

## CHAPITRE XIV

## AMBLYOPIES ET AMAUROSSES — DE L'AMBLYOPIE ET DE LA CÉCITÉ AU POINT DE VUE MILITAIRE

On donne le nom d'amblyopie à la diminution de l'acuité visuelle et celui d'amaurose à la suppression totale de la vision de l'un ou des deux yeux, lorsque ces deux états ne peuvent être rattachés à une lésion de l'appareil nerveux optique appréciable à l'ophtalmoscope.

Nous les diviserons d'après leurs causes en 1° amblyopies et amauroses toxiques et infectieuses, 2° amblyopies et amauroses traumatiques et réflexes; 3° amblyopie et amauroses fonctionnelles, 4° amaurose par affections endo-crâniennes.

Dans toute amblyopie, on doit explorer l'acuité visuelle, les réactions pupillaires, le champ visuel, le sens des couleurs et, éventuellement, le sens lumineux.

## § 1. — Amblyopies et amauroses toxiques et infectieuses.

Presque toujours bilatérales, elles sont produites par des intoxications ou par des infections soit exogènes, soit endogènes. Nous classerons, à côté d'elles, les amblyopies et les amauroses dues aux troubles de la nutrition.

La plupart des amblyopies toxiques sont le résultat de névrites rétro-bulbaires dont les signes ophtalmoscopiques (décoloration surtout prononcée sur le segment temporal de la papille) apparaissent tardivement; pour quelques-unes, le poison agit sur la rétine ou sur les centres nerveux. Causes les plus communes: alcool, tabac, plomb, sulfure de carbone, quinine, acide salicylique et salicylates, arsenic, iodoforme, ac. osmique, opium, haschisch, extrait étheré de fougère mâle, morsure des serpents, diabète, urémie.

Avec Uhthoff on peut les diviser en deux groupes. Le premier groupe se caractérise par un scotome central avec intégrité de la

périphérie du champ visuel; il comprend les intoxications par l'alcool, le tabac, le sulfure de carbone, l'arsenic, l'iodoforme, le diabète sucré. Le second groupe est caractérisé par un rétrécissement du champ visuel; on y range les intoxications par la quinine, l'acide salicylique, la fougère mâle et la pelletière; Nuel et Druault admettent que l'amblyopie due à ces deux dernières substances, ou amblyopie filicique, est occasionnée par une névrite optique parenchymateuse.

Nous ne décrivons que les principaux types de ces amblyopies et amauroses :

1° *L'amblyopie nicotinique et l'amblyopie alcoolique* coexistent dans la plupart des cas. On observe une forme aiguë et une forme chronique.

La forme aiguë apparaît brusquement, de préférence chez les fumeurs ou chez les alcooliques invétérés, à la suite d'un excès de tabac ou de boisson, par la formation d'un scotome central. La forme chronique est la plus fréquente: l'abaissement de l'acuité visuelle s'établit lentement par l'apparition progressive d'un scotome central négatif, d'abord relatif, puis absolu pour le blanc et les couleurs. Le scotome débute le plus souvent par un agrandissement de la tache de Mariotte (de Lapersonne). Le sujet voit mieux le soir, car la lumière vive est mal tolérée. Ultérieurement apparaît l'atrophie du segment temporal ou papillomaculaire de la papille (névrite rétro-bulbaire). Panas a observé plusieurs cas d'amblyopie alcoolico-nicotinique aiguë pendant le siège de Paris; Santos Fernandez en a aussi observé d'assez nombreux sur les troupes en campagne à Cuba. Cette amblyopie est curable.

2° *L'amblyopie par le sulfure de carbone* est caractérisée par le rétrécissement concentrique du champ visuel; il y a souvent de la dyschromatopsie, parfois un scotome central, et de l'atrophie de la moitié temporale de la papille.

3° *L'amblyopie et l'amaurose par intoxication quinique*, consécutives à l'absorption de très fortes doses de ce médicament (2 à 3 gr. au moins), sont dues à une dégénérescence des cellules de la couche ganglionnaire de la rétine suivie de la dégénérescence du nerf optique (Druault); le rétrécissement concentrique du

devient bilatérale, mais il y a plus fréquemment alors amaurose d'un côté et amblyopie de l'autre. On observe concomitamment, dans certains cas, du strabisme, des paralysies associées, de la polyopie monoculaire, de la micropsie ou de la macropsie; on peut aussi produire le phénomène du transfert. Les réflexes pupillaires sont conservés, alors même qu'il y a cécité absolue, l'amaurose se comportant comme si elle était de cause cérébrale.

L'amaurose peut s'établir d'emblée après un traumatisme. Binoculaire, elle est en général passagère, quoique pouvant persister des mois et même plus d'une année. Nous en observons un cas qui date déjà de dix mois. Oppenheim a relaté un cas d'amaurose bilatérale qui dura 1 an 1/2 et rechuta ensuite treize fois dans les dix années qui suivirent. Harlan a cité un cas qui persista dix ans. Dupuy-Dutemps a rapporté un cas datant déjà de quatre ans.

L'amblyopie et l'amaurose hystériques sont très déconcertantes au point de vue médico-légal, car, ainsi que l'a fait remarquer Pansier et que nous avons pu le constater, ces hystériques se comportent comme de parfaits simulateurs, surtout si la manifestation est unilatérale. En effet, un œil hystérique, amblyope ou aveugle dans la vision monoculaire, peut y voir et fonctionner normalement dans la vision binoculaire et particulièrement dans la vision stéréoscopique: il lira, par exemple, toutes les lettres de la boîte de Chauvel, mais il sera troublé par l'interposition d'un prisme (v. chap. XVI). C'est que l'intellect ne perçoit pas toutes les impressions cérébrales; on peut invoquer l'automatisme psychologique de Grasset. On devra tenir grand compte, pour se faire une opinion exacte, de l'attitude du malade, de l'hésitation des réponses, de la non-concordance des différentes épreuves, etc.

4° *Amblyopie par neurasthénie.* — Elle s'observe surtout de l'âge de la puberté à 25 ans; elle est toujours bilatérale. Les troubles visuels se développent progressivement. L'acuité est très diminuée, le champ visuel est rarement rétréci, mais présente le phénomène du champ visuel oscillant (page 203) par fatigue probable de l'attention du sujet; on observe souvent un élargis-

sement de la tache de Mariotte, des troubles asthénopiques et de l'insuffisance des muscles droits internes, du tremblement des paupières par contractions fugaces de l'orbiculaire (signe de Rosenbach).

#### § 4. — Amauroses par affections intra-crâniennes.

L'amaurose unilatérale est habituellement due, en dehors de l'hystérie, à une interruption complète des fibres optiques entre le globe oculaire et le chiasma; exceptionnellement, elle peut être causée par des lésions bilatérales du cerveau ou des couches optiques. Si elle s'accompagne d'amblyopie de l'autre œil, elle indique soit une affection ou une compression du chiasma, soit un foyer morbide dans la partie postérieure de la capsule interne du côté opposé à l'œil amaurotique, soit enfin l'hystérie.

L'amaurose bilatérale de cause cérébrale est produite soit par un ramollissement siégeant dans les deux lobes occipitaux, soit par l'hystérie. Nous avons vu qu'on pouvait l'observer dans le paludisme, dans l'urémie et dans les maladies infectieuses.

#### § 5. — De la cécité et de l'amblyopie au point de vue militaire.

Le médecin militaire est appelé à se prononcer sur la cécité soit à propos de malades ayant perdu la vue à la suite d'une blessure ou d'une maladie contractée à l'occasion du service (lois des 11 et 18 avril 1831, voir appendice), soit lorsqu'il s'agit de la dispense à conférer à titre de chefs de famille à des jeunes gens, en raison de l'impotence de certains de leurs parents atteints de cécité ou d'infirmités incurables (loi du 15 juillet 1889, art. 21).

Quand doit-on admettre qu'il y a cécité ou perte totale de la vision, au point de vue médico-légal, pour une pension de retraite ou pour une dispense?

Scientifiquement, dans l'acception rigoureuse du mot, un œil est aveugle lorsqu'il ne distingue plus le clair de l'obscur, que toute impression lumineuse a disparu. En pratique, l'interpréta-

tion du mot cécité doit être, selon nous, moins rigoureuse, moins stricte, plus humaine, et l'on considérera comme aveugle un œil qui ne perçoit plus que les différences du clair et de l'obscur, qui a perdu toute acuité visuelle et n'a plus aucune perception des objets extérieurs.

Un malade ainsi atteint sur les deux yeux est un véritable aveugle, il a perdu la vue, puisqu'il se trouve dans l'impossibilité absolue de se conduire sans un guide et de se livrer à un travail quelconque ; malgré la persistance éventuelle du sens lumineux, comme toute acuité visuelle a disparu, il n'en est pas moins frappé de cécité. On doit donc lui appliquer, à notre avis, les dispositions de la classification des blessures et infirmités ouvrant des droits à la pension, édictées pour la première classe de l'échelle de gravité « cécité ou perte totale et irrémédiable de la vue. »

La perte totale de la vue doit être irrémédiable. Il s'ensuit donc que le bénéfice de ces prescriptions relatives à la première classe ne saurait être étendu à un sujet atteint d'une cataracte bilatérale, totale, consécutive à un traumatisme ou à une maladie contractée à l'occasion du service, si, le sens lumineux étant conservé, une intervention est susceptible de rendre au malade un certain degré de vision ; mais si le sens lumineux est aboli ou bien si toute opération est jugée contre-indiquée d'une manière absolue et définitive, le malade étant alors atteint de cécité irrémédiable, le cas devra être rangé, à notre avis, dans la première classe de l'échelle de gravité.

Pour l'application des prescriptions relatives aux numéros 20 et 21 de la cinquième classe et 51 de la sixième classe, les expressions, perte complète de la vision, perte de la vue, abolition complète de la vision, d'un côté, seront interprétées, en ce qui concerne l'unilatéralité de la cécité, d'après les considérations précédentes. Il est toujours nécessaire, bien entendu, que la lésion soit reconnue comme incurable, ce qui élimine en particulier toutes les amblyopies et amauroses hystéro-traumatiques uni ou bilatérales.

Les amblyopies et autres affections des yeux incompatibles avec le service militaire, dont l'origine peut être attribuée au service et qui ne sont pas susceptibles d'être rangées dans l'échelle

de la classification des blessures ou infirmités ouvrant des droits à la pension de retraite (v. appendice), feront l'objet de propositions pour la réforme n° 1 avec gratification, s'il y a lieu.

En ce qui concerne les opérations des conseils de révision, les comptes rendus sur le recrutement de l'armée donnent, de 1891 à 1900, une moyenne annuelle de 102.7 exemptions pour perte complète de la vue par maladie ou de naissance, et de 31.9 par accident, sur 323,831 appelés au tirage au sort, soit une proportion totale de 4,15 aveugles pour 10.000 hommes. Quant à la cécité unilatérale, la moyenne annuelle est de 1368 cas, soit 42.2 pour 10.000 hommes.

Au point de vue civil, purement professionnel, la définition de la cécité proposée par les ophtalmologues diffère sensiblement de celle que nous avons admise ci-dessus, et cela surtout en raison de l'application de la loi sur les accidents du travail. Il y a quelques années, Fuchs (de Vienne) admettait qu'il y a cécité lorsque les doigts ne peuvent plus être comptés à un mètre, c'est-à-dire lorsque l'acuité descend au-dessous de  $1/50$  ; Schmidt-Rimpler et Magnus, plus rigoureux, considéraient comme aveugles les sujets qui ne peuvent plus compter les doigts qu'à trente-trois centimètres. Les tendances actuelles, n'envisageant que le côté strictement professionnel, social, sont en faveur d'une interprétation plus large de l'expression cécité. Grænow admet que celui à qui il ne reste plus que 0,15 de l'acuité visuelle normale a perdu toute acuité visuelle professionnelle et peut tout juste se conduire. Dans sa thèse (Paris, 1901) sur les accidents du travail concernant l'appareil de la vision, Gorecki conclut de ses recherches que en dessous de 0,15 à 0,10 de la normale, c'est-à-dire lorsque il a perdu  $6/7$  de sa vision environ, l'œil n'est plus apte à être utilisé pour un travail rémunérateur. Truc et Trousseau, dans leur rapport sur la cécité et les aveugles, lu au congrès de 1902 de la Société française d'ophtalmologie, ont admis que tout sujet qui n'a pas assez de vue d'une façon définitive pour travailler avec ses yeux, c'est-à-dire, quand la vision, d'une façon réputée incurable, est nulle, simplement quantitative ou inférieure à  $1/10$ , est aveugle au point de vue social ou professionnel.

En somme, cette question de la cécité professionnelle est loin d'être résolue, mais il semble excessif de faire commencer la cécité avec  $1/12$  d'acuité visuelle ; on rencontre bon nombre de sujets, qui, avec une acuité de  $1/20$  et de  $1/25$ , exercent des professions fort rémunératrices.

Au point de vue de l'application des lois des 11 et 18 avril 1831, il n'y a pas lieu de tenir compte des considérations précédentes, qui ont été données à titre simplement documentaire.

## CHAPITRE XV

### RELATIONS DES MALADIES DES YEUX AVEC LES AUTRES MALADIES

Les relations des maladies des yeux avec les autres maladies forment un chapitre d'étiologie générale dont la connaissance est des plus importantes pour le médecin militaire, non seulement sous le rapport d'un pronostic à porter ou d'un traitement à instituer, mais aussi et surtout pour lui permettre de se prononcer sur l'origine, souvent litigieuse, d'une affection oculaire en vue d'une réforme ou d'une pension de retraite.

Cette étude sera faite, aussi sommairement que possible, d'après la division suivante : 1° Relations avec les maladies générales; 2° Relations avec les maladies des principaux appareils et organes. Les principaux ouvrages sur l'ensemble de cette question sont ceux de E. Berger, en France, Knies, Schmidt-Rimpler, Eversbusch, à l'étranger.

#### I. — RELATIONS DES MALADIES DES YEUX AVEC LES PRINCIPALES MALADIES GÉNÉRALES

Nous examinerons ces relations avec les maladies infectieuses, toxiques et parasitaires, et avec les affections par troubles de la nutrition.

##### § 1. — Relations avec les maladies infectieuses.

Les maladies infectieuses aiguës et chroniques peuvent produire des affections des yeux par infection primitive ou par in-

fection secondaire; elles peuvent aussi aggraver une affection oculaire existante. On observe assez fréquemment dans la convalescence des maladies infectieuses graves de la parésie de l'accommodation parfois liée avec une amblyopie sine materiâ. C'est surtout par la cornée que les exanthèmes aigus menacent la vue.

1° *Rougeole*. — Au début, il y a souvent de la photophobie, du larmolement, du blépharospasme, un peu de catarrhe conjonctival; lors de l'apparition de l'exanthème, on voit quelquefois une éruption de taches rubéoliques le long du bord ciliaire de la conjonctive, particulièrement sur la paupière inférieure. On observe également des phlyctènes marginales de la cornée, suivies ou non d'ulcérations, de la kératite exanthématique ponctuée superficielle (Trantas), du catarrhe des voies lacrymales. On a signalé également la choroidite plastique, l'amaurose transitoire par cause cérébrale, peut-être urémique, ou permanente et alors presque toujours due à une névrite optique, des paralysies musculaires, en particulier, la paralysie du muscle droit externe surtout s'il y a méningite; notre collègue Simonin a publié un cas de ptosis et de paralysie bilatérale des muscles droits externes qu'il a attribués à une névrite.

2° *Scarlatine*. — La conjonctivite est rare. On a observé, comme complications, la diphtérie oculaire, la kératite avec ulcère à marche rapide, l'amblyopie et l'amaurose très probablement d'origine urémique et guérissant généralement, la rétinite en cas d'albuminurie, exceptionnellement de la névrite optique et des paralysies des muscles de l'œil.

3° *Variole*. — Elle menace la vue de dangers plus grands que les autres fièvres éruptives. On peut voir se développer, sur la conjonctive, du catarrhe, quelquefois des hémorragies, des pustules près du bord inférieur de la cornée qui s'altère secondairement, des exsudats diphtéroïdes. Le catarrhe du sac est fréquent, ainsi que l'occlusion du point lacrymal par une pustule. Il est admis qu'il ne se produit pas de vraies pustules sur la cornée. On y observe soit des kératites circonscrites marginales et centrales, soit des abcès souvent accompagnés d'hypopyon, soit des ulcérations; la perforation, le prolapsus irien, le staphylome antérieur, les troubles du cristallin sont souvent la conséquence des processus ulcéreux et suppuratifs de la cornée qui entraînent aussi de l'irido-choroidite. On a signalé très rarement la rétinite, la neuro-rétinite diffuse, la névrite rétro-bulbaire. Il n'y a aucun fait positif d'atrophie du nerf optique.

4° *Erysipèle*. — En dehors du phlegmon des paupières générale-