

Grossmann a établi deux disques avec des verres à teintes multiples. Chaque disque est éclairé par transparence et la couleur du verre en épreuve se projette dans une glace. Le sujet doit manœuvrer l'un des disques et en assortir les couleurs à celles formées dans la glace par l'observateur avec l'autre disque. Des verres d'un gris neutre permettent d'atténuer la lumière pour déceler les cas de daltonisme léger qui échappent aux autres procédés.

A. Broca conseille le procédé suivant spécialement pour les employés des chemins de fer et les marins, dans le but de reconnaître la viciation du sens coloré lorsqu'elle est localisée à la partie centrale de la rétine. Un œil normal doit distinguer, à 6 kilomètres, la couleur d'un fanal à pétrole de 0^m30 de diamètre, lequel est vu sous un angle de $\frac{0^m30}{6.000} = \frac{1}{20.000}$. Si donc on perce, dans un écran, un trou de 1 dixième de millimètre éclairé par une lampe à pétrole placée derrière, ce trou devra être reconnu, avec sa couleur, à 2 mètres par un œil normal. Il suffit, par conséquent, de mettre une lampe à pétrole dans une lanterne close avec des diaphragmes munis de verres colorés en rouge, vert, et percés d'un orifice de 0^{mm}1, et de faire l'épreuve à 2 mètres dans une chambre noire.

La marine française fait usage d'un chromo-optomètre spécial.

Nous signalerons encore le chromatoptomètre de Chibret, Izarn et Colardeau qui est un excellent appareil pour explorer la sensibilité chromatique.

III. DÉTERMINATION DE L'ACUITÉ CHROMATIQUE. — Lorsqu'on a constaté la diminution de la sensibilité chromatique d'un œil, si l'on veut déterminer son acuité chromatique, on recherche soit quel est le plus petit index coloré reconnu à une distance déterminée, soit quelle est la plus grande distance à laquelle un index coloré de grandeur déterminée est encore vu coloré. Ces index sont en papier ou en étoffe, collés ou fixés sur du carton noir mat.

D'après Dor, on doit reconnaître à 5 mètres un index rond de papier rouge de 3 millim. de diamètre, vert de 2 millim., jaune de 2 mm. 5, bleu de 8 millim.; pour Weber, il suffit que les index jaune et bleu aient 5 millim.

Wolffberg a employé des index de ce genre pour la recherche simultanée de l'acuité visuelle. Il se sert de petits carrés en drap, l'un rouge

de 2 mm. de côté, l'autre bleu de 7 millim. collés sur fond de velours noir, qu'un œil normal voit avec leur couleur jusqu'à une distance de 5 mètres 50 à 6 mètres. Un carré blanc de un demi-millimètre est également vu à la même distance. Le sujet qui ne les reconnaît qu'à 3 mètres a une acuité de 3/6 ou 1/3. L'éclairage doit être excellent. L'abaissement de l'acuité pour le bleu, par exemple, indiquerait un trouble des milieux ou une affection photo-chimique rétinienne (chorio-rétinite, héméralopie, rétinite pigmentaire). Lorsqu'il existe une disproportion entre la distance de l'objet et l'acuité visuelle alléguée, il y aurait simulation. Ce procédé donne lieu à des erreurs et sa valeur est encore fort contestée.

Au point de vue de *l'aptitude au service militaire*, le daltonisme n'entraîne ni l'exemption, ni la réforme; toutefois les hommes à désigner pour le régiment de chemin de fer, pour les pontonniers et pour les télégraphistes doivent distinguer le vert du rouge.

CHAPITRE XII

EXAMEN DU CHAMP VISUEL

Le champ visuel sera exploré pour la vision monoculaire et pour la vision binoculaire.

§ 1. — Champ visuel monoculaire.

C'est l'étendue de l'espace d'où la rétine d'un œil, maintenu immobile et dirigé vers un point de fixation, peut recevoir l'image d'un objet, quelle que soit la distance de cet objet.

On doit l'explorer pour les impressions lumineuses simples et pour les couleurs.

L'étendue du champ visuel est importante à connaître, car c'est en conséquence de la vision indirecte qu'elle donne que l'homme

s'orienter, se défend instinctivement contre une attaque, un obstacle.

Au point de vue de *l'aptitude au service militaire*, la diminution et les troubles du champ visuel ne doivent pas être pris en considération isolément; l'affection causale, seule, détermine le jugement de l'expert; on ne classera dans la cavalerie que des sujets ayant un champ visuel normal.

L'étendue du champ visuel dépend de l'écartement des paupières, de la saillie du rebord orbitaire, de l'os jugal, du nez, de la saillie ou de l'enfoncement du globe oculaire, du diamètre de la pupille et surtout de l'étendue de la partie sensible de la rétine. Les limites, reportées sur les schémas spéciaux à cercles con-

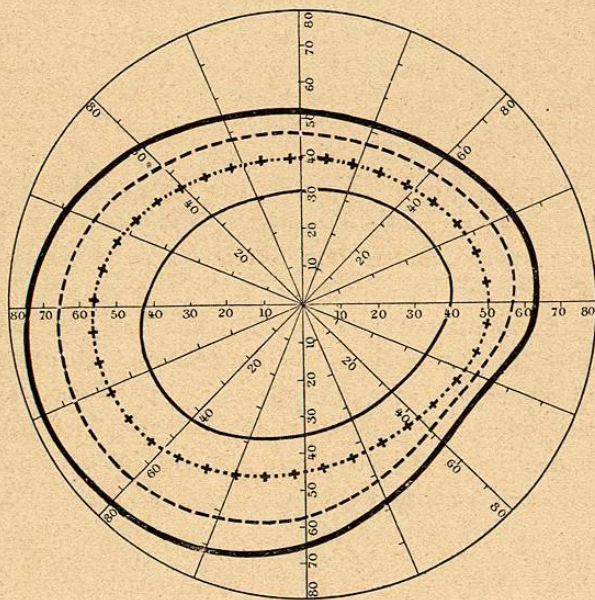


Fig. 35. — Forme du champ visuel pour le blanc et les couleurs (d'après Bordier).

centriques équidistants divisés de 10° en 10°, forment une courbe ovale à base externe, plus étendue en dehors, et à grand axe oblique en bas et en dehors (fig. 35).

Le champ visuel des couleurs est plus petit que le champ visuel

achromatique, mais avec des différences individuelles très marquées. La périmétrie des couleurs se limite, en général, à l'emploi du bleu, du rouge et du vert. La recherche se faisant toujours de la périphérie du champ visuel vers le centre, les couleurs sont perçues d'abord comme impressions lumineuses simples, avec variations pour chacune d'elles : ainsi le bleu est d'abord vu gris, puis gris jaunâtre, gris blanchâtre, bleuâtre et enfin bleu, etc. On ne doit donc inscrire le résultat que lorsque le sujet donne exactement le nom de la couleur expérimentée.

Les limites moyennes du champ visuel achromatique et chromatique sont les suivantes.

Directions	blanc	bleu	rouge	vert
En haut . . .	55°	50°	40°	30°
En dehors . . .	90°	80°	70°	60°
En bas . . .	65°	55°	45°	35 à 40°
En dedans . . .	60°	50°	40°	30 à 35°

L'exploration périmétrique amène une fatigue rapide de l'œil, aussi faut-il laisser reposer l'organe après l'examen de chaque couleur et parfois remettre une partie de la recherche à une séance ultérieure.

I. PROCÉDÉS DE MENSURATION DU CHAMP VISUEL MONOCULAIRE. —
1° *Périmètres et campimètres*. Ces instruments constituent les moyens de mensuration les plus précis. Le périmètre est circulaire, le campimètre est plan (celui de Wecker par exemple). Nous n'étudierons que la mensuration au périmètre de Maurice Perrin en usage à la clinique du Val-de-Grâce.

Périmètre de M. Perrin. Cet appareil représente un quart de cercle gradué de 0° à 90° de 5° en 5°, ayant 35 cent. de rayon, mobile autour d'un axe de la sphère et supporté par une tige verticale. Une aiguille mobile sur l'arc et autour du même axe indique sur un cadran gradué en degrés la position de cet arc dans ses divers mouvements de rotation.

Un index mobile, fixé sur une chaîne sans fin, court sur la face interne de l'arc de cercle à l'aide d'une manivelle placée derrière le cadran.

Le point de fixation est un disque blanc de 2 cent. de diamètre placé au 0 de l'arc. L'index mobile reçoit des petits disques de papier de mêmes dimensions qui, suivant la nature de la recherche, sont blancs ou colorés (bleu, rouge, vert).

Tout l'appareil est fixé sur l'une des extrémités d'une planchette ; à l'autre se trouve un support destiné à recevoir le menton de l'observé et qui peut se déplacer à droite ou à gauche suivant l'œil exploré.

Aux index en papier on peut substituer des index en étoffe mate qui sont préférables, s'altérant moins rapidement et étant moins brillants.

Lorsque l'appareil sera appliqué à la recherche des scotomes, on emploiera des index n'ayant pas plus de 2 mm. de diamètre ou de côté.

L'appareil est placé en face d'une fenêtre à laquelle le sujet tourne le dos. Soit l'exploration de l'œil droit : l'œil gauche est masqué avec un bandeau ou la main. Le sujet appuie le menton sur le support tourné vers la gauche, de telle sorte que l'œil droit occupe exactement le centre de la sphère et soit vis-à-vis du point de fixation. Il est invité à fixer bien exactement ce point pendant toute la durée de l'épreuve, et l'observateur placé derrière l'arc gradué, face au sujet, s'assure de la bonne direction et de l'immobilité de l'œil.

L'arc mobile est d'abord tourné en haut dans le méridien vertical. Sur le disque mobile, préalablement amené à l'extrémité de l'arc (à 90°), on dispose, à l'insu du sujet, l'index de la couleur à examiner. Ensuite à l'aide de la manivelle, on amène lentement et par petites saccades l'index mobile vers le centre ou point de fixation. Le sujet doit indiquer l'instant où il l'aperçoit et sa couleur. L'observateur relève le point exact où l'index est aperçu, s'il est blanc, et celui où la couleur vraie en est reconnue, s'il est coloré, et reporte la graduation sur le schéma spécial ; il a ainsi obtenu la limite supérieure du champ visuel dans le méridien vertical. La même opération est successivement répétée dans les autres méridiens, soit en tout quatre mensurations ; cependant si le champ visuel apparaît notablement altéré, il sera bon de relever aussi ses limites dans les quatre méridiens obliques.

Lorsqu'il y a des troubles des milieux ou de l'amblyopie, on fait la périmétrie avec la flamme d'une bougie.

Procédé de Schlæsser. Schlæsser applique, pour la périmétrie des couleurs, le procédé de *périmétrie binoculaire* conseillé par Hirschberger pour les strabiques. Le patient fixe mieux et la détermination des scotomes centraux pour les couleurs est plus facile. L'œil exploré est placé comme pour la recherche monoculaire et regarde le point de fixation que doit aussi fixer l'œil non exploré ; mais on prive ce dernier de son impression lumineuse en le faisant regarder à travers un verre coloré de forme triangulaire, à angles arrondis, de couleur complémentaire à celle explorée ; jaune si on explore le bleu, vert pour le rouge et inversement, ce qui donne à cet œil une vision incolore de l'index coloré.

2° *Examen du champ visuel avec le tableau noir.* Le sujet est placé à 25 ou 30 cent. du tableau ; l'œil non examiné est couvert, l'autre fixe, comme direction, une croix tracée à la craie blanche. Alors, l'extrémité d'une baguette portant un morceau de craie blanche est promenée sur le tableau de la périphérie vers le centre dans la direction des méridiens principaux ; le sujet indique le moment où il aperçoit le morceau de craie. On obtient ainsi une idée approximative du champ visuel, que l'on doit comparer à celui d'un œil normal tracé préalablement. Ce moyen est surtout bon pour la recherche des scotomes et de la tache de Mariotte.

On peut aussi faire la périmétrie sur une feuille de papier blanc placée à 10 cent. de l'œil, en employant un crayon comme index mobile et en traçant une petite croix comme index fixe.

3° *Mensuration avec les doigts.* — Moyen très approximatif qui rendra cependant des services dans les conseils de révision. L'observateur et l'observé s'assoient vis-à-vis l'un de l'autre, à 0^m50, fermant l'un l'œil droit, l'autre l'œil gauche, et fixant tous deux le bout de l'index d'une main de l'observateur placé à égale distance des deux yeux, soit à 0^m25, sur la ligne visuelle commune. L'observateur porte alors successivement l'index de l'autre main, toujours de la périphérie vers le centre, dans les quatre directions cardinales du plan de l'index de fixation, en le rapprochant peu à peu de ce dernier, tandis qu'il l'agite légèrement.

Un œil normal voit, dans ces conditions, l'index en dehors

jusqu'à la longueur du bras et dans les autres directions au moins jusqu'à sa demi-longueur.

4° *Procédé de Bastier*. — C'est aussi un moyen de fortune et d'approximation. Deux fils noirs de 0^m60 sont fixés par une extrémité sur le centre d'un demi-cercle gradué, comme par exemple le rapporteur d'une boîte de compas, que le sujet tient tout près et au-dessous de l'œil exploré. A l'extrémité libre de l'un des fils est une petite tige avec un index blanc qui sert de point de fixation. A l'extrémité de l'autre fil est fixé l'index mobile qui sert à faire la périmétrie. On relève sur le demi-cercle l'angle formé par le fil à la limite du méridien exploré. Le campimètre de Piton employé dans la marine est basé sur le même principe.

II. — ANOMALIES ET ALTÉRATIONS DU CHAMP VISUEL MONOCULAIRE

Le champ visuel peut présenter des lacunes ou scotomes et des rétrécissements.

1. SCOTOMES. — Ce sont des lacunes en forme d'îlots.

1° *Tache de Mariotte*. — Il existe dans l'œil un scotome normal, la tache de Mariotte, qui correspond à la papille et se trouve en dehors (à 15° ou 20°) et un peu au-dessous (3°) du point de fixation. On peut la rechercher avec le périmètre, à la condition d'incliner légèrement l'arc en bas et en se servant d'un index porté à l'extrémité d'une baguette. Elle a une étendue de 6° en moyenne.

Le meilleur moyen de recherche est l'emploi d'un tableau noir à 0^m50 ou 1 m. duquel on place le sujet. L'œil non exploré est couvert, l'autre fixe un point, et l'on fait mouvoir lentement un bout de craie tenu à la main, en venant de la périphérie vers le point de fixation ; on marque d'un trait l'endroit où le bout de craie disparaît et celui où il reparait. En explorant ainsi plusieurs parties des méridiens voisins, on arrive à dessiner exactement la tache ; on la trouve élargie dans le staphylome postérieur, la rétino-choroïdite, la papillite, la neurasthénie.

2° *Scotomes pathologiques*. — Les scotomes sont positifs ou négatifs.

Le scotome *positif* est celui qui est vu par le malade lui-même, sous la forme d'une tache (mouche) projetée extérieurement. Les causes

principales sont les altérations de la macula, de la rétine, de la choroïde, l'embolie ou la thrombose des branches des vaisseaux centraux. Une variété de scotome positif est le scotome optique qui est dû à des opacités des milieux (corps vitré, cristallin) interceptant les rayons visuels.

Ces scotomes apparaissent le mieux lorsque le sujet fixe une feuille de papier blanc à un faible éclairage.

Le scotome *négatif*, qui dépend d'un trouble fonctionnel des fibres maculaires du nerf optique (intoxications, tabac, alcool, névrite rétro-bulbaire), ne se reconnaît que par l'examen du champ visuel.

Le scotome est dit absolu ou relatif suivant que la perception lumineuse est abolie ou simplement diminuée à son niveau.

D'après la forme, on distingue les scotomes en : 1° scotome central (sur le point de fixation) ; 2° scotome péri-central ou annulaire (autour du point de fixation) ; 3° scotome paracentral (latéral relativement au point de fixation) ; 4° scotome périphérique ou excentrique.

Recherche des scotomes. — Le *scotome central* se recherche le mieux au tableau noir, à 0^m30 de distance par exemple, en prenant comme index un petit carton blanc ou coloré (bleu, rouge, vert) de 2 à 3 mm. de largeur sur 1 c. 1/2 de longueur, dont 1 centim. est pris dans la fente d'une baguette.

Roth conseille le moyen suivant : l'œil à explorer fixe l'œil de l'observateur ; on fait alors mouvoir un carré de papier de 2 à 3 millim. de côté dans diverses directions en le ramenant vers le point de fixation ; s'il est moins bien vu ou disparaît dans la ligne de fixation, il y a scotome central. On peut aussi rechercher le scotome pour les couleurs à l'aide d'index colorés de 3 à 5 millim. de côté que l'on masque d'abord avec l'extrémité de l'index. Pendant que le sujet fixe cette extrémité, on démasque brusquement, pour une seconde, le carré coloré que le patient doit dénommer immédiatement s'il n'y a pas de scotome.

On peut aussi employer une carte percée d'un petit trou circulaire de 5 mm. de diamètre que fixe le sujet placé à 0^m25 et dans lequel on fait passer des disques bleu, vert, rouge ; on demande le nom de la couleur, si le sujet répond gris, il y a scotome. On fait alors diriger le regard sur une croix noire ou blanche, située à 5 c. 1/2 environ en dehors du trou, soit à 15° du point de fixation, et on constate que la couleur est reconnue, ce qui

confirme le scotome central. Ribeiro a construit un chromatoscope d'après ce principe.

Dans les cas très légers, on emploiera des index très petits, de 2 à 3 millim. et de couleurs très claires.

Les scotomes paracentraux, annulaires, périphériques se rechercheront au périmètre.

Le scotome central gêne la vision directe (acuité visuelle, mais peu la vision indirecte (orientation). Un scotome paracentral dans la moitié droite rend difficile ou impossible la lecture courante; s'il est dans la moitié gauche, le sujet a de la peine à trouver le commencement des lignes.

Sous le nom de *scotome scintillant*, on désigne un trouble visuel fugace, consistant en sensations lumineuses entoptiques passagères, centrales ou périphériques (nuage scintillant ou éclairé de diverses couleurs); il coexiste fréquemment avec la migraine ophtalmique.

II. RÉTRÉCISSEMENT DU CHAMP VISUEL. — Le rétrécissement est soit régulier, soit irrégulier. Le rétrécissement régulier, concentrique ou non, et qui peut porter plus sur un des méridiens que sur les autres, s'observe surtout dans les affections du nerf optique, du chiasma, des bandelettes optiques et des noyaux d'origine, dans la rétinite pigmentaire, dans l'hystérie.

Le champ visuel irrégulier (en lacunes pénétrantes, secteurs angulaires, parfois en zigzag) s'observe surtout dans les maladies des membranes profondes, dans le décollement, le glaucome, l'embolie ou la thrombose d'une branche des vaisseaux centraux, dans le colobome choroïdien, parfois dans la névrite optique. Les lacunes symétriques du champ visuel des deux yeux sont le plus souvent occasionnées par une lésion des voies ou des centres optiques.

Suivant sa forme, on dit que le rétrécissement est annulaire ou concentrique, segmentaire, semi-annulaire, sectoral, bilatéral, hémianopsique.

Particularités. Dans les affections choroïdiennes, les limites externes pour le bleu sont souvent plus étroites que pour le rouge et il y a aussi des scotomes qui n'existent pas pour le rouge. Dans le décollement,

la diminution sectorale est plus grande pour le rouge. Dans le glaucome, le rétrécissement est irrégulier et commence par le côté nasal pour s'accroître ensuite vers le côté temporal. Dans les affections neuroptiques, la disproportion trop grande entre le champ visuel pour le blanc et celui des couleurs est d'un pronostic grave pour la vision. Dans la papillite par stase, le champ visuel est peu rétréci et l'acuité visuelle peu diminuée, tandis que dans la papillite inflammatoire, l'acuité est très abaissée, le champ visuel très rétréci, parfois même le champ des couleurs a disparu. Dans l'atrophie optique, le rétrécissement est tantôt régulièrement concentrique, tantôt irrégulier, en secteurs, toujours plus marqué pour les couleurs, surtout pour le vert. Dans la névrite rétro-bulbaire accentuée, le champ visuel est le plus souvent réduit à un segment en croissant périphérique dépendant de l'étendue du scotome central ovalaire (intoxications, par exemple).

Le champ visuel est influencé à un haut degré par l'état général, (fatigue générale, fatigue de la rétine, convalescence des maladies graves), et il en résulte un rétrécissement concentrique qui s'accroît brusquement si l'examen se prolonge (champ visuel oscillant); les scotomes changent de place et de grandeur (d'après Oppenheim ce signe s'observerait spécialement dans la syphilis cérébrale).

Les courants continus ascendants (pôle positif sur l'œil) agrandissent le champ visuel; les courants descendants le rétrécissent.

Hystérie. Dans l'hystérie, il existe, en général, un haut degré de rétrécissement concentrique présentant, comme caractéristique, un désordre complet dans la répartition du blanc et des couleurs (Pansier). Le rétrécissement peut être inégal sur les deux yeux et non proportionnellement pour les divers cercles colorés, une couleur étant parfois plus intéressée que les autres. Il est parfois cependant agrandi pour les couleurs chez les hystériques non amblyopes. On observe également dans certains cas l'inversion des couleurs (Charcot); dans un type, le blanc est à la périphérie avec cercles de couleurs tangents ou intervertis, dans un autre type, le rouge ou le bleu, exceptionnellement le vert, est à la périphérie, le blanc étant concentrique. Le rétrécissement pour le bleu est fréquent et, s'il est considérable, constitue un bon signe. S'il y a hypoesthésie hémilatérale, le champ visuel est plus rétréci du côté anesthésié.

Dans l'hystérie traumatique, le champ visuel reste assez souvent normal.

Dans les névroses diverses, on peut observer le champ visuel de

Förster : l'étendue en est plus petite lorsqu'on fait la recherche du centre à la périphérie que dans la recherche de la périphérie au centre ; ces sujets se fatiguent rapidement et les résultats se modifient d'une épreuve à l'autre.

On a noté parfois les interversions du champ visuel dans la syphilis cérébrale et dans l'apoplexie hémiplegique.

§ 2. — Champ visuel binoculaire ou total.

C'est toute la portion de l'espace dont on peut recevoir une impression lumineuse les deux yeux étant ouverts et le regard fixe. Il comprend une portion centrale, commune aux deux yeux, et deux portions temporales, distinctes pour chaque œil. Il mesure 180° environ, dont 50° de chaque côté du point de fixation pour la portion commune.

On peut le déterminer au périmètre, et cette détermination est intéressante en cas de soupçon de simulation de cécité unilatérale ; normalement, il est aussi étendu du côté temporal qu'il l'est pour chaque œil isolément examiné. Pendant l'épreuve, le sujet fixe le 0 avec les deux yeux.

Pour reconnaître si la vision binoculaire est intacte, tout au moins dans sa portion centrale, il suffit d'interposer un crayon ou une règle entre une page d'imprimerie et les deux yeux ; le sujet doit lire toutes les lettres, si elle est intacte. Ou bien encore, on fait lire avec un verre rouge sur un œil et un verre vert sur l'autre des lettres rouges et vertes sur fond noir (épreuve de Stilling) et chaque œil ne voit que les lettres de la couleur du verre dont il est muni ; au contraire, si les lettres sont sur fond blanc, le sujet ne voit que les lettres de la couleur contraire (V. chap. XVI).

Hémianopsie. L'hémianopsie est le défaut de perception lumineuse dans une moitié du champ visuel binoculaire. Elle peut ne porter que sur la perception des couleurs.

D'après la situation de la portion aveugle de la rétine, on distingue 1° l'hémianopsie horizontale, homonyme ou hétéronyme, 2° l'hémianopsie verticale, supérieure ou inférieure.

L'hémianopsie horizontale ou latérale est dite *homonyme* lorsque

ce sont les deux moitiés latérales de même nom de la rétine qui sont aveugles (moitiés droites ou bien moitiés gauches). Elle est dite *hétéronyme* lorsque la cécité frappe les deux moitiés de nom opposé, par exemple la moitié droite de l'œil gauche et la moitié gauche de l'œil droit. L'hémianopsie verticale est dite supérieure lorsque ce sont les deux moitiés supérieures de chaque rétine qui sont aveugles ; — inférieure, si ce sont les deux moitiés inférieures. On décrit aussi une hémianopsie segmentaire, par quadrants, lorsqu'elle est limitée à un segment polygonal du champ visuel.

En règle générale, la ligne de séparation du champ visuel de la partie aveugle et de la partie voyante ne coïncide pas tout à fait exactement avec le méridien vertical (H. horizontale) ou avec le méridien horizontal (H. verticale), mais empiète un peu sur le point de fixation, c'est-à-dire que le point de fixation est dans la moitié voyante.

L'hémianopsie est produite par des lésions du chiasma, des bandelettes optiques ou des centres nerveux visuels. La pathogénie s'explique par les relations anatomiques de la rétine avec le système nerveux central, par la demi-décussation des fibres optiques dans le chiasma et par la situation des centres visuels (v. fig. 18). La bandelette optique du côté droit contient les fibres nerveuses provenant de la moitié droite de chaque rétine ; celle du côté gauche, les fibres de la moitié gauche de chaque rétine ; on voit donc que les fibres des moitiés temporales ne sont pas croisées dans le chiasma. De la bandelette optique quelques fibres se rendent au noyau irido-constricteur de l'OMC, à travers le tubercule quadrijumeau antérieur et le pulvinar, mais la plupart aboutissent au centre visuel cortical du lobe occipital du même côté, en passant par le corps genouillé externe et par la partie postérieure de la capsule interne ; ce centre visuel se trouvant dans la partie corticale de la scissure calcarine (Henschen), chaque œil voit donc à gauche avec la moitié droite des rétines et le centre visuel du côté droit, et à droite avec la moitié gauche des rétines et le centre visuel gauche. Les fibres venant de la région maculaire (vision centrale) se termineraient sur la partie postérieure du fond de la scissure calcarine ; cependant pour Monakow et Bernheimer elles se termineraient sur toute la partie médiane du lobe occipital après avoir traversé, au départ de la bandelette, le corps genouillé externe.

1° *Hémianopsie horizontale homonyme.* — Elle peut être soit latérale droite, soit latérale gauche, suivant que ce sont les moitiés droites ou les moitiés gauches du champ visuel qui sont supprimées.