

6° Les *affections orbitaires*, telles que les inflammations et les néoplasmes de l'orbite, ou bien des tumeurs qui se développent dans le nerf optique lui-même. Ce sont les seuls cas où l'on puisse considérer avec certitude la névrite comme une affection locale.

TRAITEMENT. — Le traitement de la névrite doit surtout être dirigé contre l'affection fondamentale. Le traitement local consiste, outre le repos de l'œil, en soustractions sanguines au niveau de l'apophyse mastoïde, en cures sudorifiques, dans l'administration de moyens résolutifs, tels que l'iodure de potassium, le mercure, etc.

La simple *hyperémie* du nerf optique se reconnaît à la coloration plus rouge et aux limites confuses de la papille, qui ne se distingue que fort peu du fond de l'œil rouge avoisinant; celui-ci, dans ce cas, montre une striation radiée correspondant aux fibres nerveuses de la rétine. Il s'y joint une dilatation et des sinuosités des vaisseaux rétinien. L'hyperémie du nerf optique se rencontre souvent. Elle n'est pas seulement une complication constante de toutes les inflammations de la rétine et de la choroïde, mais on la trouve même dans les inflammations intenses du segment antérieur de l'œil, par exemple dans l'iridocyclite. — Lorsque le nerf optique participe largement à l'inflammation de la rétine, ou réciproquement, quand l'inflammation de la papille envahit une grande étendue de la rétine, on désigne l'affection sous le nom de *névro-rétinite* (ou papillo-rétinite). Presque toutes les formes de rétinite, ainsi que de névrite, décrites précédemment, peuvent se présenter aussi comme névro-rétinite. Spécialement dans les tumeurs du cerveau, on rencontre une forme de névro-rétinite qui consiste en ce que, à côté des symptômes observés sur la papille, il existe dans la région de la macula lutea des stries fines, argentées, qui ressemblent à celles qui caractérisent la rétinite albuminurique.

C'est v. Græfe qui, le premier, a divisé les inflammations du nerf optique qui accompagnent les *affections du cerveau*, en névrite par stase et en névrite descendante. La différence entre les deux réside surtout dans le gonflement du nerf optique et dans l'extension de l'inflammation à la rétine avoisinante. La papille de stase se reconnaît à la courbure que décrivent les vaisseaux au bord de la papille pour descendre de celle-ci sur la rétine, ensuite au déplacement parallactique que montre la papille, à l'image renversée, par rapport à la rétine. À l'image droite, on peut mesurer, par la différence de réfraction de la rétine et de la papille, la proéminence de cette dernière (page 30). Dans la papille de stase, le gonflement est tel que les vaisseaux sont coulés au bord de la papille et peuvent même paraître presque interrompus. En outre, l'engorgement souvent énorme des veines prouve combien est forte la stase sanguine. Les altérations des tissus se limitent pourtant assez exactement à la papille même. Dans la névrite descendante, le gonflement de la papille est moindre; l'inflexion des vaisseaux, si nette dans l'autre cas, manque au bord de la papille, et la différence de niveau ne peut souvent se reconnaître qu'à

la différence de réfraction mesurée à l'image droite. En revanche, l'exsudation est plus abondante, ce qui est indiqué par le trouble et la décoloration de la papille. L'exsudation s'étend dans la rétine au delà de la papille, de sorte que celle-ci paraît agrandie. Souvent, on observe l'image de la névro-rétinite. — Cependant, les deux formes de névrite ne sont pas aussi distinctes que l'indique la théorie, car on observe une foule de stades intermédiaires entre la stase papillaire et la névrite descendante. Pour ce motif, aussi bien que pour d'autres tirés de certaines recherches anatomiques, on a mis en doute l'explication purement mécanique de la stase papillaire, d'après la théorie de Schmidt-Manz, et l'on a proposé d'autres théories sur son origine. En effet, les choses paraissent se passer de façon que si, dans la névrite par stase, cette dernière joue le rôle prépondérant, il n'en est pas moins vrai que des accidents inflammatoires du tronc et des tuniques du nerf optique y ont également leur part. — Le rôle de l'hypertension intra-cranienne dans la papille de stase est prouvé par ce fait que souvent, immédiatement après la ponction lombaire qui abaisse la pression, la saillie de la papille diminue. Aussi, pour obtenir une diminution de la pression intra-cranienne dans les cas de tumeur cérébrale ou d'hydrocéphalie, a-t-on pratiqué la trépanation du crâne et obtenu, dans certains cas, une amélioration de la névrite avec relèvement de la vision. La trépanation se recommande particulièrement dans les cas où l'affection cérébrale est curable, notamment dans la méningite séreuse. En trépanant à temps, on empêche qu'après la guérison de l'affection principale, il persiste une cécité incurable.

Les affections du cerveau qui se compliquent de névrite optique sont tantôt des affections en foyer, tantôt des affections diffuses. Parmi les premières, ce sont principalement les *tumeurs du cerveau* qui produisent une névrite, et cela d'ordinaire sous forme de papille de stase. Dans ces cas, la névrite est si fréquente — elle ne manquerait que dans 10 p. 100, suivant d'autres dans 20-30 p. 100 de toutes les tumeurs cérébrales — qu'elle en constitue un symptôme des plus importants. Ce symptôme doit être d'autant plus pris en considération, que souvent une tumeur cérébrale peut se développer pendant longtemps, sans se manifester par aucun autre symptôme caractéristique, par exemple, en ne causant que de la céphalalgie, et celle-ci même peut faire défaut. *Dans tous les cas donc où l'on soupçonne une maladie du cerveau, il faut examiner le fond de l'œil à l'ophtalmoscope. C'est d'autant plus nécessaire que la stase de la papille ne se trahit quelquefois par aucun trouble visuel. Ce fait s'explique parce que dans la stase papillaire — du moins au début — il s'agit d'un œdème. Les troubles visuels sont produits par la compression des fibres nerveuses résultant de la tuméfaction œdémateuse. Mais il n'est pas du tout possible de juger du degré de la compression d'après l'aspect ophtalmoscopique de la papille. Aussi, à l'ophtalmoscope, on observera quelquefois une névrite très prononcée, tandis que le patient accuse une acuité visuelle normale. Dans un grand nombre de ces cas, la cécité survient plus tard, quelquefois en même temps que l'atrophie névritique.*

Il n'y a pas de rapport entre la grosseur et le siège du néoplasme et le déve-

loppement d'une stase de la papille. On a observé des papilles de stase dans des cas de tumeurs dont la grosseur ne dépassait pas celle d'une noix ; d'autres fois, des tumeurs très grosses ne sont accompagnées d'aucune névrite. De même, on trouve la névrite aussi bien si la tumeur se trouve dans le voisinage des voies optiques que si elle en est très éloignée, par exemple située dans le cervelet. — Au reste, dans les tumeurs cérébrales, on n'observe pas seulement de la névrite par stase, mais encore de la névrite descendante et de l'atrophie primitive du nerf optique. La première survient lorsque la tumeur provoque, dans les tissus avoisinants, une inflammation qui se propage au nerf optique. L'atrophie primitive peut se développer quand la tumeur exerce sur le chiasma ou la portion intra-cranienne des fibres optiques une pression qui en provoque la dégénérescence. Un exemple nous en est fourni par les cas intéressants de tumeur de l'hypophyse, qui, par la pression qu'elle exerce sur le chiasma, provoque une atrophie des nerfs optiques avec hémioptie temporaire (voyez p. 577). Une tumeur peut aussi produire une accumulation de sérosité dans le troisième ventricule, de façon que l'extrémité inférieure, qui s'en étend très loin en avant, comprime le chiasma. De cette manière, il se produit, dans les cas de tumeurs cérébrales, de l'amaurose, soit en l'absence de tout signe ophtalmoscopique, soit sous l'aspect d'une atrophie primitive.

Au nombre des affections en foyer du cerveau qui, quoique rarement, peuvent produire la névrite, il faut encore compter les ramollissements circonscrits, les abcès, les thromboses des sinus, les anévrysmes, les apoplexies, les kystes (y compris le cysticerque et l'échinocoque). Parmi les affections diffuses, ce sont la sclérose disséminée, la méningite aiguë et chronique et l'hydrocéphalie qui donnent lieu à la névrite. Les deux dernières (ainsi que la tuberculose cérébrale) constituent la cause la plus fréquente de la névrite chez les enfants. Souvent ce n'est que plus tard qu'on amène les enfants chez le médecin. Celui-ci trouve comme cause de la cécité une atrophie névritique, et il peut, par les données anamnestiques, établir qu'elle a été précédée d'une affection cérébrale grave. Cette cécité est incurable. On ne doit pas confondre avec cette atrophie les cas rares où les enfants deviennent aveugles sans raison connue et sans que l'on puisse observer d'altérations ophtalmoscopiques dans le fond de l'œil. Une pareille cécité, dont la cause est encore ignorée jusqu'ici, disparaît quelquefois (Nettleship). — On connaît quelques cas de névrite résultant d'une hydrocéphalie où l'on a observé un écoulement continu de sérosité — liquide cérébro-spinal — par le nez. La névrite se rencontre encore quelquefois dans les malformations du crâne (crâne en tourelle) et les traumatismes du crâne, notamment dans les fractures de la base, avec méningite consécutive. — Comme complication rare, on a observé la névrite dans les affections de la moelle épinière (notamment dans la myélite aiguë), dans la tétanie et dans la névrite périphérique.

Le nerf optique est très sensible aux troubles de nutrition de l'organisme en général. Parmi ceux-ci, il faut compter avant tout les maladies infectieuses ; on rencontre, bien que rarement, de la névrite optique après les exanthèmes

aigus (rougeole, variole, scarlatine) ; en outre, dans le typhus, la diphtérie, la pneumonie, l'influenza et la coqueluche. Parmi les maladies chroniques, nous citerons l'albuminurie, le diabète, la scrofule et l'anémie. Chez la femme, il y a souvent un rapport entre la névrite et les organes génitaux, en ce sens que la névrite survient dans les troubles de menstruation, la grossesse et la lactation. Ces cas comportent généralement un pronostic favorable, même s'il se produit une cécité complète passagère. Analogues en apparence, mais bien différents au point de vue de leur étiologie, sont les cas où, sous l'influence d'une affection cérébrale (tumeur, méningite séreuse), surviennent d'une part de l'aménorrhée, d'autre part de la papillite évoluant parallèlement. Le pronostic, ici, dépend de la lésion du cerveau. Parmi les intoxications, dans une acception plus restreinte, il faut citer, à côté du plomb, l'alcool et l'iodoforme. On connaît aussi quelques cas de névrite optique causés incontestablement par un refroidissement. Enfin citons encore les cas de névrite et d'atrophie du nerf optique après un coup de foudre.

b) Névrite rétrobulbaire.

§ 102. — La névrite rétrobulbaire siège dans la portion orbitaire du nerf optique. Il s'ensuit qu'à l'examen ophtalmoscopique on n'observe que des altérations papillaires nulles ou bien insignifiantes et nullement caractéristiques. Ce n'est que plus tard, lorsque la maladie est terminée, que la papille montre fréquemment les signes de l'atrophie. Celle-ci se produit lorsqu'au niveau du foyer inflammatoire les fibres du nerf optique ont été détruites. Dans ce cas, les bouts périphériques des fibres interrompues subissent la dégénérescence atrophique, qui se propage lentement jusqu'à la papille et y devient visible à l'ophtalmo-scopie (atrophie descendante). A cause de l'absence de modifications ophtalmoscopiques visibles, on doit diagnostiquer les cas récents de névrite rétrobulbaire, en se basant sur d'autres symptômes, surtout sur la nature des troubles visuels. Dans certains cas, ceux-ci peuvent aller jusqu'à la cécité complète, mais ils se bornent le plus souvent aux parties centrales du champ visuel, lesquelles sont desservies par le faisceau papillo-maculaire. Il se produit donc ainsi un scotome central dans le champ visuel.

La névrite rétrobulbaire se rencontre aussi bien sous la forme aiguë que sous la forme chronique. Les cas chroniques dépendent, le plus souvent, d'une intoxication chronique, notamment par le tabac (amblyopie nicotinique, § 104). Le pronostic de la névrite rétrobulbaire est en général favorable, en ce sens que, dans les cas où l'affection n'est pas trop avancée, l'acuité visuelle peut le plus souvent revenir à son état normal.

La forme aiguë de la névrite rétrobulbaire se distingue par l'apparition soudaine du trouble visuel. En peu de jours, celui-ci peut atteindre un tel

degré que toute perception lumineuse est perdue. Extérieurement l'œil semble sain ; à l'ophtalmoscope, c'est à peine si les vaisseaux paraissent un peu plus engorgés (au contraire, il existe quelquefois de l'ischémie de la rétine, ce qui a lieu lorsque les vaisseaux centraux subissent une compression à l'endroit où le nerf optique est enflammé). Ces phénomènes s'accompagnent fréquemment d'une violente céphalalgie ou de douleurs sourdes dans l'orbite. Ces dernières s'exagèrent, lorsque le patient meut l'œil ou quand on cherche à refouler l'organe dans la cavité orbitaire. Quelquefois les deux yeux sont atteints en même temps de cette affection.

Dans les cas bénins, l'affection rétrocede rapidement ; de jour en jour, la vision s'améliore, si bien qu'en 2 à 4 semaines elle est de nouveau à peu près normale. D'autres fois la guérison prend plus de temps, et d'ordinaire alors elle n'est pas complète, c'est-à-dire qu'il persiste un scotome central. Il arrive, mais rarement, que l'affection se termine par une cécité complète ; aussi il est difficile, au début, de poser un pronostic certain. On a parfois observé des récidives, même après des années.

La cause la plus fréquente de la névrite rétrobulbaire aiguë est un refroidissement intense. On l'observe également souvent dans des cas où — peut-être à la suite d'un refroidissement aussi — un catarrhe du nez l'a précédée. Ce catarrhe se propage aux sinus, surtout au sinus ethmoïdal, d'où l'inflammation, s'étend directement au tissu cellulaire de l'orbite et au nerf optique (comp. § 135). Comme preuve de la participation du tissu orbitaire à l'inflammation on trouve dans ces cas assez souvent un léger degré d'exophtalmie, ainsi qu'une paralysie de certains muscles oculaires, et particulièrement de ceux voisins des parois interne et supérieure de l'orbite (droit interne, grand oblique, releveur de la paupière et droit supérieur). La névrite rétrobulbaire aiguë peut aussi, comme la papillite, être consécutive à des maladies aiguës, des intoxications ou d'autres altérations de nutrition. La névrite héréditaire peut encore se présenter sous la forme d'une névrite rétrobulbaire aiguë. Enfin, on la rencontre dans la sclérose disséminée, et parfois comme symptôme du début. Le traitement de cette affection est le même que celui de la névrite en général. Dans le stade aigu, le traitement qui se montre particulièrement efficace est une cure sudorifique énergique.

II. — ATROPHIE DU NERF OPTIQUE.

§ 103. — L'atrophie du nerf optique se développe primitivement ou après une inflammation préalable. On distingue, par conséquent, l'atrophie en simple et en inflammatoire.

a) L'atrophie simple (primitive, véritable, non inflammatoire) est caractérisée par ce fait, que la papille devient d'abord plus pâle, ensuite tout à fait blanche ou blanc bleuâtre, au reste nettement limitée et légèrement excavée (excavation atrophique, voir p. 440). Le pointillé gris de la

lame criblée devient plus distinct et visible dans une plus grande étendue. Les vaisseaux papillaires les plus minces ont disparu, tandis que les vaisseaux rétiens ne sont pas notablement changés (en opposition avec l'atrophie inflammatoire où ces derniers vaisseaux ont également diminué de calibre). L'acuité visuelle baisse à mesure que l'atrophie fait des progrès, et cet affaiblissement peut aller jusqu'à la cécité complète. — Les causes de l'atrophie simple du nerf optique sont : 1° Les affections de la moelle épinière, surtout le tabes, qui est de loin la cause la plus fréquente de l'atrophie simple du nerf optique. L'atrophie se déclare habituellement dans le stade initial du tabes, à une époque où les symptômes ataxiques sont peu prononcés ou manquent totalement, et où il n'est pas encore facile d'établir le diagnostic de l'affection. Il est donc très important de connaître encore deux autres symptômes qui se manifestent d'ordinaire aussi de bonne heure. Le premier concerne la pupille, qui ne réagit plus sous l'influence de la lumière (symptôme d'*Argyll Robertson*, voir p. 33) et qui est généralement aussi très rétrécie (miosis spinal, p. 401). L'autre symptôme est l'absence du réflexe rotulien, découvert par *Westphal*. L'atrophie spinale du nerf optique atteint toujours les deux yeux, mais pas en même temps. Elle fait des progrès lents, mais conduit fatalement à la cécité, et elle mérite ainsi le nom d'atrophie progressive ; 2° Parmi les maladies du cerveau, la sclérose disséminée et la paralysie progressive des aliénés se compliquent d'atrophie. Les tumeurs et les autres maladies en foyer peuvent provoquer le développement de l'atrophie simple du nerf optique, en comprimant à l'intérieur du crâne le nerf ou le chiasma ; du point d'interruption, l'atrophie se propage peu à peu jusqu'au bout intraoculaire du nerf optique — atrophie descendante ; 3° La solution de continuité peut siéger aussi, cela va sans dire, plus près de la périphérie, par exemple dans l'orbite, où le nerf optique peut subir la dégénérescence atrophique à la suite d'inflammations, de blessures ou de compression par des tumeurs ;

b) L'atrophie inflammatoire est celle qui se manifeste comme terminaison d'une papillite ou d'une rétinite (atrophie névritique ou rétinique). L'atrophie inflammatoire se distingue encore de l'atrophie simple par ses symptômes ophtalmoscopiques. En effet, dans l'atrophie inflammatoire, la papille est traversée par du tissu connectif formé à la suite de l'inflammation. Dans l'atrophie névritique, au début, la papille affecte une teinte blanc grisâtre, et les bords en sont légèrement voilés. Les artères sont rétrécies et les veines engorgées et flexueuses. Plus tard, la papille devient blanche ou blanc bleuâtre, sans cependant laisser voir la lame criblée, comme dans l'atrophie simple. A ce moment, la papille est nettement limitée, mais souvent plus petite et irrégulière,