découvrir; il importe donc d'employer des surfaces colorées de petites dimensions, d'avoir un éclairage convenable et d'agir à diverses reprises, méthodiquement.

Le *pronostic* de l'amblyopie alcoolique est grave, parce qu'elle est souvent négligée par les patients et soignée tardivement. Reconnue et traitée de bonne heure, elle guérit plus ou moins complètement. Malheureusement, les habitudes qui ont engendré l'affection sont difficiles à modifier et très souvent la vision, de ce fait, reste définitivement compromise.

L'étendue du scotome, le rétrécissement général du champ visuel, les troubles papillaires, sont des symptômes défavorables; au début de l'affection, avec un traitement énergique, on obtiendrait toujours une guérison radicale.

Le *diagnostic* de l'amblyopie se fait par les antécédents, l'absence de lésions ophtalmoscopiques et surtout la constatation du scotome central pour le rouge et le vert. La forme elliptique de ce scotome est presque caractéristique.

Le *traitement* est général et comporte d'abord l'abstention de toute boisson alcoolique et du tabac lui-même. Un bon régime, des toniques, quelques laxatifs seront indiqués.

L'iodure de sodium (2 à 5 gr.) a été conseillé par Samelsohn, le bromure de potassium par les Italiens; en réalité, ces agents sont presque superflus. On conseille aussi les frictions ou les injections de pilocarpine et le sulfate de strychnine (2 à 4 ou 5 millig.); peut-être ces moyens ont-ils quelque action.

L'ésérine, la pilocarpine et les verres convexes sont utiles contre la parésie accommodative. Les courants continus enfin ont été, avec raison, chaudement recommandés. Ils doivent être continués pendant quelque temps (20 à 30 jours). Les séances seront courtes (10 à 15 minutes), les électrodes appliquées sur les tempes et les courants, de 2 à 5 milliam-pères au plus.

II. — Amblyopie hystérique.

§ 425. L'hystérie est l'origine de nombreux troubles oculaires; ceux-ci sont parfois caractéristiques et permettent même d'établir directement l'existence de la névrose.

Les anciens, depuis Celse, ont observé la plupart des manifestations oculaires de l'hystérie. Ce n'est que dans ces derniers temps toutefois qu'on les a étudiées avec fruit et rapportées nettement à leur véritable cause. Les découvertes de l'ophtalmoscope, l'étude de la réfraction, les recherches du champ visuel et de la chromatopsie, ont heureusement complété, à cet égard, nos connaissances spéciales.

Nous examinerons successivement les conditions oculaires habituelles chez l'hystérique et ses principaux symptômes. Nous dirons un mot des associations hystéro-organiques.

En *dehors des attaques* hystériques, les *troubles de la sensibilité* ne sont pas rares. Ils peuvent intéresser les paupières, la conjonctive, la cornée. L'anesthésie ou l'hyperesthésie conjonctivales sont très fréquentes. L'*anesthésie* cornéenne est générale ou partielle; la partie centrale peut cependant, par réflexe visuel rétinien, provoquer un mouvement palpébral et faire admettre à tort la sensibilité kératique. Les réflexes glandulaires et vasculaires émanés de la cornée sont ordinairement conservés et contribuent au maintien de son intégrité nutritive (Pitres). L'achromatopsie et le rétrécissement du champ visuel, chez les hystériques hémi-anesthésiques, sont généralement en rapport avec l'anesthésie cornéenne et conjonctivale (Féré). L'*hyperesthésie* kératique ou conjonctivale est rare et accompagnée souvent de blépharospasme. Le globe oculaire présente souvent des zones hystérogènes, soit spasmogènes, soit frénatrices. La conjonctive, la cornée, les voies lacrymales, la rétine (Charcot) en peuvent être le siège.

Les *prodromes de l'attaque* sont irréguliers et incertains. On observe fréquemment de l'amblyopie, de la dyschroma-

topsie, du rétrécissement du champ visuel. Il survient du larmoiement, du rétrécissement pupillaire, de la lourdeur, du clignotement et enfin l'occlusion des paupières.

Pendant l'attaque, l'insensibilité oculaire est générale, les globes sont convulsés en haut ou en bas, la pupille ordinairement dilatée (Bosc).

Après l'attaque, des troubles pupillaires, des spasmes et des paralysies musculaires, des hallucinations, existent fréquemment.

Les principales manifestations hystériques comprennent l'amblyopie, le rétrécissement du champ visuel, les spasmes ou paralysies musculaires.

1° L'*amblyopie* est plus ou moins marquée, unilatérale chez des hémi-anesthésiques et bilatérale parfois, sans lésion ophtalmoscopique. Elle est variable et modifiée par les crises. On observe des troubles de l'acuité visuelle, de la dyschromatopsie, de la polyopie.

Kalt a cité un cas d'amblyopie hystérique sympathique consécutif à un traumatisme.

L'amblyopie peut être excessive et aboutir à l'amaurose. Un œil amaurotique dans la vision monoculaire peut cependant fonctionner dans la vision binoculaire et, en particulier, dans la vision stéréoscopique.

L'amblyopie et l'amaurose hystériques sont d'origine purement psychique, car on peut, par des subterfuges, des prismes, des verres colorés, faire récupérer inconsciemment la fonction visuelle simple ou colorée. On a produit, pour l'expliquer, des théories diverses et toutes discutables.

La *diminution de l'acuité* visuelle existe seulement de loin (Parinaud) et tient à des troubles d'accommodation ou bien elle se manifeste à toute distance.

La *dyschromatopsie* est variable suivant les sujets et le moment. Il peut y avoir *achromatopsie* pour une ou plusieurs couleurs. On observe parfois de l'érythroopsie, de la micropsie ou de la mégaloopsie.

La *polyopie* monoculaire montre plusieurs images, deux,

trois et jusqu'à six images (Ulrich) d'un seul objet. L'interposition d'un verre coloré peut la provoquer ou la modifier (Pansier). Cette polyopie serait accommodative et cristallinienne (Parinaud), mais elle peut exister en dehors de l'accommodation. En réalité, son origine est variable et complexe, dioptrique et nerveuse.

La *kopiopie* est une fatigue douloureuse de l'œil qui survient habituellement pendant le travail. On l'observe chez les sujets jeunes, les femmes en particulier. Il se trouve aussi lié à des troubles utérins.

L'*amblyopie transitoire* (Antonelli) a été rattachée à l'hystérie, sous le nom de migraine ophtalmique, par Charcot et ses élèves. Il survient des troubles visuels et des phénomènes douloureux. On observe un scotome scintillant, hémioptique. Des douleurs péri-oculaires, intra-oculaires ou céphaliques, à type migraineux, se montrent ensuite. Il s'agit là d'une manifestation fréquente dans l'hystérie, mais qu'on rencontre également en dehors d'elle.

2° Le *rétrécissement du champ visuel* est plus ou moins marqué pour le blanc et pour les couleurs.

Le champ visuel de l'hystérique non amblyope peut être normal pour le blanc, mais il est constamment agrandi et inversé pour les couleurs (Pansier). Le champ visuel blanc de l'hystérique amblyope est plus ou moins irrégulièrement rétréci; l'hémianopsie, si tant est qu'elle existe, reste exceptionnelle. Le champ visuel coloré aussi est réduit. Gilles de la Tourette indique un rétrécissement régulier et proportionnel pour les diverses couleurs.

Pansier trouve les champs colorés souvent amoindris, mais toujours confondus, empiétant les uns sur les autres, intervertis. D'après lui, le champ visuel de l'hystérique amblyope présenterait deux signes habituels: l'inversion des cercles colorés et un rétrécissement plus marqué pour le blanc que pour les couleurs. L'inversion colorée serait en quelque sorte pathognomonique. Parinaud a observé, avec rétrécissement périphérique, un scotome central.

3° *Affections musculaires.* Elles constituent ordinairement des contractions et rarement des paralysies (Borel).

Le *nystagmus* est absolument exceptionnel. Charcot le mettait en doute; Pitres et Sabrazès viennent cependant d'en publier un cas typique.

Le *blépharospasme tonique* est assez fréquent mais passager; le *blépharospasme clonique simple* ou douloureux est parfois tenace. Tous deux peuvent être provoqués par des lésions infimes de l'œil ou des annexes. Nous avons observé un cas de *blépharospasme pseudo-paralytique* signalé par Parinaud. La chloroformisation, la dilatation forcée, enfin la suggestion hypnotique, en ont eu complètement raison.

Le *strabisme spastique* a été signalé rarement; il paraît persistant et inégal; l'anesthésie chloroformique et le champ de fixation permettront de le distinguer du strabisme concomitant et du strabique paralytique.

La *déviatio conjuguée* est habituelle pendant les attaques d'hystérie et cesse avec elle. La chloroformisation la fait disparaître et en révèle la nature.

Les *paralysies hystériques* des muscles de l'œil sont au moins exceptionnelles (Borel, Parinaud). Il s'agirait ordinairement de spasme des antagonistes.

L'*insuffisance de convergence*, l'*ophtalmoplégie*, les paralysies et contractures de l'*accommodation* et de la *pupille*, ont été indiquées. On a enfin relaté quelques faits de troubles organiques hystériques: ecchymoses palpébrales ou conjonctivales, écoulement sanguin au niveau de l'angle interne, etc.

Associations hystéro-organiques. — Les symptômes oculaires principaux de l'hystérie se rencontrent assez souvent (Kœnig) chez des sujets affectés de sclérose en plaques, de syringomyélie, de tabes, de maladie de Friedreich, de paralysie générale, avec la chorée, la maladie de Basedow, la neurasthénie. On les observe encore dans certaines intoxications ou infections comme l'alcoolisme et la syphilis. Enfin, on les constate après les traumatismes.

Hystéro-traumatisme. — C'est l'hystérie développée (Bro-

die) consécutivement à un traumatisme variable, surtout après les accidents de chemins de fer (railway-spine, railway-brain). Il ne s'agit pas là, comme le veulent les Allemands, d'une *névrose traumatique*, simplement voisine de l'hystérie, mais bien, comme on l'admet avec Charcot, d'une manifestation occasionnelle, par « schock nerveux », de l'hystérie. Très souvent d'ailleurs l'hystérie est liée, en l'espèce, à la neurasthénie (Charcot) et constitue l'hystéro-neurasthénie traumatique. Les troubles oculaires sont assez rares mais ils ont été parfois rencontrés, surtout après les accidents de chemins de fer (Blum).

Diagnostic. — Les troubles oculaires qui se rencontrent dans l'hystérie sont identiques, au point de vue fonctionnel, aux troubles oculaires d'origine organique, mais ils paraissent moins tenaces et moins réguliers.

On peut les utiliser pour affirmer l'hystérie ou indiquer ses formes cliniques. On les a provoqués par suggestion hypnotique et on a pu les simuler; il importe donc de les analyser avec soin.

Les troubles oculaires n'offrent aucune forme spéciale dans les diverses hystéries, simple, toxique, traumatique. La plupart, en outre, se produisent chez des hystériques avérés. Les autres peuvent être assez caractérisés pour démontrer leur nature névrosique.

Le strabisme spastique sera reconnu à son début tardif, à l'absence des causes ordinaires d'amétropie. Dans le blépharospasme, le sourcil correspondant est abaissé, sans frémissement quand on ordonne l'ouverture des paupières.

La kopiepie survient sans motif apparent, la migraine ophtalmique coïncide avec d'autres symptômes hystériques.

L'amblyopie sera reconnue à ses variations, aux caractères d'inversion du champ visuel coloré et à l'absence de lésions oculaires. Il importera cependant d'être très attentif et réservé, car la simulation est toujours possible.

Le *pronostic* des troubles oculaires de l'hystérie paraît généralement favorable. Cependant des troubles organiques peuvent en résulter.

Le *traitement* s'adresse à la névrose et doit être surtout général. Au point de vue local, on évitera soigneusement toute intervention opératoire.

Les topiques, l'électrothérapie, la métallothérapie, l'aimant, la suggestion hypnotique ont donné des succès. On variera les moyens, on les combinera et l'on obtiendra presque toujours, avec un peu de patience, un excellent résultat.

III. — Amblyopies diverses.

§ 426. On peut mentionner ici les amblyopies congénitales, par défaut d'usage, par commotion, par réflexes.

Congénitalité. — L'amblyopie est monoculaire ou binoculaire. Dans le premier cas, la diminution de la vision peut être considérable et il existe du strabisme externe de l'œil affecté; dans le second, l'affaiblissement visuel est moindre, mais le nystagmus l'accompagne souvent.

La vision périphérique et la chromatopsie restent parfois intactes.

La perception des couleurs est, chez certains sujets, seule atteinte; il y a achromatopsie ou dyschromatopsie pour le rouge (anérythroopsie), le vert (achloropsie), le bleu (akyanopsie).

La correction des vices de réfraction, les opérations de strabisme, les exercices méthodiques peuvent amender les amblyopies congénitales simples ou chromatiques; mais, d'ordinaire, les résultats obtenus restent assez médiocres.

Défaut d'usage. — Cette amblyopie est primitive, résulte d'une altération congénitale du système optique, ou bien elle est consécutive à une déviation strabique, à une taie, à une cataracte, etc., qui soustraient la macula à la perception directe des objets. La vision centrale est plus ou moins affaiblie, mais la vision périphérique et la chromatopsie restent souvent indemnes. Le redressement dans le strabisme, le tatouage ou l'iridectomie optique dans les taies ou les cataractes centrales, la discision ou l'extraction dans les cataractes totales, enfin des exercices méthodiques peuvent améliorer,

à la longue, la situation visuelle; il est bon toutefois de ne pas trop y compter.

Commotion. — Une contusion crânienne ou oculaire, le passage d'un projectile devant l'œil, l'éclat de la foudre, etc., ont provoqué exceptionnellement une amblyopie plus ou moins marquée. On ne constate ultérieurement parfois aucune lésion, mais il est possible que des lésions diverses aient existé au début ou aient été méconnus (hémorragies des gaines optiques, de la macula, fracture du crâne); l'atrophie du nerf optique a été, en effet, maintes fois constatée.

Réflexes. — L'amblyopie monoculaire ou binoculaire a été observée à la suite de lésions ou d'irritations des diverses branches du trijumeau, des nerfs sus, sous-orbitaires, dentaires, etc.; on l'a aussi signalée sous l'influence de vers intestinaux, d'une violente émotion, etc. On doit toujours, en l'espèce, se méfier de l'hystérie et de la simulation. Il est bon cependant d'explorer soigneusement les cavités nasales, les dents, la région orbitaire, de surveiller les garde-robes. On a obtenu de véritables améliorations et même la guérison de certaines amblyopies par l'ablation de polypes, de dents cariées ou par l'expulsion de vers intestinaux.

IV. — Hémianopsie.

§ 427. L'hémioptie ou mieux (Hirschberg) l'hémianopsie correspond à la disparition plus ou moins complète de la vision d'une moitié de la rétine et a été d'abord indiquée par Vater et Heinicke. Elle est *homonyme* ou *directe* quand la vision se trouve abolie dans les deux moitiés droites ou gauches du champ visuel, *hétéronyme* ou *croisée* quand elle est atteinte dans les deux moitiés internes ou externes de ce champ visuel. On a publié quelques rares cas d'hémianopsie *verticale*, supérieure ou inférieure; mais il s'agit alors probablement de scotomes consécutifs à des névrites périphériques et non de véritables hémianopsies.

Dans la migraine ophtalmique, on observe une *hémianopsie*

transitoire accompagnée de lueurs fulgurantes, qui constituent le *scotome scintillant* et qu'on rattache généralement à l'hystérie. Enfin, on a signalé quelques faits d'hémianopsie chromatique ou *hémiachromatopsie*.

La variété homonyme paraît assez fréquente, tandis que la variété hétéronyme est exceptionnelle.

§ 428. **Hémianopsie homonyme.** — Elle est caractérisée par l'absence de perception visuelle dans les deux moitiés horizontales correspondantes, gauches ou droites, du champ visuel. La limite de séparation des deux moitiés du champ visuel de chaque œil peut être à peu près verticale, mais elle est parfois sinueuse. Le point de fixation, qui répond à la vision centrale ou maculaire, reste ordinairement indemne. L'acuité visuelle et la chromatopsie de la partie non affectée de la rétine demeurent normales.

La vision, dans son ensemble, est assez bonne et les patients ne se plaignent que d'un peu de trouble monoculaire; toutefois l'altération hémianopsique de la vision périphérique gêne la marche et l'orientation. La lecture et l'écriture se faisant de gauche à droite, l'hémianopsie droite est plus pénible que la gauche; ce serait le contraire dans la lecture ou l'écriture inverses.

L'aspect extérieur des yeux est normal et on ne trouve ordinairement aucune lésion ophtalmoscopique. On a cependant rencontré de l'atrophie optique du côté de l'hémianopsie.

L'hémianopsie survient brusquement ou graduellement, quelquefois à l'insu des patients. Elle peut être progressive, mais se maintient généralement stationnaire.

Il s'agit, suivant les cas, de lésions cérébrales avec hémorragies, ramollissement, tumeurs, périostites, fractures à localisation étroite et portant sur les bandelettes optiques, les corps genouillés, les tubercules quadrijumeaux, les couches optiques, les lobes occipitaux. On constate souvent des troubles concomitants (hémiplégie, amnésie, perte de la mémoire visuelle, paralysies oculaires, etc.) dont les symptômes concourent au diagnostic et au pronostic.

L'hémianopsie homonyme s'explique aisément par la semi-décussation des fibres optiques au niveau du chiasma. L'altération de la bandelette droite, dans tout son parcours ou à son origine, produit une hémianopsie gauche, tandis que celle de la bandelette gauche entraîne une hémianopsie droite. L'hémianopsie se reconnaît uniquement par la détermination du champ visuel.

Le *siège* de la lésion est indiquée par la marche de la maladie et ses divers symptômes concomitants. Les troubles psychiques

font songer à une localisation occipitale; l'hémiplégie, à des altérations vers la capsule interne; enfin, lorsque les nerfs craniens sont intéressés, on pense de préférence à des lésions basilaires. La réaction hémipopique de la pupille (Wernicke) indiquerait une lésion corticale et son absence, une lésion périphérique.

Le *traitement* est exclusivement général et varie avec la nature supposée de la lésion causale. En dehors d'éléments suffisants, on doit songer à l'hystérie, au rhumatisme, à la syphilis et instituer une médication appropriée à ces diverses affections.

§ 429. **Hémianopsie hétéronyme.** — Elle correspond à l'absence de perception visuelle dans les deux moitiés symétriques, temporales ou nasales, du champ visuel. On l'observe très rarement.

1° *Hémianopsie temporale.* — La ligne de séparation des parties visuelle et aveugle du champ visuel est moins nette

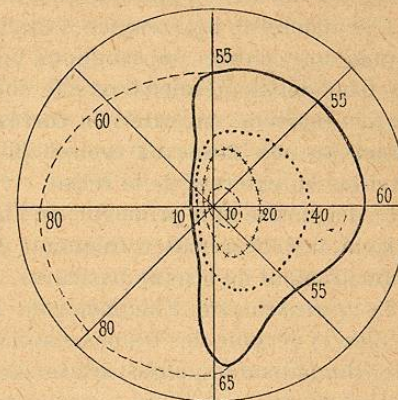


FIG. 61. — Hémianopsie croisée temporelle de l'œil gauche (Masselon).

— blanc; bleu; +++ rouge; - - - - vert.

que dans l'hémianopsie homonyme. Le début est un simple scotome latéral, puis le trouble s'étend graduellement. Il peut y avoir des améliorations ou des aggravations successives. L'extension progressive n'est pas rare et la cécité, avec atrophie optique totale, a été maintes fois observée. Des troubles cérébraux divers se rencontrent souvent et aggravent le pronostic.

2° *Hémianopsie nasale*. — Elle est exceptionnelle et se manifeste dans des conditions analogues à l'hémianopsie temporale.

L'hémianopsie hétéronyme s'explique par l'altération, au niveau des centres ou ganglions optiques, sur le parcours des bandelettes ou mieux vers le chiasma optique, des deux parties internes ou externes correspondant aux faisceaux directs ou aux faisceaux croisés qui se rendent aux parties internes ou externes de la rétine.

Le diagnostic et le pronostic de l'hémianopsie hétéronyme exigent la détermination fréquente du champ visuel. Il s'agit ordinairement de lésions basilaires.

Le *traitement* de l'hémianopsie hétéronyme est surtout médical et découle des lésions causales et de l'affection générale, rhumatisme, syphilis, artério-sclérose, qui paraît spécialement en jeu.

CHAPITRE XIX

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES MALADIES OCULAIRES

Les affections oculaires, comme les maladies générales, doivent être influencées, dans leur développement ou leurs modalités, par les nombreux facteurs relatifs à la race, au climat, au genre de vie, etc. La répartition géographique des affections oculaires paraît devoir intéresser la pathologie, la thérapeutique et surtout l'hygiène ophtalmologiques. La question, au point de vue général, est à peine posée; elle ne pourra

d'ailleurs se résoudre que par le concours de tous et la voie des congrès. Il faut en effet accumuler de très nombreuses statistiques, les grouper, les apprécier, établir de laborieux pourcentages. Une nomenclature uniforme et un plan commun semblent même nécessaires.

On ne trouve des documents que sur les cécités, le trachome, le ptérygion, le glaucome, la myopie. Pour les autres affections, il n'existe que des données insignifiantes. Sans prétendre fournir des éléments importants, mais seulement à titre d'indications, nous croyons devoir rapporter ici quelques chiffres personnels relatifs aux principaux groupes de pathologie oculaire, et résultant des recherches faites par l'un de nous avec son ancien assistant, le D^r Roure, de Valence. Nous les donnons sans commentaires, car des conclusions sérieuses exigeraient des documents beaucoup plus considérables.

§ 430. *Cécité*. — Il y a cécité quand la vision utile est définitivement perdue, qu'elle est nulle ou seulement quantitative.

Au point de vue social, on ne considère que la cécité binoculaire; au point de vue médical, on doit tenir compte, en outre, des cécités monoculaires.

Zehender, Cohn, Magnus en Allemagne; Kruckow et Skrebitzky en Russie; Carreras-Arago en Espagne; Fuchs en Belgique; Dumont, Fieuzal, Trouseu en France; Badal, dans la région de Bordeaux; Truc, dans celle de Montpellier, etc., ont établi des statistiques instructives, étudié les causes et la prévention de la cécité. Les ouvrages de Magnus, de Carreras-Arago, celui de Fuchs surtout, sont de beaucoup les plus importants.

Les *racés* les plus atteintes de cécité sont celles des Indiens et des nègres; puis viennent les mulâtres, enfin les blancs et les jaunes: sur 10 000 individus, on trouve aveugles 11 indiens, 7 nègres, 6 mulâtres, 5 blancs, 1 jaune.

Parmi les blancs, les Arabes se trouvent surtout touchés par l'ophtalmie granuleuse ou purulente; les Juifs, par l'ophtalmie granuleuse ou purulente et le glaucome.

La *latitude*, d'après les recherches de Jeune à Berlin, celles