

C'est surtout à ces deux altérations que sont dues les taches blanches qui se rencontrent dans un grand nombre d'inflammations rétiniennes (surtout dans la rétinite albuminurique); 4° l'hypertrophie du tissu de soutien, qui est d'autant plus prononcée que l'atrophie qui suit l'inflammation est plus forte; 5° l'épaississement des parois vasculaires (sclérose), qui amène le rétrécissement de leur calibre ou même leur oblitération complète; 6° l'immigration de cellules de l'épithélium pigmentaire dans la rétine, où ces cellules peuvent à leur tour proliférer (fig. 210). — Lorsque, après une inflammation de longue durée, la rétine est devenue entièrement atrophique, elle n'est plus formée que par un tissu réticulé provenant de la trame rétinienne et contenant des cellules pigmentaires, mais dont les éléments nerveux ont disparu sans laisser de traces. Les vaisseaux sanguins sont pour la plupart oblitérés et transformés en cordonnets solides de tissu conjonctif.

Beaucoup d'altérations anatomiques de la rétine n'ont pas leur point de départ dans cette membrane, mais dans une maladie de la choroïde, qui contribue à un si haut degré à la nutrition de la rétine. Lorsque, chez un lapin, on lie les vaisseaux ciliaires et que l'on trouble ainsi la circulation dans la choroïde, il se produit une dégénérescence de la rétine avec immigration de pigment dans celle-ci (Wagenmann). En se basant sur ces expériences, on croit que la rétinite pigmentaire et les affections analogues de la rétine ont leur origine dans la choroïde.

III. — DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE.

§ 98. — Le décollement rétinien se reconnaît à l'ophtalmoscope, en ce que la rétine décollée présente l'aspect d'une fine membrane grise, faisant saillie sur le niveau du fond de l'œil normal et proéminent dans le corps vitré (fig. 211). Extérieurement, l'œil paraît normal, seulement la chambre antérieure est souvent plus profonde, et la tension est diminuée.

Tout décollement de la rétine commence par être partiel, c'est-à-dire borné à une partie de la rétine. Il peut se développer à n'importe quel endroit de la rétine, cependant — quand il est produit par du liquide — il se déplace d'ordinaire plus tard. Car le liquide sous-rétinien, obéissant à l'action de la pesanteur, descend, et le décollement glisse graduellement vers la partie inférieure de l'œil. C'est pour ce motif que les décollements rétinien se trouvent le plus souvent en bas, bien que primitivement le siège en ait été à quelque autre endroit du fond de l'œil.

Tout décollement rétinien a de la tendance à s'étendre et à devenir finalement total. Dans le dernier cas, on trouve la rétine, dans toute son étendue, refoulée en avant, sauf en deux points où elle est encore reliée au tissu sous-jacent; ces deux points sont la papille et l'ora serrata. Alors la rétine décollée représente un entonnoir plissé, qui commence à la papille

et s'ouvre en avant et qu'Arlt a comparé à la fleur du convolvulus (fig. 139 et 168).

Les symptômes subjectifs du décollement rétinien consistent dans le trouble de la vue que cet état provoque. Ce trouble consiste d'abord dans un rétrécissement du champ visuel, que le patient constate souvent d'une façon positive. Un nuage obscur voile une partie du champ visuel correspondant au décollement de la rétine, dont la sensibilité à la lumière est perdue en partie ou en totalité. Lorsque le décollement se trouve du côté

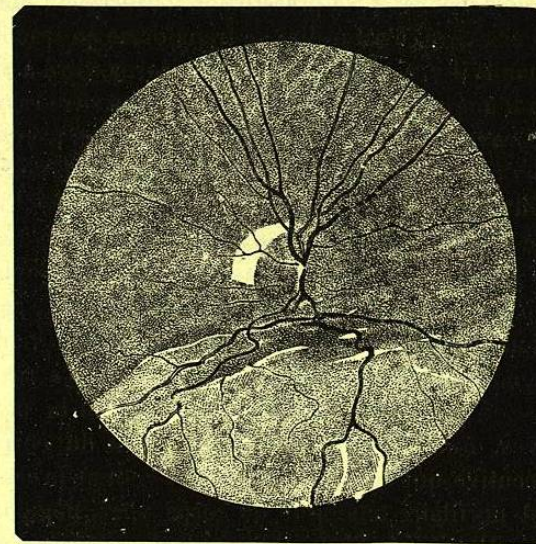


FIG. 211. — Décollement séreux de la rétine chez un myope. — Une femme de 62 ans avait été antérieurement fortement myope et portait, depuis 4 ans, une cataracte à l'œil gauche. Après l'extraction de celle-ci, on trouva la rétine, dans sa moitié inférieure, décollée, plissée et flottante. Le bord supérieur du décollement est situé devant le bord inférieur de la papille et le cache. Du côté externe, le décollement présente des limites nettes, tandis que du côté interne il se continue peu à peu dans des plis isolés. La rétine décollée est plus pâle au sommet des plis que dans les creux qui les séparent. Les vaisseaux rétinien qui, de la papille, se dirigent en bas, disparaissent peu après leur origine, derrière le bord surplombant de la rétine décollée et en paraissent interrompus; plus loin ils se distinguent par des sinuosités très marquées, qui suivent les plis de la rétine détachée. — Le côté externe de la papille est bordé par un croissant blanc, atrophique, d'une demi-papille de largeur, que l'on doit rapporter à la myopie; les contours de la papille et du croissant sont diffus. Le reste du fond de l'œil est tiré, c'est-à-dire qu'on y reconnaît les vaisseaux choroïdiens et les espaces intervasculaires sombres.

inférieur, comme c'est si fréquemment le cas, le patient se plaint qu'un voile noir lui cache la partie supérieure des objets. Ainsi, par exemple, quand un homme se trouve devant lui, il n'en voit pas la tête. Il s'ensuit que l'examen du champ visuel est d'une grande importance pour diagnostiquer le décollement rétinien. Quant à la vision directe, elle est conservée tant que le décollement ne s'est pas étendu à la région de la macula lutea. Lorsque le décollement est total, la cécité est également complète.

Étiologie. — La rétine est simplement adossée à la choroïde, sans qu'il

existe aucune adhérence entre elles — sauf au niveau de la papille et de l'ora serrata. Sur un œil ouvert, rien de plus facile que de détacher la rétine des tissus sous-jacents. Dans l'œil vivant, la rétine est maintenue contre la choroïde par la pression du corps vitré. Il en résulte qu'un décollement rétinien n'est possible que lorsque la pression du corps vitré cesse d'agir ou quand une force supérieure à celle-là soulève la rétine de sa base.

a) Il se développe un décollement du première genre, quand, par suite d'une affection du corps vitré, la pression qu'il exerce normalement diminue ou devient négative, c'est-à-dire se transforme en traction. Le cas se présente : 1° quand il y a perte notable du corps vitré à la suite d'un traumatisme ou d'une opération ; 2° quand le corps vitré est atteint d'une affection qui en provoque la rétraction. Les cas les plus fréquents de cette espèce sont ceux où, dans l'iridocyclite ou l'iridochoroïdite, des exsudats se sont déposés dans le corps vitré. Lorsqu'ils s'organisent et se rétractent, ils arrachent de la choroïde la rétine à laquelle ils adhèrent par place. Cette espèce de décollement ne peut pas se constater à l'ophtalmoscope, en raison de l'opacité des milieux, mais on le diagnostique par la diminution de la tension oculaire et le rétrécissement du champ visuel. Le décollement rétinien, constatable par l'ophtalmoscope, qui n'a pas été précédé d'une inflammation, s'observe le plus souvent dans la myopie élevée. Dans ce cas, c'est une dégénérescence fibrillaire du corps vitré avec rétraction consécutive, qui doit être considérée comme la cause du décollement. Un état fibrillaire analogue du corps vitré, dépendant d'altérations séniles, constitue probablement la cause de cette espèce de décollement rétinien qui se manifeste quelquefois chez des vieillards sans autre motif. — Quand la rétine est détachée de la choroïde par le corps vitré rétracté, il s'accumule entre ces deux membranes, par suite de la pression négative qui règne sous la rétine, un liquide qui transsude des vaisseaux choroïdiens. Ce liquide sous-rétinien est un sérum assez riche en albumine, souvent un peu jaunâtre ; c'est pour cette raison que l'on qualifie de séreux cette espèce de décollement rétinien.

b) Les cas où la rétine est détachée de la choroïde par une cause active sont beaucoup plus rares. Les causes de ce décollement sont : 1° les exsudats aigus fournis par la choroïde, tels qu'on les observe dans la choroïdite suppurative et les phlegmons de l'orbite ; 2° une hémorragie des vaisseaux choroïdiens, soit spontanée, soit traumatique ; 3° des tumeurs de la choroïde ou de la rétine ; en outre, un cysticerque qui se développe sous la rétine.

Le traitement, dans le décollement séreux de la rétine, doit avoir pour but de favoriser la résorption de la sérosité sous-rétinienne. On y parvient au

moyen de cures sudorifiques, de purgatifs légers, de préparations iodées, d'injections sous-conjonctivales (voir p. 187), ainsi que par un bandeau modérément serré. En même temps le patient doit garder le lit. Ce traitement doit être continué pendant plusieurs semaines au moins. Lorsque ces moyens ont échoué, ou quand il s'agit d'un décollement en forme de bourse, produit dès le début par une grande quantité de sérosité, on peut essayer, par une ponction de la sclérotique (voir § 155), d'évacuer le liquide. On exécute la ponction à l'endroit où le décollement est le plus développé. Dans ce but, il faut préalablement bien s'assurer, au moyen de l'ophtalmoscope, du siège et de l'étendue du décollement. On ne doit faire sortir que le liquide qui s'écoule spontanément. Après l'opération, le patient portera sur l'œil un bandeau compressif léger et gardera le lit pendant une à plusieurs semaines.

Par ces méthodes de traitement, on réussira le plus souvent, dans les cas récents et peu étendus, à obtenir une amélioration de l'acuité visuelle par reposition partielle de la rétine, et dans les cas très favorables on pourra même arriver à la disparition complète du décollement. Malheureusement, ces succès ne sont que très rarement durables, car, en règle générale, le décollement récidive au bout de peu de temps et, en dépit de toute espèce d'intervention thérapeutique, devient finalement total. Il s'ensuit que le pronostic du décollement de la rétine doit être classé parmi les plus mauvais. La cause des récidives provient de ce qu'aucun traitement n'est en état de faire disparaître l'affection qui est l'origine habituelle du décollement, c'est-à-dire la rétraction du corps vitré. Il s'ensuit que la rétine, à peine revenue à sa position normale, s'en trouve constamment arrachée de nouveau. Dans les cas anciens et dans les décollements rétinien totaux, il vaut mieux s'abstenir de tout traitement. Dans les décollements totaux, il se développe habituellement plus tard une cataracte, l'œil se ramollit, il se produit un léger degré d'atrophie du globe. Il n'est pas rare non plus que les yeux qui sont le siège d'un décollement rétinien souffrent d'une iritis.

Lorsque le décollement de la rétine est le fait d'un néoplasme, il faut pratiquer l'énucléation. Quand un cysticerque se trouve sous la rétine, on peut l'en extraire par une incision de la sclérotique et conserver ainsi l'œil avec ses fonctions.

Les parties décollées de la rétine, à cause de leur propulsion en avant, possèdent une réfraction moindre que le reste du fond de l'œil ; elles sont donc en général fortement hypermétropes. En raison de cette différence de réfraction, on ne peut voir nettement tout à la fois la partie décollée et la partie saine de la rétine, à l'image droite ; ce n'est possible qu'à l'image

renversée. Pour pratiquer l'examen à l'image droite, on voit le mieux en se tenant avec le miroir à une certaine distance de l'œil et en appliquant derrière le miroir un verre convexe (par exemple de + 3 D). Si la rétine est fortement saillante en avant, on peut la voir à l'éclairage oblique, à travers la pupille dilatée ; on reconnaît au fond une membrane grise avec les vaisseaux rétinienens caractéristiques.

L'image ophtalmoscopique du décollement est différente, suivant qu'il s'agit d'un décollement séreux ou d'un décollement produit par une tumeur ou un cysticerque.

Dans le décollement *séreux* de la rétine, l'épithélium pigmenté reste adhérent à la choroïde. La rétine décollée est donc tout d'abord transparente, mais elle se trouble bientôt, parce qu'elle est isolée de la choroïde, qui pourvoit, pour la plus grande part, à sa nutrition. La rétine décollée devient donc d'un gris clair, un peu translucide et d'un brillant mat. S'il se mélange un peu de sang à la sérosité sous-rétinienne, la rétine décollée affecte une teinte un peu verdâtre. La rétine se prend en plis plus ou moins gros, qui sont à leur sommet d'un blanc brillant, elle tremblote en totalité quand l'œil fait un mouvement. Cette coloration grise, d'un brillant mat, ces plis et ce flottement de la rétine décollée la font comparer justement à une robe de soie ou de satin gris. Les vaisseaux qui parcourent le décollement ont un aspect qui caractérise cette affection. Comme ils suivent les plis de la rétine, ils sont très sinueux et se cachent en partie dans ces plis. Les vaisseaux sont d'un rouge foncé, presque noir, comme si le sang qu'ils renferment était modifié. Il n'en est rien cependant, cette coloration foncée provient de ce qu'on les voit en partie également à la lumière réfléchie, due à ce qu'un peu de lumière traverse malgré tout la rétine décollée et est réfléchie par la choroïde située plus loin en arrière. Les vaisseaux apparaissent donc foncés, par la même raison qui nous fait voir en noir les opacités des milieux.

Les bords du décollement peuvent ou bien se continuer dans la rétine normale, en s'affaissant peu à peu, ou bien la surplomber comme une bourse. Quand le décollement est étendu, la papille est cachée en tout ou en partie par la rétine qui la surplombe. — Les décollements rétinienens tout à fait plats sont un peu plus difficiles à diagnostiquer. Dans cette partie de l'œil, le fond, au lieu d'être rouge, paraît d'un gris trouble léger et est traversé par des plis peu élevés d'un gris plus clair ; mais, avant tout, les sinuosités anormales des vaisseaux ainsi que leur coloration foncée faciliteront le diagnostic du décollement rétinien. S'il existe un décollement peu élevé dans la région maculaire, on voit souvent en cet endroit une tache rouge, effacée dans la région soulevée.

La rétine décollée montre, parfois, des taches blanches, des extravasations sanguines ou des endroits pigmentés. Assez fréquemment on y découvre une solution de continuité—*déchirure de la rétine*. Elle siège généralement à la périphérie du fond de l'œil et le plus souvent en haut. On était antérieurement porté à considérer cette déchirure comme une conséquence du décollement, parce qu'on croyait que la rétine, si délicate, privée de tout

soutien, devait se déchirer sous l'influence des ébranlements du liquide sous-rétinien, lors des mouvements oculaires. Si même il peut en être ainsi, il n'en est pas moins vrai que Leber et Nordenson ont trouvé que le processus est inverse, c'est-à-dire que la déchirure de la rétine en précède le décollement. Le corps vitré, en se rétractant, exerce une traction sur la rétine et surtout à sa partie antérieure, puisque, déjà à l'état normal, c'est ici qu'il lui est uni le plus intimement. Enfin la traction devient telle que la rétine se déchire et que du liquide provenant de l'espace vitréen pénètre sous la rétine, et la décolle. Ainsi s'explique la brusque apparition de la plupart des décollements, surtout de ceux des myopes.

Au début d'un décollement rétinien, les objets sont fréquemment vus déformés — métamorphopsie — à cause de l'obliquité des éléments sensibles de la rétine. Les photopsies sont dues à la traction que subit la rétine et elles annoncent souvent l'apparition ou l'extension du décollement. Quand le décollement est récent, la rétine conserve encore pendant quelque temps sa sensibilité à la lumière et elle peut même, si elle se recolle promptement, recouvrer son fonctionnement complet. Ainsi donc, il se peut que le décollement se guérisse, avec rétablissement des fonctions de la rétine. Il arrive souvent que la vue s'améliore, bien que le décollement persiste dans la même étendue. Une telle guérison apparente se manifeste quand le décollement, ayant d'abord occupé l'endroit de la macula lutea, descend ensuite, de façon que la macula peut recouvrer ses fonctions et qu'il ne persiste qu'un rétrécissement périphérique du champ visuel, fort peu gênant.

Mais il existe une véritable guérison du décollement avec réapplication de la rétine. Elle est évidemment très rare et encore n'est-elle pas absolue, parce que d'abord le recollement n'est d'ordinaire pas complet, ensuite la partie recollée de la rétine est tellement altérée qu'elle fonctionne peu. Généralement il est facile de reconnaître à l'ophtalmoscope une pareille réapplication de la rétine. A ce niveau, le fond de l'œil est tacheté, comme après une vieille choroïdite, par la destruction partielle de l'épithélium pigmenté, et la région ainsi modifiée est limitée par une ligne courbe très nette, convexe en haut, jaunâtre ou grise, et parsemée de taches de pigment.

Quand le décollement dure assez longtemps, la rétine s'atrophie complètement. Elle perd en même temps toute sensibilité à la lumière et redevient transparente. Alors le diagnostic du décollement par l'ophtalmoscope devient plus difficile ; il doit se baser surtout à ce moment sur l'aspect anormal des vaisseaux.

Pour le décollement rétinien causé par une *tumeur de la choroïde*, voyez p. 424. — Dans le cas de *cysticerque sous-rétinien*, on trouve un soulèvement arrondi, à contours assez nets, sous lequel on reconnaît la vésicule du cysticerque d'un gris bleuâtre, avec son bord plus clair (fig. 212). La rétine détachée ne flotte pas ; en revanche, on découvre à travers elle les mouvements spontanés de la vésicule.

Dans les stades ultérieurs, quelle qu'en ait été l'origine, on finit par ne plus pouvoir reconnaître le décollement à l'ophtalmoscope, à cause du trouble des milieux, spécialement du cristallin et du corps vitré, et ainsi le diagnostic devient difficile ou impossible. Dans ce cas, il faut baser le diagnostic sur deux facteurs, le champ visuel et la pression intraoculaire. Si les opacités des milieux ont fait perdre la vision qualitative, il faut prendre le champ visuel à la bougie, dans une chambre obscure (voir §§ 156 et 157, remarque); dans le décollement rétinien, il se montre un rétrécissement dans la région correspondante. La pression intraoculaire est généralement

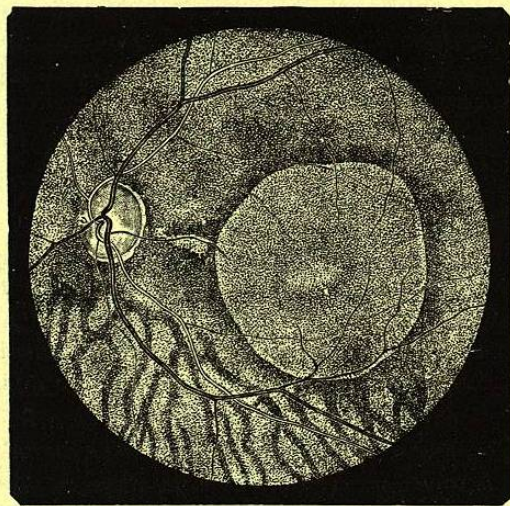


FIG. 212. — *Cysticerque sous-rétinien*. Chez une femme de 26 ans, qui a remarqué, deux mois auparavant, une diminution brusque de la vue de l'œil gauche. — La papille est bordée en dehors et en bas d'un croissant un peu irrégulier. La région du pôle postérieur de l'œil est occupée par un soulèvement en forme de vésicule de la rétine, d'une coloration grise délicate, qui laisse transparaître le rouge du fond de l'œil un peu estompé. Le bord de la vésicule montre un éclat soyeux, gris pâle, tandis qu'au milieu de la vésicule on voit une tache plus claire d'un jaune pâle, répondant à la tête de l'animal. Les vaisseaux rétiniens passent sur la vésicule, sans montrer sur son bord de corde marquée. La vésicule laisse voir de vifs mouvements spontanés, dans lesquels la tache blanche centrale change de place, d'aspect et de volume. Entre la papille et le bord interne de la vésicule, on remarque, en dessous d'un petit vaisseau rétinien, une tache claire, irrégulière, de la rétine. La partie supérieure du fond de l'œil est d'un rouge uniforme, l'inférieure un peu albino-tique, de telle sorte que les vaisseaux choroïdiens sombres ressortent nettement sur le fond d'un rouge clair.

diminuée dans cette affection, parce que le volume du corps vitré est devenu moindre par suite de sa rétraction; pour le même motif on trouve fréquemment la chambre antérieure approfondie par un recul du cristallin. Si, dans un cas ancien d'iridocyclite, d'iridochoroïdite ou de cataracte compliquée, on découvre un rétrécissement du champ visuel et une diminution de la tension, cela prouve qu'une cécité complète par décollement total est imminente et que le globe oculaire s'atrophiera plus tard. — Dans les décollements produits par un refoulement actif de la rétine loin de la choroïde, la tension n'est pas diminuée, mais plutôt augmentée. Dans les cas douteux de

décollement rétinien, une hypertonie parle donc pour une tumeur intraoculaire comme cause du décollement (v. Græfe).

Parmi les causes du décollement de la rétine, il faut encore citer les cicatrices qui persistent après les plaies perforantes situées dans l'étendue de la sclérotique. Ces cicatrices peuvent être consécutives à un traumatisme ou à une opération (p. 283). Elles fixent la rétine à la choroïde et à la sclérotique et, par leur rétraction ultérieure, elles exercent une traction sur la rétine, qui finit par se détacher de la choroïde sous-jacente.

IV. — GLIOME DE LA RÉTINE.

§ 99. — Le gliome est le seul néoplasme qu'on observe dans la rétine. Il ne se rencontre que chez les enfants. Les parents remarquent que la pupille de l'œil malade est le siège d'un reflet clair blanchâtre ou d'un jaune d'or qui frappe quelquefois de loin. C'est pour ce motif que cette affection est désignée, depuis Beer, sous le nom d'*œil de chat amaurotique*; amaurotique, parce que l'œil est aveugle; œil de chat, parce qu'il est brillant comme l'œil du chat dans l'obscurité. Lorsque l'on examine un pareil œil à l'éclairage latéral, on voit, comme cause du reflet, une masse bosselée, située derrière le cristallin, de teinte claire et recouverte de minces vaisseaux: c'est la rétine dégénérée.

Dans le *cours* ultérieur du gliome, on observe les mêmes stades que ceux que nous avons fait connaître à propos des tumeurs de la choroïde (voir p. 424). Dans le premier stade, tout symptôme inflammatoire fait défaut, la maladie ne se trahit que par le reflet clair et la cécité de l'œil. Le second stade se distingue par l'apparition de l'hypertonie. L'œil s'irrite et devient douloureux, et l'enfant commence à souffrir. Plus tard, dans le troisième stade, la tumeur perce l'œil, de préférence le long du nerf optique, ensuite sur d'autres points encore, notamment au niveau de la cornée et à son pourtour. L'œil se transforme alors en une tumeur exulcérée, douloureuse et saignant facilement, qui remplit toute l'orbite et proémine entre les paupières. Dans le quatrième stade, la tumeur envahit les organes éloignés. Par continuité, elle se propage le long du nerf optique jusqu'au cerveau. Au contraire, c'est par voie métastatique que la tumeur gagne les ganglions lymphatiques voisins, ainsi que les organes internes les plus divers (le plus souvent le foie). Les enfants succombent soit par épuisement, soit par métastase du néoplasme dans les organes essentiels, surtout le cerveau. La durée de la maladie, depuis son début jusqu'à la terminaison fatale, se prolonge pendant plusieurs années.

En général, le gliome n'atteint qu'un seul œil; cependant on a observé de nombreux cas de gliomes binoculaires. On le rencontre exclusivement