

trée anatomiquement d'abord par Michel, se reconnaît à ce que toutes les veines rétiniennees sont fortement gorgées de sang, tandis que les artères sont tellement amincies qu'on les découvre à peine (fig. 205). Le sang sort des veines gorgées, sur un grand nombre de points, de façon que tout le fond de l'œil est parsemé d'hémorragies. Celles-ci se répètent constamment et abolissent finalement l'acuité visuelle, qui était déjà fortement diminuée dès le début. — La thrombose peut se borner à une seule branche de la veine centrale. Dans ce cas, les changements du fond de l'œil se limitent à la région de la rétine, à laquelle se distribuent les ramifications de la veine

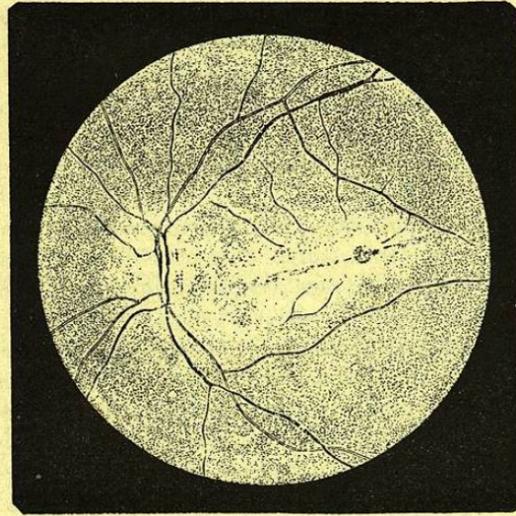


FIG. 204. — Embolie de l'artère centrale, survenue huit jours auparavant chez une femme souffrant d'un anévrisme de l'aorte. — Le trouble blanchâtre de la rétine voile les limites de la papille et le commencement des vaisseaux qui en émergent. Les artères sont déjà un peu mieux remplies, bien qu'elles le soient beaucoup moins que normalement. Les veines ont un calibre très irrégulier, augmentant en général vers la périphérie. Sur les grosses veines qui se dirigent en dehors et en bas, on voit la colonne sanguine brisée en fragments courts. Le pourtour de la fovea centrale est le siège d'un trouble blanchâtre intense et laisse clairement ressortir les dernières ramifications vasculaires, dont la connexion avec les vaisseaux principaux est cachée par places par le trouble. Le milieu de la fovea est occupé par une tache d'un rouge brun, plus pâle au centre. Cette tache représente la choroïde visible à travers le trouble.

obstruée. — La thrombose de la veine rétinienne s'observe le plus souvent chez les vieillards qui souffrent d'une maladie de cœur ou d'athéromasie des vaisseaux. Cependant une inflammation de l'orbite peut aussi amener une thrombose de la veine centrale, probablement parce que des thromboses veineuses se développent d'abord dans les veines orbitaires, d'où elles se propagent dans la veine centrale. C'est ainsi que peut survenir la cécité dans le cours d'un érysipèle de la face. En effet, l'inflammation érysipélateuse de la peau a pour tendance de pénétrer par places dans la profondeur et d'y provoquer en partie des infiltrations, en partie des phlegmons. Aussi observe-t-on, à la suite de l'érysipèle de la face, des abcès des paupières et

de l'orbite, abcès qui peuvent se propager jusqu'au cerveau même et y faire naître une méningite suppurative. Lorsqu'un érysipèle est compliqué d'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite, on trouve quelquefois, après la terminaison de la maladie et le dégonflement des paupières, l'œil aveugle. A l'ophtalmoscope, on trouve le nerf optique atrophié et un amincissement notable des vaisseaux sanguins. D'après une observation de Knapp, il s'agit ici d'une thrombose de la veine centrale qui s'est développée à la suite d'une inflammation du tissu cellulaire rétrobulbaire. La cécité après l'érysipèle peut atteindre les deux yeux.

Si nous essayons de caractériser les diverses formes de rétinite au point de vue de leur étiologie, nous ne devons pas oublier que l'inflammation ne reste que rarement limitée exactement à la rétine, mais qu'elle s'étend d'ordinaire également à la papille optique. Quand celle-ci est atteinte à un certain degré, nous parlons de *névro-rétinite*. Cette expression convient également, quand l'inflammation part de la papille et se propage à la rétine. Au point de vue étiologique, la névro-rétinite rentre donc en partie dans la rétinite, en partie dans la névrite. Les mêmes rapports existent entre la rétinite et la choroïdite. Une inflammation qui siège dans les couches tout à fait extérieures de la rétine, voisines donc de la choroïde, pourra difficilement évoluer, sans intéresser la choroïde en même temps; la rétinite syphilitique nous en fournit un exemple bien net. Il va de soi que, réciproquement, une choroïdite entraîne la participation des couches rétiniennees voisines de l'inflammation. Toute choroïdite est donc une *rétino-choroïdite* (chorio-rétinite), si l'on se place au point de vue anatomique; pourtant nous n'employons généralement cette expression que si nous constatons à l'ophtalmoscope des signes visibles d'inflammation, aussi bien dans la rétine que dans la choroïde. Les formes les plus importantes de la rétinite sont :

1° La *rétinite albuminurique*; c'est, de toutes les formes de rétinite, la mieux caractérisée. A côté des signes généraux de la rétinite, tels que le trouble de la rétine et des limites papillaires, l'engorgement des vaisseaux rétiniennees et les hémorragies, cette rétinite se distingue surtout par les plaques blanches du fond de l'œil (fig. 201). Les taches blanches se trouvent particulièrement en deux endroits: sur un périmètre autour de la papille et dans la macula lutea. Autour de la papille, ces taches forment assez souvent une zone qui est ordinairement interrompue au niveau de la macula lutea. Au contraire, celle-ci est occupée par un grand nombre de petites stries blanches montrant une disposition radiée de façon à constituer une élégante couronne rayonnante. Très souvent, la couronne n'est pas complète, les rayons ne s'étant suffisamment développés que dans certaines directions. Cependant, il se rencontre des cas de rétinite albuminurique qui ne se distinguent par aucun trait particulier. En outre, il se montre, dans l'albuminurie, d'autres altérations du fond de l'œil, qui n'offrent pas d'aspect caractéristique, par exemple de simples hémorragies rétiniennees, une rétinite hémorragique (fig. 207) ou une névrite (même la papille de stase). En revanche on

peut trouver un aspect semblable à la rétinite albuminurique typique, produit par une tumeur cérébrale, le diabète ou l'artério-sclérose. Il faut, par conséquent, procéder, dans tous les cas de rétinite, à l'examen des urines.

Toutes les formes de néphrite qui donnent lieu à de l'albuminurie, peuvent se compliquer de rétinite, mais c'est surtout dans le rein atrophique qu'on la rencontre.

La gravité de la rétinite n'est pas dans un rapport déterminé avec l'intensité de la néphrite ou la quantité d'albumine contenue dans l'urine. Il en



FIG. 205. — Thrombose de la veine centrale, datant de 14 jours, chez un homme de 62 ans. — Les contours de la papille sont cachés en partie par un trouble gris strié, en partie par des hémorragies affectant une disposition radiée. Les artères rétiniennees sont amincies, les veines sont d'une largeur inaccoutumée, sinueuses et remplies d'un sang noirâtre. En beaucoup d'endroits, les vaisseaux sont cachés par des extravasations sanguines et paraissent donc interrompus. Les hémorragies sont extraordinairement nombreuses, d'une coloration rouge foncé presque noire, les unes striées radiairement, les autres irrégulièrement arrondies. Quelques-unes d'entre elles ont pris au milieu une coloration d'un blanc clair, on le voit notamment sur une grosse tache sanguine située un peu en dehors de la macula lutea. La rétine, dans toute l'étendue qui n'est pas occupée par des hémorragies, montre un léger trouble gris.

est de même pour la marche ultérieure. L'inflammation de la rétine peut s'améliorer, tandis que celle des reins va en s'aggravant et réciproquement. Quoi qu'il en soit, la rétinite albuminurique est, en général, un facteur qui aggrave le pronostic. Si parfois elle accompagne des néphrites bénignes (par exemple dans la scarlatine ou la grossesse), elle se présente cependant de loin bien plus souvent dans les cas de néphrites chroniques graves, et c'est un fait d'expérience que la majorité des patients qui souffrent de rétinite albuminurique, succombent en peu d'années à leur affection rénale.

Dans la néphrite, on rencontre aussi des troubles visuels sous forme de cécité transitoire, sans que la rétine soit enflammée. Le patient dit que, tout à coup, tout est devenu obscur devant ses yeux. Le trouble visuel se développe si rapidement, qu'après quelques heures ou un jour, la cécité est

devenue complète. A l'examen des yeux, on n'observe aucune altération, alors même que la cécité est absolue. Après un ou plusieurs jours, la vision se rétablit graduellement. En même temps que les troubles visuels se produisent, s'observent encore d'autres phénomènes nerveux, tels que violentes céphalalgies, vomissements, dyspnée, perte de connaissance, crampes : en un mot, les symptômes de l'urémie. C'est pour ce motif que l'on désigne cette cécité sous le nom d'*amaurose urémique*. Le fait que, dans la plupart des cas, malgré la cécité complète, la réaction pupillaire à la lumière est conservée, démontre que le siège de l'affection n'est pas dans l'œil ou dans le nerf optique, mais plus haut, dans le cerveau empoisonné par les matières de désassimilation retenues dans le sang. L'amaurose urémique se distingue des troubles visuels provoqués par la rétinite albuminurique, d'abord par l'absence de signes ophtalmoscopiques et puis par sa marche. La cécité urémique éclate brusquement et est complète, tandis que, dans la rétinite albuminurique, l'acuité visuelle baisse lentement et n'est que rarement entièrement abolie. Mais aussi, dans ce dernier cas, l'amaurose est définitive. Dans l'amaurose urémique, au contraire, la vue redevient normale, sauf bien entendu si le patient succombe à l'attaque urémique. Rien n'empêche naturellement que l'amaurose urémique n'éclate chez un patient qui est déjà atteint d'une rétinite albuminurique ;

2° La *rétinite diabétique*. Dans beaucoup de cas, celle-ci se caractérise par de petites taches d'un blanc clair, situées dans la rétine, surtout à l'endroit de la macula et dans les environs, sans qu'elles montrent une disposition étoilée comme dans la rétinite albuminurique (fig. 206). Parfois la confluence de plusieurs petites taches en produit de plus grosses ; leur origine se trahit à leurs contours dentelés. Entre les taches blanches se voient de petites hémorragies ponctuées. Le reste de la rétine est transparent et la papille n'est pas modifiée. — D'autres fois, cet aspect caractéristique n'existe pas, et même la rétinite diabétique peut avoir l'aspect typique de la rétinite albuminurique. — Dans l'oxalurie on a aussi observé de la rétinite.

3° La *rétinite leucémique*. Ici, à côté des manifestations que présente l'inflammation de la rétine en général (particulièrement le trouble rétinien et les hémorragies), il faut noter comme symptôme caractéristique la coloration pâle du sang dans les vaisseaux rétinien, qui sont d'habitude très distendus. Comme le sang qui circule dans les vaisseaux de la choroïde est pâle également, le fond de l'œil présente, dans la leucémie, même en l'absence de toute rétinite, une coloration d'un rouge beaucoup plus pâle, virant au jaune. Un signe caractéristique pour la rétinite leucémique, ce sont des taches blanches bordées de rouge, qui sont constituées par des globules blancs entourés de globules rouges ; mais les taches ne s'observent que rarement dans cette rétinite.

4° La *rétinite septique*. Les altérations intéressent principalement le segment postérieur de la rétine, dans laquelle on trouve des extravasations sanguines, ainsi que des taches blanches ; la papille est normale. L'affection survient dans la septicémie, et non seulement dans les cas graves se terminant par la mort, mais également dans les cas légers.

5° La *rétinite hémorragique*. On diagnostique celle-ci quand, par suite de la présence de nombreuses hémorragies dans la rétine, cette membrane se trouble et que la papille se voile (fig. 207). La rétinite hémorragique doit être rapportée le plus souvent à une affection des vaisseaux rétinien ; quelques-uns de ces cas sont identiques à la thrombose de la veine centrale décrite page 538. Fréquemment la rétinite hémorragique se complique plus tard d'hypertonie (glaucome hémorragique, p. 473).

Sous le nom de *rétinite proliférante*, Manz a décrit une affection dans laquelle des masses de tissu conjonctif dense proéminent de la rétine dans

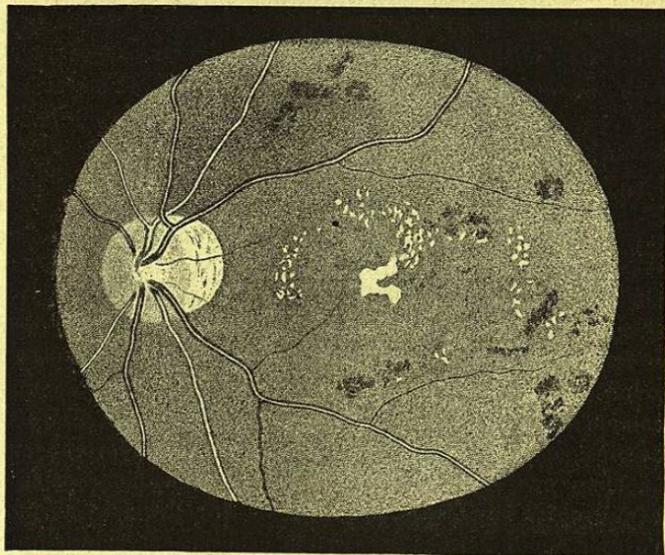


FIG. 206. — *Rétinite diabétique*, chez un homme de 69 ans. — Lors qu'il découvrit son diabète, onze ans auparavant, il avait 6 p. 100 de sucre ; à présent et depuis plusieurs années déjà, grâce à un traitement approprié, le sucre a presque disparu. La vue est trouble depuis neuf mois : il existe un scotome central pour le bleu, répondant à l'exsudat dans la macula. — La papille est bordée, en dehors, d'un croissant atrophique d'une demi-papille de large, dû à la myopie de l'œil. Dans le segment postérieur, la rétine montre de nombreuses extravasations sanguines punctiformes, généralement groupées, et parfois confluant en taches plus grosses. En outre, il existe de petites stries d'un blanc vif, de forme irrégulière, à contours nets, rangées assez irrégulièrement en un cercle autour de la macula. Dans celle-ci l'on voit un exsudat plus volumineux de même nature que les petites stries.

le corps vitré et cachent une partie du fond de l'œil et même la papille (fig. 203). Des vaisseaux de néo-formation se rendent de la rétine dans ces masses. Pour un certain nombre de cas, il est probable que ces masses conjonctives ont leur origine dans des hémorragies qui se sont répandues de la rétine dans le corps vitré et se sont organisées par la suite (voir p. 525). — De même quand la rétinite (notamment la rétinite syphilitique) dure longtemps, il arrive parfois qu'il se forme de nouveaux vaisseaux qui s'élèvent de la rétine dans le corps vitré sous forme d'anses fines, souvent plusieurs fois contournées.

6° La *rétinite syphilitique*. La syphilis acquise est l'une des causes les plus habituelles de l'inflammation de la rétine. Cette rétinite s'accompagne généralement d'une affection de l'uvée et avant tout de la choroïde, mais souvent aussi de l'iris, qui alors donne l'image de l'iritis spécifique. — Dans la rétine, l'inflammation syphilitique se présente sous deux formes, la forme diffuse et la forme circonscrite. Dans le premier cas, la rétine apparaît trouble et légè-

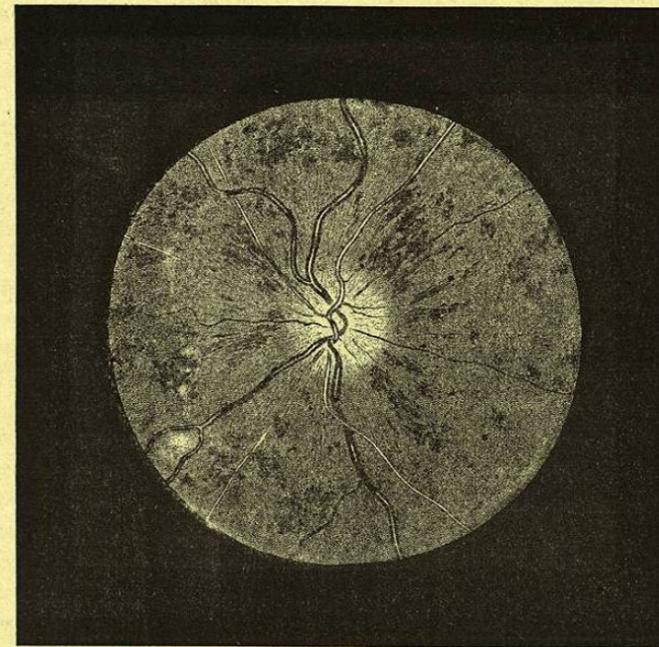


FIG. 207. — *Rétinite hémorragique*, chez une femme de 48 ans, souffrant de néphrite chronique et d'hypertrophie du cœur. Les limites de la papille d'un rouge grisâtre sont voilées, les artères rétinienues un peu rétrécies et, çà et là, cachées par la rétine trouble. Les veines sont très tortueuses et, à la façon dont se comporte le reflet lumineux, on constate que leurs sinuosités ne siègent pas toutes dans le même plan. La rétine présente un trouble légèrement strié, et est occupée par des hémorragies très nombreuses, les unes striées, les autres arrondies. A gauche et en bas, entre les deux branches d'une veine, une tache blanche qui résulte d'une hémorragie.

rement grise dans toute son étendue ; çà et là, particulièrement dans la région maculaire, peuvent se rencontrer des taches grises plus saturées. Plus tard, à mesure que le trouble rétinien s'efface, apparaissent d'autant mieux les altérations de l'épithélium pigmenté ; en fin de compte, il peut se produire une immigration du pigment de ce dernier dans la rétine, ce qui donne un aspect analogue à la rétinite pigmentaire. Cette forme de rétinite syphilitique ressemble en partie à la choroïdite syphilitique décrite par Foerster (p. 412). — Dans la forme circonscrite, on trouve un exsudat en masse, d'un blanc jaunâtre, situé dans la région de la macula ou plus souvent le long d'un des gros vaisseaux. Dans ce dernier cas, on peut souvent, à l'ophtalmoscope,

reconnaitre une affection des parois vasculaires comme cause de cette exsudation circonscrite. Ces exsudats se transforment plus tard en cicatrices d'un blanc bleuâtre qui, par suite de leur rétraction, peuvent faire naître un décollement rétinien.

La syphilis héréditaire peut causer une rétinite que l'on observe chez les enfants, et même qui peut être congénitale. On ne voit habituellement que l'inflammation déjà évoluée, soit sous forme de nombreuses petites taches

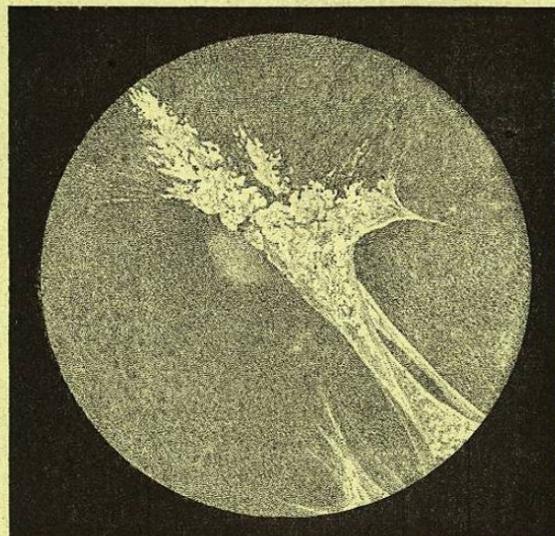


FIG. 208. — Rétinite proliférante. — Chez un homme de 35 ans, souffrant de palpitations et épistaxis fréquentes, sont apparues, 5 ans auparavant, de brusques obnubilations des deux yeux, qui revinrent assez souvent et étaient causées par des hémorragies récidivantes dans le corps vitré. Dans le corps vitré de l'œil gauche, on voit, près de la papille, une masse d'un blanc brillant, de structure en partie fibreuse, en partie granuleuse. De cette masse se détachent dans différentes directions des tractus, dont quelques-uns s'étendent jusqu'à la périphérie du fond de l'œil. On ne reconnaît pas de vaisseaux dans cette masse blanche qui recouvre la moitié supéro-externe de la papille. L'autre moitié de la papille, ainsi que le reste du fond de l'œil, sont un peu voilés (à cause d'un fin trouble du corps vitré), et paraissent indistincts parce qu'on a mis au point pour la masse de tissu conjonctif placée plus en avant. On reconnaît à peine les traces des vaisseaux de la rétine (en haut et en dehors) et l'aspect tacheté du fond de l'œil (en bas et en dedans).

pâles ou noires, soit sous forme d'exsudats en masses plus anciens et transformés en tissu conjonctif.

7° La rétinite par *éblouissement* se produit le plus souvent quand on fixe le soleil. On l'observe particulièrement après une éclipse solaire, chez les personnes qui l'ont observée à l'œil nu ou avec des verres trop peu fumés. Je l'ai vue se produire après une fixation trop prolongée d'une lampe à arc. L'ophtalmoscope montre des altérations pigmentaires dans la macula lutea, sur laquelle le soleil a projeté son image. Il existe un scotome central, le plus souvent permanent, correspondant à cet endroit. Il ne faut pas confondre, avec la rétinite par éblouissement, cette inflammation oculaire produite par

l'effet de la neige (*Schneeblindheit*) ou de la lampe à arc. Celle-ci consiste surtout, à côté de phénomènes d'éblouissement passagers, en une violente conjonctivite (voir p. 129).

La macula lutea possède la structure la plus délicate de tous les tissus de l'œil et est, par conséquent, très vulnérable. Aussi la trouve-t-on souvent malade, par exemple dans la myopie, où elle prend part à l'affection de la choroïde sous-jacente (p. 415). Mais la macula souffre fréquemment aussi dans les cas où elle n'a pas été touchée directement; ainsi, après une contusion du globe oculaire, un corps étranger du corps vitré, la compression de l'œil par une tumeur orbitaire, il se produit parfois des altérations dans la macula. Il peut également se former, en cet endroit, un trou de forme nette dans la rétine par raréfaction du tissu; à l'ophtalmoscope, on le distingue sous l'aspect d'un disque d'un rouge vif à l'endroit de la macula (Kuhnt, Haab).

Dans ces deux dernières formes de rétinite, la rétinite spécifique et celle par éblouissement, l'inflammation a son siège surtout dans les couches rétinien-nes les plus externes, ainsi que le prouvent les altérations concomitantes de l'épithélium pigmenté et souvent aussi celles de la choroïde. Dans les formes précédemment énumérées, ce sont, au contraire, les couches les plus internes de la rétine qui sont atteintes.

Assez souvent, on rencontre des cas de rétinite dont la cause étiologique échappe, même par un examen attentif du patient. Certaines formes, rares d'ailleurs, se distinguent par des lésions caractéristiques du fond de l'œil qui servent à les désigner: telles sont la rétinite circonscrite, à cause d'un cercle de petites taches blanches situées dans la macula, ou la rétinite striée, à cause des stries grises de la rétine. — Une affection très rare de la rétine s'observe chez les enfants en-dessous de deux ans; elle présente les symptômes suivants: La région maculaire est occupée par une tache d'un gris blanchâtre, un peu plus grande que la papille, portant à son centre une tache plus petite, d'un rouge vif, absolument comme dans l'embolie de l'artère centrale. Le reste du fond de l'œil est normal, sauf que la papille est toujours plus pâle et finit par s'atrophier complètement. Les altérations existent toujours au même degré aux deux yeux. L'enfant perd peu à peu la vision, montre de l'apathie et une faiblesse musculaire semblable à de la paralysie; ces symptômes s'aggravent et l'enfant succombe après plusieurs mois. A l'autopsie, on trouve des altérations dans l'écorce cérébrale et une dégénérescence ascendante dans la moelle épinière. La cause de cette maladie, qui frappe parfois plusieurs enfants de la même famille (nommée, à cause de cela, l'idiotie amaurotique familiale), est inconnue.

II. — ATROPHIE DE LA RÉTINE.

§ 97. — L'atrophie de la rétine est la conséquence d'une inflammation prolongée de cette membrane, ou bien la terminaison d'une embolie ou d'une thrombose dans les vaisseaux rétinien-ns. A l'ophtalmoscope, l'atrophie se