

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

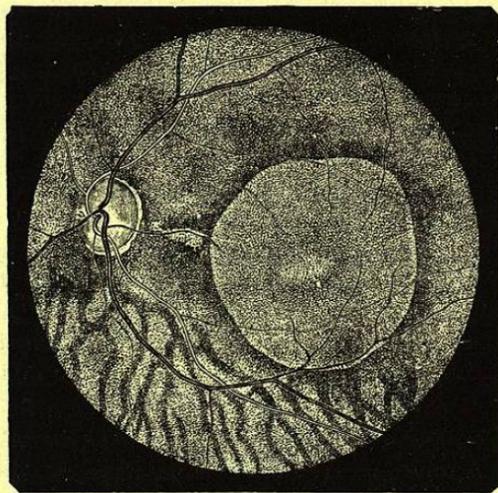


FIG. 212. — *Cysticerque sous-rétinien*. Chez une femme de 26 ans, qui a remarqué, deux mois auparavant, une diminution brusque de la vue de l'œil gauche. — La papille est bordée en dehors et en bas d'un croissant un peu irrégulier. La région du pôle postérieur de l'œil est occupée par un soulèvement 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 rétinien-s 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

chez les enfants, le plus souvent avant l'âge de cinq ans. Souvent on le remarque déjà à un âge si jeune qu'on est forcé d'en placer le début dans la vie intra-utérine. Ce fait, joint à la circonstance que parfois plusieurs enfants d'une même famille sont successivement affectés du gliome, plaide en faveur de l'idée que, dans beaucoup de cas, la cause de cette maladie se trouve dans un défaut de développement congénital.

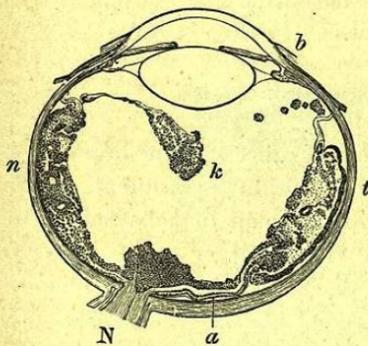


FIG. 213. — Gliome de la rétine. Gross. 2/1. — Le gliome occupe toute l'étendue de la rétine. Celle-ci, du côté nasal *n*, s'est entièrement transformée en ce néoplasme, tandis que du côté temporal *t* les couches externes sont encore conservées par places (en *a*). La masse néoplasique recouvre aussi la papille optique *N*, dont elle comble l'excavation. Dans la région antérieure du corps vitré se voient des nodules isolés, dont le plus gros, *k*, est réuni à l'ora serrata. Le segment antérieur du globe montre les conséquences de l'hypertonie, entre autres, au côté nasal, la soudure de la racine de l'iris à la limite scléro-cornéenne, tandis qu'à l'endroit correspondant du côté temporal, on remarque une excavation *b*, qu'il faut considérer comme le début d'un staphylôme intercalaire.

favorable que lorsqu'on opère de bonne heure.

Le gliome de la rétine (Virchow), contrairement aux autres tumeurs intra-oculaires, n'est jamais pigmenté. Il se développe aux dépens des deux couches granuleuses de la rétine et principalement de la couche granuleuse interne. Le néoplasme se compose à la fois de petites cellules et d'une substance fondamentale très molle (fig. 214). Les cellules sont constituées d'un noyau et d'une très petite quantité de protoplasme qui l'entoure, et présentent en outre des cellules longues et cylindriques, qui doivent sans aucun doute être considérées comme des parties constitutives des couches externes de la rétine, du neuro-épithélium (Wintersteiner). Elles se groupent généralement de telle façon qu'elles entourent un canal libre, dans lequel font saillie leurs

Le traitement consiste à extirper le néoplasme le plus tôt possible. Tant que la tumeur est limitée au globe, l'énucléation suffit, mais alors, par prudence, on coupe le nerf optique aussi loin que possible. Dans ce cas, on peut compter sur une guérison définitive. Une fois que la tumeur a perforé le globe, et tant qu'elle n'a envahi que les tissus de l'orbite, on peut, par l'exentération de l'orbite (voir § 167), obtenir encore une extirpation radicale du néoplasme. Néanmoins il est rare qu'il ne survienne pas une prompte récurrence, aussi bien sur place que dans les ganglions lymphatiques voisins. Mais, même alors, l'opération n'en est pas moins indiquée, parce que, par l'enlèvement du foyer pathologique, on épargne beaucoup de souffrances à l'enfant.

— Le pronostic n'est réellement

extrémités correspondant au membre externe des cônes et des bâtonnets. La multiplication des cellules de la tumeur se fait particulièrement dans le voisinage immédiat des nombreux et larges vaisseaux que contient le néoplasme. Les cellules les plus jeunes entourent donc les vaisseaux et en écartent de plus en plus les plus vieilles. Aussi les anciennes couches de cellules se nécrosent. Ainsi se produit dans beaucoup de cas une structure tubulaire de la tumeur : les vaisseaux sont entourés d'un manteau de cellules vivantes, le tout contenu dans une masse nécrosée. L'hypertrophie de la rétine en entraîne l'épaississement irrégulier et, comme conséquence, le plissement et le décollement. Cependant, dans un grand nombre de cas, ainsi que le montre la figure 213, le décollement peut se borner pendant longtemps à de petits points limités. De la rétine dégénérée partent des germes de la tumeur, qui pénètrent, d'un côté, dans la choroïde et, de l'autre, dans le corps vitré où ils se développent en tumeurs propres (fig. 213, *k*).

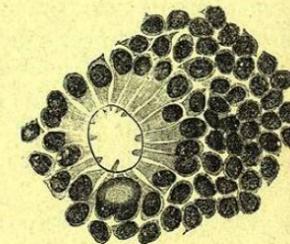


FIG. 214. — Gliome de la rétine. Gross. 500/1, d'après un dessin du docteur Wintersteiner. — La tumeur est constituée par des cellules qui contiennent un noyau unique et autour de celui-ci un corps protoplasmique très mince, souvent à peine visible. La moitié gauche du dessin est occupée par une formation qui, à la coupe, est semblable à une glande tubuleuse. Ce canal est entouré par des cellules cylindriques, allongées, dont le noyau est situé à l'extrémité périphérique (cellules des cônes et bâtonnets). L'extrémité centrale de ces cellules est limitée par un contour bien dessiné, la membrane limitante externe. De celle-ci proéminent dans la lumière du canal des prolongements protoplasmiques courts et coniques (cônes et bâtonnets rudimentaires). Juste en dessous de cette formation, on voit un corps d'un certain volume, elliptique, très brillant, une de ces concrétions hyalines qu'on rencontre parfois dans le gliome.

Le gliome dépend très souvent d'une disposition pathologique congénitale : cela ressort d'une observation intéressante que j'ai eu l'occasion de faire. Une mère amène à ma clinique son fils, âgé de quatre ans, atteint d'un gliome de l'œil droit. D'après les renseignements qu'elle donne, l'affection ne daterait que d'une année, bien qu'elle soit déjà très avancée. Le globe dans sa totalité a beaucoup augmenté de volume, et la masse proliférante postérieure envahit l'orbite. Tout le contenu de l'orbite fut extirpé, et néanmoins l'enfant mourut six mois plus tard, au milieu de symptômes cérébraux, tandis qu'en même temps on pouvait sentir dans l'orbite une nouvelle tumeur. Quelques mois après, la mère amena l'enfant puiné âgé de deux ans. Elle déclara qu'il était aveugle de l'œil droit depuis sa naissance, mais que c'était seulement depuis quelque temps qu'elle remarquait que cet œil prenait du développement. Cet enfant portait aussi un gliome de l'œil droit et succomba — une année environ après l'opération — à une récurrence. Peu après, la femme m'amena son dernier enfant, âgé de quelques mois seulement. Elle était pleine d'anxiété que cet enfant aussi ne succombât à la redoutable affection, car elle remarquait que son œil gauche présentait le même aspect anormal. Cependant, cet enfant n'avait pas de gliome, mais en bas un colobome typique congénital de l'iris ainsi que de la choroïde.

L'aspect de l'œil de chat amaurotique se présente non seulement dans

le gliome, mais encore dans les cas où il existe des exsudats dans le corps vitré. Il est souvent difficile de distinguer ces cas du véritable gliome, et c'est pour ce motif qu'on les désigne sous le nom de pseudogliome (voir p. 421).

Traumatismes de la rétine. — Les contusions du globe oculaire peuvent provoquer des déchirures de la rétine, sans que les autres enveloppes de l'œil soient perforées; néanmoins, ces cas de déchirures rétinienne isolées sont extrêmement rares. La rétine, en effet, se rompt beaucoup plus difficilement que la choroïde; car généralement l'on trouve la rétine intacte quand la choroïde est déchirée. Ce qui est plus fréquent, ce sont les déchirures spontanées de la rétine dans les décollements rétiens.

Une modification passagère de la rétine survenant après la contusion du globe a été décrite par Berlin sous le nom de *commotion de la rétine*. Cette affection se distingue par une opacité laiteuse de la rétine, qui occupe le pourtour de la papille ou l'endroit de la rétine qui correspond au point de l'application du choc. Dans plusieurs cas, le point diamétralement opposé au choc se trouve opacifié également. En même temps, il existe une certaine diminution de la vision centrale et souvent aussi un rétrécissement du champ visuel. L'opacité ainsi développée disparaît au bout de quelques jours, en même temps que le trouble visuel qui en dépend. Il s'agit sans doute d'un œdème de la rétine.

CHAPITRE XI

MALADIES DU NERF OPTIQUE

ANATOMIE

§ 100. — Le nerf optique est constitué par l'ensemble des fibres de la rétine, il s'étend de l'œil à la cavité crânienne en passant par l'orbite et le trou optique. De là vient qu'on distingue trois sections au nerf optique :

- a) La terminaison intra-oculaire, qui se trouve dans la sclérotique ;
- b) La portion orbitaire qui s'étend depuis le globe jusqu'au trou optique ;
- c) La portion intracrânienne, qui commence au trou optique et se termine au chiasma.

a) Portion intra-oculaire du nerf optique.

Le nerf optique, en quittant la rétine pour sortir du globe, doit traverser la choroïde et la sclérotique. Le point où se fait ce passage se trouve un peu en dedans du pôle postérieur de l'œil (fig. 109). L'ouverture de la sclérotique par où le nerf optique sort de l'œil, s'appelle trou sclérotical et représente en réalité un canal de peu de longueur (canal scléro-choroïdien); la partie du nerf optique qui y est renfermée en constitue la section intrasclérale. A la rigueur, cependant, il n'y a d'ouverture proprement dite au niveau du passage du nerf optique, ni dans la sclérotique ni dans la choroïde. Ces deux membranes sont plutôt disposées de la manière suivante : d'abord, les lamelles externes de la sclérotique, qui constituent les deux tiers de son épaisseur, ne sont nullement traversées par le nerf optique ; elles se recourbent simplement en arrière et constituent les gaines du nerf optique (fig. 215, D). Au contraire, les lamelles les plus internes de la sclérotique s'étendent au travers du trou sclérotical, où elles sont perforées de nombreuses ouvertures, destinées à livrer passage à chacun des faisceaux du nerf optique. De même, des tractus fibreux isolés, partant de la choroïde, traversent le trou sclérotical. Il s'ensuit