

l'urine et souvent il confirmera un diagnostic que les manifestations atténuées décrites plus haut auraient pu faire soupçonner.

Je ne citerai pas les dix autres observations analogues qui ont pu être récemment recueillies à la clinique nationale des Quinze-Vingts, je ne consulterai pas non plus la littérature ophthalmologique pour recueillir des faits semblables (Campar, Terson). Je parlerai seulement du travail d'Abadie qui, en octobre 1882, a mentionné dans l'*Union médicale* l'existence des lésions de la rétinite albuminurique avec des urines négatives. Cet auteur pense qu'il s'agit là d'une maladie générale qui frappe le rein et au même titre les autres organes.

Il est donc bien établi que les rétinites dites à tort albuminuriques ne sont pas liées à la présence de l'albumine dans l'urine. Je pense qu'il faut, comme le veut la théorie microbio-chimique, aujourd'hui en faveur, les rattacher à un empoisonnement occasionné par la rétention dans le sang des produits de désassimilation et des divers poisons engendrés par l'organisme lui-même (Bouchard, Feltz et Ritter).

AMBLYOPIE DANS LE PSEUDO-TABES ALCOOLIQUE.

Les travaux de Lancereaux, la thèse d'Oettinger ont établi l'existence chez les alcooliques, de paralysies à forme spéciale. D'autres auteurs, Wilks, Leudet, Bourdon, Marcé, Dreschfeld, ont signalé des troubles ataxiques chez ces mêmes malades, en même temps que Déjerine montrait la possibilité de l'ataxie en dehors des lésions médullaires. Kruche a rapporté 17 cas de pseudo-tabes chez des alcooliques.

Je vais citer une intéressante observation qui met en évidence d'abord cette pseudo-ataxie, ensuite la grande difficulté qu'il peut y avoir à la distinguer de l'ataxie vraie, spécialement quand à des troubles très voisins de ceux du tabes vient s'ajouter une complication oculaire, amblyopie à forme spéciale, qui ne pourrait qu'obscurcir la question d'interprétation si elle restait ignorée.

Je crois que jusqu'ici l'état des yeux des pseudo-tabétiques a été fort peu étudié. Kruche a examiné à l'ophthalmoscope 17 malades. Cinq fois il n'a rencontré aucune altération, trois fois il a constaté de la blancheur des papilles et

neuf fois de la simple réplétion veineuse. Ces résultats jettent peu de lumière sur ce point, aussi je pense ne pas faire œuvre inutile en donnant le résultat de mes constatations.

Il s'agit d'un malade alcoolique reconnu ataxique par plusieurs médecins et qui me fut adressé pour subir un examen ophtalmoscopique.

Les troubles fonctionnels, malgré l'aspect peu convaincant de la papille, me poussèrent à diagnostiquer le début d'une atrophie papillaire d'origine ataxique. On verra comment je dus, par la suite, revenir sur ce diagnostic, qui avait été également posé, avant moi, par un confrère fort éclairé.

Voici le fait.

OBS. — M. O..., quarante-trois ans, se présente à ma consultation particulière dans les premiers jours de mai.

Depuis plusieurs années, ce malade se livre à des excès alcooliques qu'il avoue facilement. Il est en même temps un grand fumeur et très porté aux plaisirs vénériens.

Il n'a jamais fait de maladie grave, a échappé à la syphilis et a joui de la santé la plus florissante jusqu'au mois d'octobre dernier.

A cette époque, il a commencé à perdre l'appétit, il s'est mis à maigrir d'une façon sensible ;

son sommeil est devenu pénible et a été troublé par des cauchemars effrayants.

Quelque temps après, il a eu de violentes douleurs intercostales, des douleurs aussi le long de la colonne vertébrale, de la gastralgie, et des élancements dans les jambes accompagnés de fourmillements. Un peu plus tard il a perdu ses forces et a éprouvé de la difficulté à marcher. Il croyait sans cesse poser les pieds sur un tapis et ne possédait plus la notion du sol.

En février dernier sa vue a commencé à baisser et la lecture lui est devenue impossible.

En mai, M. X... m'est adressé par son médecin, qui me le donne comme ataxique et m'affirme avoir constaté sur lui à un certain moment des phénomènes d'incoordination.

J'examine le malade, dont l'état général me semble assez peu satisfaisant. Il est maigre, affaibli, sue beaucoup la nuit et est surtout attristé par l'insomnie et les douleurs fulgurantes. Les souffrances qu'il endure, un tremblement fort gênant et surtout l'état de sa vue font qu'il a dû quitter ses travaux depuis le mois de février.

Au moment de mon examen, M. O.. ne présente plus de phénomènes d'incoordination motrice, il a toujours la sensation de tapis, la

marche est difficile, le réflexe rotulien est aboli: il n'offre ni anesthésie, ni retard dans la transmission des impressions, ni modification de la sensibilité thermique.

Après avoir pris cette rapide notion de l'état général de mon malade, je passe à l'examen oculaire dont je vais consigner le résultat.

L'acuité visuelle a diminué d'une façon notable. Pour l'œil droit elle n'est plus que de 1/8 à 5 mètres (échelle de Wecker), cet œil ne peut lire que le n° 7 du livre de l'échelle. Pour l'œil gauche, elle est de 1/6 et seul le n° 8 du livre de Wecker peut être lu. Aucun verre ne donne d'amélioration. Le champ visuel est rétréci concentriquement, mais dans une faible limite.

Pas de scotome central. Réflexes pupillaires intacts. La couleur verte n'est pas perçue, elle paraît grise, le champ de perception du rouge est rétréci, le bleu est perçu.

A l'ophtalmoscope rien de spécial, si ce n'est que les deux papilles me semblent plutôt décolorées.

L'étude des fonctions visuelles, les phénomènes généraux me poussent à porter le diagnostic d'atrophie papillaire au début.

J'avais éliminé l'amblyopie alcoolique à cause des symptômes tabétiques.

Mon pronostic se ressentit tant soit peu du

résultat de l'examen. Je cherchai néanmoins à consoler le malade, je l'encourageai à se soigner avec énergie et j'obtins de lui la promesse, qui fut rigoureusement tenue, qu'il suivrait mes prescriptions avec l'exactitude la plus scrupuleuse.

Je lui ordonnai la suppression de l'alcool et du tabac, l'usage exclusif du lait, les douches froides et je priai son médecin de lui pratiquer tous les deux jours, à la tempe une injection de strychnine. Je recommandai aussi l'application journalière de courants continus (6 éléments) pendant cinq minutes de chaque côté, le pôle positif devant être appliqué sur l'apophyse mastoïde et le pôle négatif sur la tempe ou sur le globe de l'œil.

A la fin de juin, je revois le malade, qui a parfaitement suivi mes recommandations. Il y a une amélioration marquée dans les symptômes généraux, l'embonpoint est revenu légèrement et les fonctions visuelles sont un peu meilleures.

OEil droit, $V = 1/6$, lit facilement le n° 6 du livre de Wecker.

OEil gauche, $V = 1/4$ difficilement, lit très facilement le n° 7 du livre.

Le champ visuel est normal, il n'est plus rétréci pour le rouge; le vert est encore vu gris.

Les papilles sont plutôt décolorées

J'engage le malade à continuer sévèrement le même traitement; toutefois le régime lacté exclusif sera, sur sa demande, supprimé pendant trois semaines, puis repris. Sur mon conseil, le malade va habiter la pleine campagne, à la portée toutefois de soins médicaux éclairés.

Vers le milieu d'août, je reçois une lettre de M. X..., qui m'annonce avec joie qu'il se trouve beaucoup mieux et qu'il continue à se soigner avec la plus grande vigilance.

Le 17 septembre je revois mon client, qui me frappe par sa bonne mine et son embonpoint. Il est méconnaissable et enchanté de la métamorphose qui s'est opérée. L'appétit et le sommeil sont revenus, les douleurs, les fourmillements n'existent plus, la marche est facile; le réflexe rotulien a reparu. Il prétend voir aussi bien qu'avant la maladie et a pu reprendre ses travaux sans aucune difficulté.

OEil droit : $V = 1/2$ très facilement, $2/3$ difficilement, lit le n° 1 du livre.

OEil gauche : $V = 1/2$ très facilement, $2/3$ difficilement, lit le n° 2 du livre.

La couleur verte est perçue.

Le champ visuel est normal.

Les papilles sont également normales et rosées.

Le 28 octobre, je revois le malade, qui est en parfait état. Il dit ne s'être jamais mieux porté.

OEil droit : $V = 2/3$ très facilement.

OEil gauche : $V = 2/3$ très facilement.

En somme, on peut considérer l'amblyopie comme guérie.

M. X... serait très désireux d'abandonner tout traitement, mais je m'y oppose formellement, et j'obtiens la promesse qu'il continuera à se soigner. Je ne doute pas que, vu l'énergie déployée par le malade jusqu'ici, il ne renonce définitivement à ses funestes habitudes et évite une rechute fâcheuse.

Je laisse à de plus compétents le soin d'apprécier le fait médical en lui-même, qui me paraît un exemple assez net de pseudo-tabes alcoolique : l'influence du régime sur la diminution et ensuite sur la cessation des phénomènes morbides me semble autoriser ce diagnostic.

Je désire seulement m'occuper ici de la question oculaire.

A quelle variété d'affection ai-je eu affaire ?

Était-ce une atrophie de la papille au début, comme je l'avais cru à un premier examen ?

Certes la diminution progressive de l'acuité visuelle, le rétrécissement (léger, il est vrai) du champ visuel, la dyschromatopsie et surtout la coexistence de symptômes tabétiques pouvaient tout d'abord permettre ce diagnostic; d'autre part, l'examen ophtalmoscopique n'était pas

concluant ; les papilles m'avaient paru décolorées, mais elles n'avaient pas le caractère précis de la papille atrophiée, et on sait combien il est souvent difficile d'apprécier une légère différence de coloration. Si, au début, il y avait certaines probabilités en faveur de l'hypothèse d'une altération du nerf optique, ces probabilités devaient bientôt se changer en une certitude contraire. L'amélioration rapide puis la guérison n'ont pas tardé à prouver que le nerf optique n'avaient pas été altéré par le processus, car je ne sache pas qu'il y ait un seul exemple authentique de guérison d'une atrophie papillaire tabétique. Les prétendues guérisons par des moyens soi-disant héroïques me paraissent basées sur des faits analogues à celui que je rapporte, mal interprétés par les observateurs.

Quelle était donc l'affection de M. X... ?

Je suis persuadé qu'il s'agissait d'une maladie bien connue sous le nom d'amblyopie alcoolique qui ressemble par plusieurs côtés à l'atrophie papillaire : diminution progressive de l'acuité visuelle, dyschromatopsie ; elle s'en distingue surtout par l'aspect de la papille qui est ou normale ou hyperhémisée et par la présence du scotome central de Fœrster.

Le diagnostic est souvent très difficile à faire entre les deux^x affections, alors que l'examen

ophtalmoscopique donne des renseignements insuffisants ou que les troubles fonctionnels présentent une certaine similitude.

La coexistence, avec des phénomènes tabétiques curables, de cette amblyopie également curable, m'a paru du plus haut intérêt (toute considération théorique à part), car elle peut être la source d'une grave erreur de diagnostic et de pronostic sur laquelle j'ai suffisamment insisté.

Dans certains cas cette affection peut donc simuler l'atrophie vraie ; aussi suis-je autorisé à dire, que, de même qu'il y a des pseudo-tabes, il existe des *pseudo-atrophies* qui ne sont peut-être que des névrites optiques analogues aux autres névrites périphériques.

DÉBUTS OCULAIRES DE LA GOUTTE ET DU RHUMATISME

Dans ce court travail je vais démontrer que les diathèses goutteuse et rhumastimale peuvent avoir des accidents oculaires pour premières manifestations ; en d'autres termes que la maladie de l'œil peut révéler la diathèse encore latente et non soupçonnée.

Je prends un exemple : Un individu a tou-

jours été bien portant jusqu'à l'âge de 25 à 30 ans ; il est pris subitement d'une iritis ou d'une sclérite. Interrogé sur ces antécédents goutteux ou rhumatismaux, il ne peut répondre que par des négations qui font hésiter le médecin sur la nature de la maladie oculaire jusqu'au jour où la cause s'en précise par l'apparition postérieure d'autres manifestations franches de la goutte ou du rhumatisme. Ce sont des faits de cet ordre qui ont fait nier l'origine goutteuse ou rhumatismale d'affections de l'œil ordinairement attribuables à ces diathèses. Ils sont utiles à connaître, car les accidents locaux peuvent faire prévoir des accidents généraux ou disséminés ; ainsi le globe oculaire joue le rôle d'un précieux indicateur.

Étudions quelques faits cliniques plus instructifs que les vues spéculatives et examinons d'abord la part de la goutte.

Voici un des cas les plus caractéristiques :

M. L..., âgé de 32 ans, ayant toujours joui de la santé la plus florissante, vint me consulter il y a deux ans environ pour une sclérite de l'œil gauche des plus graves. Depuis dix-huit mois il n'a pas un instant de repos, les poussées succèdent aux poussées, malgré les médications les plus variées (salicylate de soude, de lithine, iodure de potassium, teinture de colchique).

La cornée est entièrement sclérosée ; la vision est perdue de cet œil ; le malade n'espère point la recouvrer, il sollicite seulement une rémission dans les poussées douloureuses. Je l'interroge sur ses antécédents : il n'a même pas souvenir d'une simple indisposition ; ses ascendants, y compris les grands-parents, n'ont jamais souffert de goutte ou de rhumatisme. Ses déclarations sont très précises et je dois les admettre, car il est fort intelligent, excellent observateur. Un examen minutieux ne me permit pas de dépister la moindre trace d'arthritisme, néanmoins je prescrivis la colchicine qui fut continuée sans succès pendant trois mois. Au bout de ce laps de temps, la situation était aussi grave pour l'œil gauche, et, chose terrible, une poussée avec trouble cornéen se faisait sur l'œil droit.

J'abandonnai tout traitement interne et j'attaquai la maladie avec le galvano-cautère. Je fus assez heureux pour l'arrêter à droite après quatre cautérisations énergiques, à gauche je ne pus qu'espacer les poussées. Aussi, après trois autres mois, conseillé-je à mon malade une saison à Vichy. Après quelques jours de traitement à cette station, il fut pris par une violente attaque de goutte franche aiguë. C'était la signature de la diathèse enfin dépistée.

On eût été fort tenté, en l'absence d'antécédents et en présence de l'insuccès des médications générales, de nier l'origine goutteuse de la sclérite ; plus d'un eût exercé son esprit dans la recherche d'une étiologie moins vraisemblable.

Mon malade a fini par guérir de son affection oculaire avec une sclérose cornéenne complète à gauche, mais il est constitué goutteux ; cet état a. du reste, ses préférences.

Ce cas est un bel exemple d'une manifestation goutteuse d'emblée sur l'organe visuel.

Autre fait :

Une jeune dame anglaise de 25 ans, parfaitement portante, vint me voir il y a dix-huit mois à propos d'une iritis droite à hypohéma. Son père était goutteux ; elle n'a jamais souffert de même manière ; aussi, malgré le succès rapide du salicylate de soude, ne voulut-elle pas admettre l'origine goutteuse de son affection jusqu'au jour où elle y fut contrainte par une fluxion articulaire dans le gros orteil qui survint dix mois après sa guérison avec une nouvelle poussée d'iritis.

Encore un cas :

Un ecclésiastique de 41 ans se disant bien portant et sans antécédent personnel ou héréditaire se présente à moi en octobre dernier avec

une irido-choroïdite droite de moyenne intensité, dont l'étiologie m'embarrassa fort et me fut révélée en février par de légères poussées goutteuses dans les articulations des doigts des deux côtés.

Des faits précédents je rapprocherais volontiers celui-ci :

Je soigne depuis trois ans un enfant de 13 ans, non syphilitique héréditaire, fils de père goutteux et de mère rhumatisante, qui, de temps en temps, subit des poussées d'iritis torpide insidieuse, s'accompagnant de très légères douleurs et rougeur, mais présentant une grande tendance à former des synéchies. En l'absence de tout autre cause raisonnable, j'attribuerais volontiers cette iritis chronique à la diathèse urique, quoique je n'aie pas évidente confirmation de mes soupçons. Les Anglais nous ont appris que la goutte héréditaire est coutumière de ce genre de méfaits.

Les observations que je viens de rapporter me paraissent assez concluantes pour faire admettre que la goutte peut attaquer l'œil d'emblée avant tout autre organe ; je vais maintenant citer celles qui se rapportent à la diathèse rhumatismale.

M^{me} V.... âgée de 38 ans, avait depuis cinq ans, chaque année, en mars ou en avril, une

poussée de sclérite boutonneuse tantôt sur un œil, tantôt sur l'autre, tantôt sur les deux en même temps. A part cela, sa santé était restée parfaite; elle n'avait ni affection cutanée, ni douleurs articulaires, ni dyspepsie, ni antécédents douteux. Elle a suivi les traitements les plus variés sans résultat appréciable; on a donné à son affection les causes les plus diverses; on a même été jusqu'à la considérer comme syphilitique. Ce n'est qu'en janvier dernier, après une attaque d'influenza, que la malade a été prise de rhumatisme subaigu et que la lumière a pu se faire sur la nature de la sclérite.

Je possède encore quatre observations d'iritis ou d'irido-choroïdite dont l'étiologie est restée obscure jusqu'au jour où ont éclaté des accidents rhumatismaux. Il serait fastidieux de les reproduire en détail, tous les faits se ressemblant.

J'ajouterai que ces cas complets nous permettent d'attribuer avec quelque vraisemblance une origine rhumatismale à des affections oculaires comme celle que j'ai observée chez un jeune médecin. Celui-ci est de temps en temps pris d'une rougeur sclérale qui dure quatre à cinq jours, puis disparaît. Il n'a jamais eu de rhumatisme, mais il a eu des éruptions cutanées fréquentes, il est chauve et est issu d'un

père rhumatisant. Ne peut-on le considérer comme en puissance d'une sclérite rhumatismale, malgré l'absence du réactif articulaire?

Tous les malades cités plus haut avaient été, au moment des accidents oculaires, très soigneusement étudiés par moi ou par des confrères au point de vue rhumatismal; les conclusions des divers examens avaient toutes été négatives.

Je n'ai donc pas cru inutile d'insister sur ces points spéciaux, à savoir que la goutte et rhumatisme peuvent d'emblée frapper l'œil avant toute autre manifestation articulaire, cutanée ou viscérale, qu'ainsi la constatation d'une affection oculaire isolée, mais qui coexiste souvent avec les manifestations franches des deux diathèses, doit à elle seule éveiller l'attention sur l'existence encore cachée de ces diathèses.

Il m'a semblé que les accidents oculaires primitifs étaient presque toujours suivis à brève échéance d'accidents articulaires qu'ils peuvent faire prévoir.

Dans la plupart des cas, le traitement général a peu modifié l'affection locale; il ne peut donc servir de pierre de touche et ne permet pas de juger la nature de la maladie.