

Donnent une hémianopsie homonyme du côté opposé à leur siège (par exemple dans le champ visuel gauche si elles sont à droite), les lésions suivantes : destruction d'une bandelette optique, ou du corps genouillé externe, ou des radiations optiques dans la partie postérieure de la capsule interne, ou enfin du centre visuel cortical. Comme causes les plus fréquentes, on trouve le ramollissement, les tumeurs, les hémorragies, les gommages, les tubercules, les exsudats méningitiques, les traumatismes. Les lésions du chiasma ne produisent que des scotomes ou lacunes symétriques ou de l'hémianopsie hétéronyme.

Dans l'hémianopsie homonyme, le malade se plaint seulement de l'œil dont la moitié temporale du champ visuel fait défaut, c'est-à-dire, du côté opposé à la lésion. L'hémianopsie homonyme latérale droite gêne plus la lecture et l'écriture que la gauche ; cette dernière rend pénible le passage d'une ligne à l'autre. Lorsque le champ visuel de la partie rétinienne voyante est rétréci, il faut admettre une complication sur les voies optiques de l'autre côté, et alors l'acuité visuelle est toujours abaissée.

L'hémianopsie par lésion des bandelettes optiques se caractérise par le mode de développement, la marche de l'affection et la réaction pupillaire. Due le plus souvent à une tumeur de la base ou du lobe temporal, elle a un développement habituellement progressif, se complique exceptionnellement de paralysie des membres, plus souvent de paralysie des muscles de l'œil ou du facial. Lorsque la lumière frappe la moitié aveugle de la rétine, la réaction pupillaire directe manque, car les fibres qui vont au noyau de l'OMC, comprises dans la bandelette, sont également altérées (c'est la réaction de Wernicke). Les malades auraient conscience de leur hémianopsie (Dufour).

Dans l'hémianopsie par lésion du corps genouillé externe, de la partie postérieure de la couche optique ou pulvinar, les malades ont, comme pour la précédente, conscience de l'hémi-cécité rétinienne ; il y a assez souvent hémiplégié motrice, parfois hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle, des troubles choréiformes, etc. La réaction pupillaire manque assez fréquemment.

Dans l'hémianopsie d'origine corticale ou sous-corticale, les malades n'ont pas toujours conscience de leur hémi-cécité ; il y a assez souvent concomitance d'hémiplégié motrice, de monoplégies, de troubles de la parole (si l'hémianopsie est latérale droite), de cécité verbale et mentale. Si, avec l'hémianopsie, il existe de l'hémianesthésie et de l'hémiplégié croisées, on songera à une lésion des radiations optiques dans la partie postérieure de la capsule interne.

*Réaction pupillaire de Wernicke.* — Cette réaction a pour but, avons-nous dit, de discerner une hémianopsie par lésion des bandelettes d'une hémianopsie par lésion des radiations optiques et du centre visuel, et elle est basée sur le fait anatomique de la présence ou de l'absence dans la région lésée des fibres allant au noyau irido-constricteur de l'OMC.

L'épreuve se pratique dans la chambre obscure, en opérant comme il suit (Schmidt-Rimpler) : on doit chercher à obtenir la formation d'une image aussi petite que possible sur la partie de la rétine explorée pour éviter les irradiations lumineuses sur la partie encore sensible. L'œil non observé est couvert avec un bandeau ; l'œil exploré regarde au loin et un peu de côté, évitant toute fixation, toute convergence et toute accommodation. On envoie, latéralement, la lumière sur la partie rétinienne à explorer, à l'aide d'un miroir concave et d'une lentille convexe combinés pour donner la plus petite image possible. Un aide examine comment se comporte la pupille suivant que la lumière tombe sur la partie aveugle ou sur la partie sensible. Si la pupille reste immobile, lorsque l'image lumineuse se fait sur la portion sensible de la rétine, c'est que la lésion siège sur la bandelette optique, du chiasma au corps genouillé externe exclusivement ; si elle se rétrécit, la lésion siège sur le corps genouillé externe (?) sur le pulvinar, sur les radiations optiques ou sur le centre visuel (Henschen).

Cette épreuve donne des renseignements généralement exacts, mais il y a des exceptions encore mal expliquées, en particulier pour les lésions des corps genouillés externes et du pulvinar.

L'hémianopsie hystérique se comporte, naturellement, comme une hémianopsie de cause corticale et s'observe plus fréquemment sur la moitié gauche des rétines.

2° *Hémianopsie hétéronyme.* — La suppression du champ visuel porte sur la moitié droite d'un œil et sur la moitié gauche de l'autre œil ; l'hémianopsie est donc soit nasale, soit le plus fréquemment temporale. Elle ne peut être produite que par une lésion du chiasma et s'observe surtout dans la jeunesse et l'âge moyen de la vie, tandis que l'hémianopsie homonyme est l'apanage de l'âge mûr et des vieillards. Les cas types sont rares, car les scotomes hétéronymes sont généralement

irréguliers et ont de la tendance à se transformer en amblyopie. Les processus qui évoluent à la base du crâne ou sur la couche inférieure du chiasma et vers l'angle antérieur de celui-ci lésent presque exclusivement les fibres croisées et produisent l'hémianopsie temporale. Les lésions de l'angle postérieur du chiasma donnent une hémianopsie temporale avec scotome central, car les fibres du faisceau papillo-maculaire sont alors atteintes en même temps que les fibres croisées. Il y a souvent concomitance d'anosmie, de diplopie, d'atrophie optique, de paralysie faciale.

Lésions causales habituelles : hypertrophie de la glande pituitaire (acromégalie), tumeurs et lésions de la selle turcique et du sinus caverneux, affections des sinus frontaux, sphénoïdaux, syphilis, etc.

Les cas d'hémianopsie hétéronyme nasale sont tout à fait exceptionnels et discutables, car ils exigent une lésion simultanée des fibres directes des deux angles latéraux du chiasma ; ce sont plutôt des scotomes irréguliers.

3° *Hémianopsie verticale supérieure ou inférieure.* — La pathogénie en est encore très discutée. On l'observe surtout dans les lésions des corps genouillés externes, des radiations optiques et de la scissure calcarine.

### § 3. — Diplopie monoculaire.

Il s'agit d'une altération de la vision ayant sa source soit dans l'œil lui-même, soit dans le système nerveux.

1° *Diplopie d'origine oculaire.* — On peut l'observer dans certaines altérations de la cornée (taies, cornée conique, astigmatisme irrégulier, ptérygion), ou de l'iris (polycorie ou pupilles multiples, synéchies divisant la pupille en deux). Elle est plus fréquemment d'origine cristallinienne (modifications du début de la cataracte, troubles de l'accommodation entraînant une différence de réfraction des trois secteurs du cristallin). Parfois elle est d'origine rétinienne après le redressement du strabisme. On l'a signalée aussi dans la myopie, l'hypermétropie (très probablement par spasme de l'accommodation), dans les corps étrangers de l'humeur vitrée.

2° *Diplopie d'origine nerveuse.* — Une des causes les plus fréquentes est l'hystérie qui agirait par le spasme ciliaire (Parinaud) ou par la perversion du sens visuel central (Lagrange). Lorsque le sujet fixe un petit objet qu'on éloigne progressivement, il voit deux images dont

l'écartement s'accroît avec l'éloignement. — L'ataxie locomotrice, certains traumatismes cérébraux agissant sur les centres visuels, dont ils empêchent le fonctionnement simultané, occasionnent aussi parfois la diplopie monoculaire.

Le trou sténopéique fait disparaître la diplopie d'origine oculaire, mais non point celle d'origine nerveuse.

## CHAPITRE XIII

### EXAMEN DES MUSCLES DE L'ŒIL — STRABISME — PARALYSIES ET OPHTALMOPLÉGIES — NYSTAGMUS

#### § 1. — Exploration des mouvements. Du strabisme en général.

Les troubles des mouvements associés ou des mouvements de convergence des yeux se traduisent par le strabisme.

Le strabisme est, d'après la définition de Javal, une déviation du regard par suite de laquelle pendant qu'un œil fixe un certain point, son congénère est dirigé vers un autre point de l'espace ; les deux lignes de regard ne se croisent plus au point de fixation et il n'y a pas de vision binoculaire.

On distingue deux sortes de strabisme : 1° le strabisme vrai, fonctionnel ou concomitant, dû à un défaut de l'innervation ;

2° Le strabisme paralytique, dû à la paralysie d'un ou de plusieurs muscles de l'œil.

Suivant la direction de la ligne de regard déviée, le strabisme est dit convergent, divergent, oblique, supérieur ou inférieur.

L'examen doit porter sur les mouvements associés et ensuite sur le mouvement isolé de chaque muscle.

I. EXPLORATION DES MOUVEMENTS ASSOCIÉS. — Les yeux sont d'abord examinés dans la position dite primaire, la tête bien verticale, le regard dirigé au loin. S'il y a strabisme, les lignes du regard ne sont généralement pas parallèles, comme elles doivent l'être à l'état normal. Mais il faut être en garde contre ce qu'on désigne sous le nom de *faux strabisme*, *strabisme apparent*, convergent ou divergent, qui est dû à la présence d'un angle  $\alpha$  positif