

servent dans les conjonctivites diphtériques, dans les conjonctivites à pneumocoques (forme grave) et dans certaines ophtalmies blennorrhagiques aiguës.

Dans la conjonctivité diphtérique, l'exsudat est soit superficiel, croupal, soit interstitiel. Cette dernière variété est la plus grave pour la cornée; on la rencontrerait aussi dans l'infiltration gonorrhéique (Goldzieher). La variété croupale s'observe également avec le pneumocoque, avec les streptocoques et staphylocoques, associés ou non au bacille de la diphtérie, dans les fièvres éruptives; elle guérit généralement bien.

D. Conjonctivites localisées. La plus fréquente est la *conjonctivite phlycténulaire*, caractérisée par le développement, dans l'espace interpalpebral presque toujours, au voisinage immédiat du limbe scléro-cornéen ou sur ce limbe même, de préférence au côté externe, d'un ou de plusieurs soulèvements vésiculaires d'un blanc jaunâtre (plutôt d'un jaune rougeâtre si l'affection est tout à fait sur la conjonctive), et sur lesquels aboutit le sommet d'un triangle vasculaire à base éloignée de la cornée. Cette affection, récidivante, atteint souvent la cornée et a parfois une origine nasale; on l'observe de préférence chez les sujets lymphatiques.

Parmi les autres variétés de conjonctivites localisées, il suffit de mentionner la conjonctivite eczémateuse, le zona ophtalmique conjonctival, les papules et gommées syphilitiques, l'infiltration tuberculeuse (granulations jaunâtres, ulcères, lupus) presque toujours propagée du voisinage, les éruptions lépreuses (macules, nodules et ulcères).

E. Conjonctivite sèche. (Xerosis épithélial) — Elle relève de causes multiples et se caractérise par un état de sécheresse particulier de la conjonctive avec atrophie de la muqueuse qui peut avoir des conséquences sérieuses pour la cornée.

Les conjonctivites chroniques rebelles et en particulier la conjonctivite granuleuse entraînent l'exemption ou, si elles sont susceptibles de guérison, la réforme temporaire.

II. TUMEURS ET NÉOFORMATIONS. — a) Les *tumeurs* offrent de nombreuses variétés (V. Traité des tumeurs de l'œil de Lagrange). On observe des polypes siégeant de préférence dans les plis de passage, des papilomes souvent graves, des kystes divers, des dermoïdes à siège d'élection au bord externe de la cornée, des lipomes et dermo-lipomes sous-conjonctivaux occupant habituellement la partie externe du cul-de-sac conjonctival, enfin des angiomes, des ostéomes, des épithéliomes et des sarcomes (ceux-ci, se développant sur le limbe scléro-cornéen, sont

souvent pris au début pour une conjonctivite phlycténulaire avec épisclérite chronique).

Les tumeurs volumineuses ou malignes entraînent l'exemption ou sont des motifs de réforme.

b) *Néoformations* : 1° La *pinguecula*, rare dans la jeunesse, est une dégénérescence hyaline de la conjonctive, sous forme d'élévure jaunâtre répondant à la fente palpébrale, le plus souvent en dedans, près du limbe, et qu'on ne confondra pas avec une phlyctène quand l'œil rougit. 2° Le *ptérygion*, lésion d'ordre trophique, qu'on considère comme favorisée par la pinguecula, ce qui n'est pas toujours vrai, se présente comme un épaississement triangulaire, rougeâtre, de la conjonctive dont le sommet (ou tête) blanchâtre est situé sur le limbe scléro-cornéen ou sur la cornée même; il siége dans l'intervalle interpalpebral, de préférence en dedans de la cornée. Il est souvent pris pour une conjonctivite phlycténulaire quand il est enflammé. — Il existe aussi de *faux ptérygions*, à siège variable, consécutifs à des brûlures, ulcérations, etc.

Le ptérygion n'entraîne l'exemption et, s'il est inopérable, la réforme, que lorsque son sommet atteint le milieu de la cornée, car à ce degré il gêne notablement la vision.

III. LÉSIONS TRAUMATIQUES. — Ecchymoses conjonctivales, suites de contusions, de ruptures vasculaires par efforts, de quintes de toux, ou venant d'une fracture de la base du crâne; corps étrangers siégeant de préférence dans les culs-de-sac conjonctivaux; plaies diverses; brûlures par les substances caustiques, corps en ignition, etc. Ces dernières lésions sont souvent accompagnées d'altérations de la cornée dont les conséquences seront examinées plus tard. La lumière électrique peut produire, par brûlure, une conjonctivite qui est ordinairement bénigne.

§ 5. — Cornée et sclérotique.

I. CORNÉE. — Un bon examen de la cornée ne peut se faire qu'à l'éclairage oblique avec la lumière artificielle (v. chap. IV). On doit explorer sa transparence, sa coloration, sa forme, sa sensibilité.

La cornée normale est luisante, polie, transparente, et reflète nettement, comme un miroir, l'image des objets extérieurs. L'examen à la lumière du jour permet de reconnaître les lésions accentuées : déformations, staphylomes antérieurs, enclavements de

l'iris, infiltrations étendues, leucomes, vésicules assez grosses, ulcérations, plaies, corps étrangers.

Dans la position choisie pour l'examen, on s'assure si l'image réfléchie de la fenêtre devant laquelle on place le sujet est nette, ou bien irrégulière et déformée (kératoscopie fenestrale) ; l'absence de netteté indique le dépoli de la cornée ; l'irrégularité et la déformation de l'image marquent un ulcère, de petites élevures, ou un kératocone.

En plaçant l'observé de manière à ce que la lumière frappe la cornée obliquement, on reconnaîtra mieux le défaut de transparence, les petits ulcères, la coloration jaunâtre des infiltrations purulentes, les taies anciennes à leur aspect bleuâtre ou gris blanchâtre, les taies récentes à leur aspect terne.

Nous étudierons les lésions de la cornée et leurs conséquences au chapitre IV.

II. SCLÉROTIQUE. Elle peut être le siège d'inflammations, d'ectasies, de taches pigmentaires, de tumeurs et de traumatismes.

1° *Inflammations et ectasies.* — Comme inflammations, on observe l'épisclérite, forme superficielle, et la sclérite, forme profonde, cette dernière compliquant souvent la première.

L'épisclérite se caractérise par une ou plusieurs larges papules, à centre jaunâtre, situées entre le limbe cornéen et l'équateur, recouvertes par une conjonctive injectée, bleuâtre ou rose violet, mobile sur elles. Elle est récidivante.

La sclérite donne lieu, au voisinage immédiat du limbe scléro-cornéen, à des bosselures bleuâtres ou violacées, comme porcelainées, recouvertes par une conjonctive très injectée. La cornée s'altère souvent, se sclérose par places. Cette affection est donc grave, d'autant plus qu'elle a aussi pour conséquences des ectasies péricornéennes noirâtres ou blanc-bleuâtres qui constituent le *staphylome scléral*.

L'épisclérite et la sclérite anciennes et étendues, ainsi que le staphylome antérieur, entraînent l'exemption et la réforme.

2° Les *tumeurs* sont les unes bénignes (kystes, enchondromes, ostéomes), les autres malignes (sarcomes). On se comportera, au point de vue militaire, comme pour les tumeurs de la conjonctive ou de l'iris.

3° *Traumatismes.* La sclérotique peut se rompre, sous l'effet d'une contusion, d'un violent coup de poing, le plus souvent à la partie

supéro-interne, très près du limbe scléro-cornéen ; la choroïde est presque toujours intéressée.

Les plaies pénètrent très souvent jusqu'au corps vitré qui fait issue ; les transversales sont plus graves que les longitudinales ; elles sont parfois compliquées par la présence de corps étranger. Elles peuvent avoir pour conséquence tardive la rétraction et le décollement du corps vitré. On devra toujours explorer les milieux de l'œil.

Toutes ces lésions sont graves et entraînent fréquemment l'inaptitude au service.

§ 6. — Chambre antérieure.

On en explore la transparence et la profondeur. La transparence peut en être troublée par des globules blancs, des exsudats inflammatoires (se différenciant de l'hypopyon par leur immobilité dans les diverses positions de la tête), par du sang (hypohéma), donnant une coloration rose ou rouge suivant sa quantité, par du pus jaunâtre (hypopyon), tous éléments qui proviennent de lésions de la cornée ou de l'iris. On y observe aussi des corps étrangers qui peuvent se dissimuler dans l'angle irido-cornéen sous l'ombre portée par le bord scléral. Le cristallin s'y luxé parfois et présente l'aspect d'une goutte d'huile à pourtour brillant, coloré, mais plus tard ils'opacifie ; on peut y rencontrer des cysticerques, venant de l'iris, des débris du cristallin après discision ou traumatisme.

La diminution de profondeur indique un refoulement de l'iris en avant par déplacement ou tuméfaction du cristallin ou par accroissement de pression du corps vitré ; elle est aussi produite par des synéchies antérieures qui cloisonnent la chambre antérieure. L'augmentation de profondeur s'observe dans la luxation du cristallin, la perte de l'humeur vitrée, l'irido-choroïdite séreuse. Chez le myope, la chambre antérieure est plus profonde que chez l'emmetrope.

§ 7. — Iris.

L'examen portera sur la coloration, la conformation du tissu irien, la forme, l'aspect, les dimensions et les mouvements ou réactions de la pupille. On le complétera par l'exploration à l'éclair-

rage oblique qui seul permettra souvent un diagnostic exact des lésions (chap. IV).

I. TISSU IRIEN. — L'iris normal ressemble à une membrane percée d'un orifice central, la pupille, et formée d'une succession de fines cannelures et élevures d'aspect rayonné. On y reconnaît deux zones, l'une interne, étroite, dite pupillaire, l'autre externe, ciliaire, séparées par une ligne circulaire appelée petit cercle de l'iris.

Sa coloration varie suivant les sujets ; parfois il est piqué de taches de rouille, sortes de *nævi*. Sa circonférence interne est bordée d'un liseré noir, prolongation du pigment qui tapisse la face postérieure de l'iris.

La décoloration ou aspect terne de l'iris indique soit un léger trouble de la chambre antérieure, soit une hyperhémie, soit une inflammation de la membrane.

La conformation de l'iris peut être modifiée soit par une division plus ou moins complète, congénitale ou acquise (colobome, déchirures, iridomie et iridectomie), soit par l'arrachement de son bord ciliaire (iridodialyse), soit par l'existence de deux ou plusieurs orifices pupillaires (polycorie) ; l'iris peut aussi être atrophié ; on observe parfois son absence congénitale (aniridie).

A l'exception de la polycorie qui ne cause aucune gêne visuelle, ces malformations et altérations entraînent l'inaptitude au service lorsqu'elles abaissent l'acuité visuelle au-dessous des limites fixées.

II. PUPILLE. — ANISOCORIE, MYOSIS ET MYDRIASE. — La pupille normale est noire, arrondie ou un peu ovalaire, mais régulière. Elle peut être congénitalement excentrique (ectopie ou corectopie, fréquemment accompagnée d'ectopie du cristallin) ; dans ce cas, il y a inaptitude au service si l'acuité est abaissée au-dessous des limites fixées.

Si la forme est irrégulière, dentelée, en trèfle, il existe presque toujours des synéchies antérieures ou postérieures ; quelquefois l'irrégularité est de cause centrale (tabes, paralysie générale ou syphilis). La pupille peut être obstruée par des exsudats, ou, partiellement, par des restes de la membrane pupillaire sous forme de filaments qui partent de la face antérieure de l'iris.

Les deux pupilles sont normalement égales, sauf de très rares exceptions, mais on doit, pour leur exploration, placer le sujet de telle sorte que la lumière les frappe toutes les deux également. On peut apprécier les dimensions des pupilles soit à la vue, approximativement et en les comparant l'une à l'autre, soit avec un pupillomètre

dont un des plus simples s'obtient en traçant sur une lame de verre des cercles de dimensions déterminées. La pupille de l'adulte emmétrope a une dimension moyenne de 4^{mm}2 ; elle est plus large chez le myope, plus étroite chez l'hypermétrope et le vieillard. On dit qu'il y a *myosis* lorsque la pupille est plus étroite qu'à l'état normal, soit 3^{mm} et au-dessous, et *mydriase* si elle est plus large, soit 5^{mm} et au-dessus.

L'*inégalité* des deux pupilles s'appelle *anisocorie* ; elle est quelquefois physiologique dans l'anisométrie. Elle est produite soit par mydriase, soit par myosis limité à un seul côté. La pupille malade se reconnaît en ce qu'elle montre des troubles des mouvements, réagit peu à la lumière, frappe par sa largeur ou par son étroitesse ou par son irrégularité. Les lésions du système nerveux central sont les principales causes de l'anisocorie qui en est souvent pendant des années le seul signe précurseur (paralysie générale progressive, tabes, tumeur cérébrale, quelquefois anévrysme de l'aorte) ; elle est parfois à *bascule*, passant d'un œil à l'autre, dans la paralysie progressive. Les pupilles sont fréquemment anormales dans les vésanies chroniques.

1^e Le *myosis*, uni ou bilatéral, est soit *spasmodique* par irritation de la III^e paire, soit *paralytique* par paralysie du sympathique. Dans le myosis spasmodique, les réflexes sont conservés, et l'atropine produit une dilatation passagère ; dans le myosis paralytique, les réflexes à la lumière et à l'accommodation sont conservés également, mais la réaction mydriatique à la douleur et à la cocaïne manque, l'atropine agit lentement et donne une dilatation persistante ; il y a aussi un léger degré de ptosis.

Les causes du myosis sont, soit intra-oculaires (myotiques, iritis, sénilité), soit intra-orbitaires (tumeurs et traumatismes, etc.), soit intra-crâniennes, soit rachidiennes ou cervicales, soit d'ordre général (infections, intoxications). Les affections intra-crâniennes produisent cependant plus souvent de la mydriase paralytique ; le tabes occasionne soit le myosis paralytique, soit le myosis spasmodique (et alors avec perte de l'accommodation.) Dans le sommeil, il y a du myosis.

2^e La *mydriase*, également uni ou bilatérale, est soit *paralytique* (paralysie de la III^e paire), soit *spasmodique* (excitation du sympathique).

Dans la mydriase paralytique, tous les réflexes pupillaires font défaut et l'ésérine agit peu ; dans la mydriase spasmodique, les réflexes sont conservés et rétrécissent la pupille ainsi que l'ésérine, mais l'atropine augmente la dilatation.

Comme pour le myosis, les causes sont soit intra-oculaires (mydriatiques, contusion de l'œil, glaucome, amblyopie et amaurose), soit intra-orbitaires, soit intra-crâniennes (paralysie générale, syphilis, attaque d'épilepsie, méningite à sa 2^e période, etc.), soit intra-rachidiennes ou cervicales (mydriase spasmodique, tabes au début, lésions de la moelle, du nerf sympathique cervical), soit dues à des intoxications, soit d'ordre réflexe (douleur, frayeur, hystérie, quelquefois affections nasales et de l'oreille, etc.).

III. MOUVEMENTS DE L'IRIS. RÉACTIONS PUPILLAIRES. — La recherche des mouvements de l'iris exige de la part de l'observateur une grande attention et peut se faire soit à la lumière du jour, soit, si les pupilles sont étroites et les réactions douteuses ou s'il s'agit de certaines réactions spéciales, dans la chambre noire. Si les mouvements sont peu marqués, on les étudiera à la loupe.

On recherchera les réactions pupillaires à la lumière, à la convergence, à l'accommodation et à la douleur.

Dans l'exploration à la lumière du jour, le sujet sera placé à un bon éclairage. L'iris peut être atteint de tremblement (irido-donesis) parfois normal chez le vieillard et le myope, le plus souvent pathologique indiquant que la membrane n'est plus soutenue par le cristallin. Il peut aussi présenter des mouvements successifs, rythmiques, de contraction et de dilatation, phénomène dit « hippus » observé dans le nystagmus, le tabes, la sclérose en plaques, etc.

1^o Réaction à la lumière. — Le sujet doit diriger son regard vers un point éloigné sans rien fixer pour éviter l'intervention de la convergence et de l'accommodation.

On explore successivement la *réaction directe* et la *réaction synergique*.

a) *Réaction directe*. — Pour observer la *réaction directe*, on couvre les deux yeux avec la paume des mains sans appuyer sur les paupières et sans que le sujet ferme les yeux. On découvre ensuite l'œil que l'on veut explorer et si, à ce moment, sous l'action de la lumière, la pupille se resserre, le réflexe existe.

b) *Réaction synergique ou consensuelle*. — C'est la réaction produite sur la pupille d'un œil, pendant que l'autre est alternativement éclairée ou privée de lumière. Couvrant l'œil droit, par exemple, on observe si la pupille de l'œil gauche se dilate; puis on découvre l'œil droit et on remarque si la pupille de l'œil gauche se contracte; dans l'affirmative la réaction synergique existe.

Si ces réactions sont douteuses, on renouvelera l'exploration dans

la chambre noire à l'aide d'un miroir ophtalmoscopique, pendant qu'un aide surveillera les pupilles.

2^o Réaction à l'accommodation et à la convergence. — Il est difficile de les séparer l'une de l'autre et cette distinction a pratiquement peu d'intérêt. On la recherche en faisant porter le regard du sujet d'abord au loin pour relâcher la convergence et l'accommodation, et ensuite sur un objet tenu à 20 centimètres sur la ligne médiane; si la pupille se rétrécit, le réflexe est conservé.

3^o Réaction à la sensibilité (réaction sensitive et sensorielle). L'excitation de la peau, des nerfs sensitifs par la douleur (pincement, électrisation, piqûre), des organes des sens (odeurs fortes pour les fosses nasales, bruit violent pour les oreilles), produisent une dilatation pupillaire surtout du côté excité; les émotions vives (la terreur), une inspiration profonde amènent la dilatation des deux pupilles. La piqûre des zones anesthésiques chez l'hystérique entraîne la dilatation pupillaire comme chez l'homme sain. On a cité de très rares cas de dilatation volontaire des pupilles. Cette réaction est expliquée soit par action sur le sympathique, soit par inhibition du neurone du noyau de la III^e paire.

4^o Signification pathologique des altérations des réactions pupillaires. — Les réflexes à la lumière, à la convergence et à l'accommodation, s'exécutent par l'intermédiaire d'un arc réflexe composé d'une voie centripète et d'une voie centrifuge. La voie centripète, partant de la rétine, suit le nerf optique, les bandelettes optiques; de celles-ci se détache, en avant du corps genouillé externe, un faisceau qui passe dans le tubercule quadrijumeau antérieur et aboutit au noyau médian ou irido-constricteur de la III^e paire. La voie centrifuge part de ce noyau et gagne le sphincter irien par l'oculo-moteur commun, le ganglion ophtalmique et les nerfs ciliaires courts. Les deux noyaux irido-constricteurs sont en connexion, ce qui explique la réaction synergique.

La figure schématique 18 indique les modifications apportées à ces réflexes suivant le siège de la lésion.

a) La diminution et le ralentissement de la réaction à la lumière s'observent dans certaines altérations des membranes profondes de l'œil (décollement de la rétine par exemple, lésions du nerf optique ou de l'arc réflexe).

b) L'abolition des réflexes photo-pupillaires direct et synergique, ou immobilité réflexe, avec conservation de la réaction à la convergence et à l'accommodation, constitue le signe d'Argyll Robertson; la voie

centrifuge reste libre. On observe ce fait au début du tabes (il y a alors généralement myosis paralytique), dans la paralysie générale,

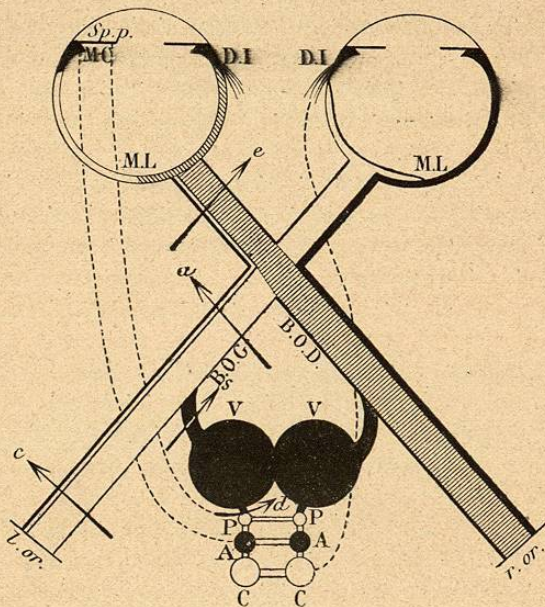


Fig. 18. — Schéma des réactions pupillaires à la lumière (d'après Vossius)

Sp. p. sphincter pupillaire, D. I. m. droit int., P. noyau du sphincter pupill., C. noyau du m. dr. int., M. L. tache jaune, V. tuberc. quadrij. ant., r. or. écorce occip. droite, l. or. écorce occip. gauche, B. O. D. bandelette optique droite, B. O. G. band. opt. gauche; M. C. muscle tenseur de la choroïde, A, noyau de ce muscle. La réaction directe fait défaut lorsque l'arc réflexe est interrompu en e a s ou d. La réaction synergique manque lorsque l'arc est détruit entre P et P (noyaux du sph. pupill.) ou entre P et le sphincter pupillaire. Les deux réactions sont conservées si l'affection siège en c.

plus rarement dans la syphilis cérébrale, la sclérose en plaques, l'alcoolisme chronique; ce signe est absent dans le pseudo-tabes et les polynévrites. L'association des troubles pupillaires (inégalité, myosis bilatéral, signe d'Argyl Robertson) peut aussi exister, en dehors du tabes, comme signe de syphilis.

Lorsque cette abolition est unilatérale et entraîne la suppression de la réaction synergique sur l'autre œil, mais que l'éclairage de ce dernier éveille une réaction synergique sur l'œil malade, il y a amaurose unilatérale de cause périphérique, fait important à retenir pour la recherche de la simulation.

L'abolition définitive et unilatérale des réflexes, et en particulier de celui à la lumière, indique une lésion limitée à l'arc réflexe et constitue

un signe de syphilis acquise ou héréditaire, à la condition qu'il n'y ait ni lésion oculaire, ni lésion du nerf optique, ni paralysie de la III^e paire (Babinsky et Charpentier); il y a toujours alors mydriase.

L'immobilité réflexe unilatérale se distingue de la paralysie du rameau irien de la 3^e paire en ce que la pupille réagit à l'accommodation et aux irritations sensibles. Le réflexe à l'accommodation est donc supprimé dans l'ophtalmoplégie interne, surtout si elle est de nature syphilitique, et il y a alors mydriase par lésions des noyaux centraux.

c) L'abolition de tous les réflexes (rigidité absolue de la pupille) unilatérale, avec conservation de la réaction mydriatique à la douleur et à la cocaïne, l'autre œil ayant conservé toutes ses réactions normales, indique une paralysie du sphincter pupillaire (avec mydriase) et s'observe aussi dans le glaucome. Mais si la réaction mydriatique à la douleur et à la cocaïne est supprimée, il y a trouble sur le parcours de l'arc réflexe ou mydriase par l'atropine; dans cette dernière, la réaction synergique pour l'autre œil est conservée.

Lorsqu'une pupille est en immobilité réflexe, mais que son éclairage produit la réaction synergique sur l'autre œil, il y a destruction du noyau irido-constricteur du côté malade, ou, comme l'admet Mœbius, destruction près de ce noyau des faisceaux qui y aboutissent.

d) Tous les réflexes pupillaires sont conservés dans l'amaurose bilatérale d'origine corticale ou sous-corticale et dans l'hystérie, car l'arc réflexe reste intact. Ils sont tous abolis si l'amaurose bilatérale est d'origine périphérique, et aussi dans les lésions des deux oculo-moteurs communs.

Réflexe ou phénomène pupillaire de Giffort-Mingazzini. — Il s'agit d'un mouvement associé de l'orbiculaire. On invite le sujet à fermer énergiquement les yeux pendant qu'on lui maintient les paupières écartées. On voit alors la pupille se rétrécir et l'œil se porter le plus souvent en haut et en dehors. Cette réaction, fugace, est surtout prononcée lorsque la pupille est atteinte d'immobilité réflexe (tabes, paralysie générale, syphilis cérébrale). On l'observe aussi quelquefois chez les sujets sains.

Réflexe de Piltz. Il a été observé surtout dans la rigidité pupillaire du tabes. Après la fermeture énergique des paupières, on voit les pupilles rétrécies au moment de l'ouverture des yeux.

Il y a encore à signaler 1^o le réflexe paradoxal dans lequel la pupille se dilate à l'action de la lumière; il se rencontre chez certains malades qui ont perdu le réflexe à la lumière et sa signification patho-

logique est encore incertaine. 2° Le réflexe de O. Haab dû à l'attention et qui est un fait physiologique. 3° La réaction pupillaire hémianopique de Wernicke (voir chapitre XII).

§ 8. — Palpation de l'œil ; tonométrie.

On explore la tension intra-oculaire avec l'extrémité des deux index, comme on recherche la fluctuation, par pressions alternatives à travers la paupière supérieure, le sujet regardant un peu en bas pour qu'on agisse sur le sclérotique. En anesthésiant la conjonctive par la cocaïne, on pourra pratiquer la palpation directement sur le globe oculaire. On doit toujours comparer les deux yeux l'un avec l'autre. Si l'œil a une tension normale, il est fluctuant ; si la tension est accrue, l'œil est dur ; si elle est diminuée, la sensation de fluctuation est exagérée. Il n'existe aucun moyen exact d'évaluer rigoureusement le degré de tension de l'œil.

Les jeunes sujets sont en hypotonie ; les yeux séniles, avec sclérotique rigide, sont durs.

Il y a hypertonie dans le glaucome, l'iritis séreuse, le staphylome cornéen ; hypotonie, dans la phtisie du globe, dans la suppression de la chambre postérieure par synéchie totale de l'iris, dans la perte de l'humeur aqueuse ou de l'humeur vitrée, dans le décollement de la rétine.

CHAPITRE III

DETERMINATION DE L'ACUITÉ VISUELLE EXPLORATION DE LA CORNÉE AVEC LE DISQUE KÉRATOSCOPIQUE ET L'OPHTALMOMÈTRE

§ 1. — Détermination de l'acuité visuelle.

L'acuité visuelle, appelée aussi faculté isolatrice de la rétine ou sens des formes, est la propriété que possède l'œil de distin-

guer les objets les uns des autres et de reconnaître leur forme. Elle a son siège dans la fovea et elle dépend de la sensibilité de la rétine, de la netteté de l'image rétinienne, de l'éclairage général et de l'adaptation de l'œil à cet éclairage.

« Le degré de la vision doit être suffisant pour satisfaire aux multiples exigences du service militaire. L'aptitude au tir des armes à feu, la faculté de voir et de viser un but à une distance donnée est la première de ces exigences, surtout avec la longue portée actuelle des armes (Chauvel). »

La détermination de l'acuité visuelle est donc de la plus haute importance pour juger de l'aptitude au service militaire et aux différentes armes et constitue une des épreuves essentielles de l'exploration de l'œil.

D'après l'instruction du 31 janvier 1902 : 1° l'aptitude au service actif exige une acuité visuelle supérieure ou tout au moins égale à $1/2$ pour un œil et à $1/10$ pour l'autre œil, après correction, s'il y a lieu, par les verres sphériques ; 2° seront versés dans le service auxiliaire les jeunes gens qui ont une acuité visuelle comprise entre $1/2$ et $1/4$ de l'un des yeux et égale à $1/10$ au moins de l'autre œil, après correction, s'il y a lieu, par les verres sphériques.

Une acuité inférieure aux limites ci-dessus fixées confère l'exemption. Sera proposé pour la réforme tout homme dont l'acuité visuelle est inférieure à $1/2$ pour un œil et à $1/10$ pour l'autre œil, après correction, s'il y a lieu, par les verres sphériques.

(Dans la marine, d'après l'instruction du 8 avril 1901, l'acuité visuelle, pour les hommes de l'inscription maritime, ne doit pas être inférieure à $3/5$ pour l'un des yeux et $2/5$ pour l'autre œil sans correction. Pour les mousses et les engagés volontaires, la vue doit être complètement normale. Pour les hommes provenant du recrutement, les conditions sont celles de l'armée, sauf que la myopie ne doit pas dépasser 4 dioptries).

L'acuité visuelle se mesure à l'aide des échelles optométriques dont les modèles sont fort nombreux. Les unes, dont l'usage est généralement répandu, sont basées sur la mesure du plus petit angle visuel sous lequel deux objets peuvent être distingués l'un de l'autre et sont composées d'optotypes croissant d'une ligne à l'autre suivant une progression arithmétique ; le type est l'échelle de Snellen. On a admis, pour leur construction, que deux points pour être vus isolément devaient