

de cette circonstance que la rétine elle-même, formée par l'épanouissement des fibres du nerf, est transparente et nous permet de voir, à l'ophthalmoscope, les vaisseaux de cette membrane et ceux des parties subjacentes. Cette transparence paraît être la conséquence de ce que les fibres nerveuses perdent leur *contour opaque*. Si, par exception, les mêmes fibres conservent ce contour, les portions correspondantes de la rétine deviennent opaques. Cette altération de la rétine se présente, à l'ophthalmoscope, sous la forme d'une plaque d'un blanc éclatant, plus ou moins étendue, tantôt très-rapprochée de la papille qui peut elle-même être envahie par l'altération, tantôt plus ou moins éloignée du nerf optique. Les vaisseaux de la rétine, ceux de la papille, sont masqués dans les points où existe la plaque. Celle-ci se termine, sur les bords, par une foule de raies blanches placées parallèlement les unes à côté des autres, ce qui donne à la circonférence de la plaque l'aspect de languettes. Parfois la même altération de la rétine se présente sous forme de petites aigrettes ou de quelques rayons isolés. Ces dernières particularités permettent de distinguer les fibres nerveuses à contour opaque de la rétine des exsudats de cette membrane et de la scléro-choroïdite postérieure.

On a cité des cas de *coloboma* de la rétine compliquant le coloboma de l'iris et de la choroïde.

Les vices de conformation du *nerf optique* sont également nombreux. L'*atrophie congéniale* de ce cordon a été constatée par plusieurs médecins. Seiler et Cerutti ont trouvé les nerfs optiques et d'autres nerfs du cerveau, réduits à leur névrilème, chez un hydrocéphale. Chez des nouveau-nés atteints de cette monstruosité, chez les *anophtalmes*, on a noté l'*absence partielle* ou *totale des nerfs optiques*. Une anomalie, plus fréquente, est l'arrêt de développement du nerf optique; lésion reconnaissable à l'ophthalmoscope aux mêmes caractères que l'*atrophie* du nerf optique (voy. plus loin).

Le *coloboma de la gaine de nerf optique* est une lésion rare. Il en est de même des vices de conformation suivants : l'*absence du chiasma des nerfs optiques*, existant seule, ou avec d'autres vices de conformation du cerveau, tels que la *microcéphalie* et l'*hémicéphalie*. Chez des cyclopes, on a vu les *nerfs optiques unis* entre eux pendant tout leur trajet.

Les *vaisseaux* de la papille optique, ceux de la rétine, présentent des arrêts de développement dont il importe de tenir compte pour apprécier certains troubles de la vision. A. de Græfe a observé un enfant de dix ans, dans l'œil droit duquel il n'existait pas un seul vaisseau ni sur la rétine, ni sur la papille. Il est plus fréquent de rencontrer des sujets chez lesquels les vaisseaux de la papille et de la rétine sont moins nombreux et d'un calibre moins considérable qu'à l'état normal; la vue a toujours été mauvaise depuis l'enfance. Cet état a été désigné sous le nom d'*anémie de la papille et de la rétine*.

## CHAPITRE II.

## INFLAMMATION DE LA RÉTINE.

L'étude de l'inflammation de la rétine est de date récente. Jusqu'à l'époque où l'ophthalmoscope a été introduit dans l'oculistique, on ne possédait sur ce sujet que des notions vagues. On rapportait à cette inflammation certains symptômes, sans vérifier, par l'examen direct, si la rétine est réellement compromise dans les manifestations morbides qu'on observe. Sichel, Weller, Rognetta, Mackenzie ont décrit, sous le nom de *rétinite*, d'autres états pathologiques de l'œil que nous rapportons aujourd'hui à l'*anesthésie* de la rétine, l'*asthénopie*, la *scléro-choroïdite*, etc.

## § 1. Rétinite aiguë.

Il ne nous paraît pas démontré qu'il existe une *rétinite aiguë*. Ce qui a été décrit sous ce nom, dans les observations de Cunier, Rivaud-Landrau, W. Cooper, se rapporte soit à une *hyperesthésie de la rétine*, soit à une *congestion* passagère de la *choroïde*.

## § 2. Rétinite chronique.

L'inflammation chronique de la rétine est liée le plus souvent à une phlegmasie de la choroïde. On distingue, dans cette affection, deux degrés : l'*hyperhémie* de la rétine et de la papille, et la *rétinite* proprement dite.

(a) *HYPERHÉMIE DE LA RÉTINE ET DE LA PAPILLE*. L'ophthalmoscope démontre, dans ce cas, un accroissement dans le nombre des vaisseaux de la papille et de la rétine. La papille optique, d'un blanc rosé dans l'état normal, offre une teinte d'un rose plus ou moins vif; le nombre de vaisseaux qui rampent à la surface du disque est plus considérable; toutefois, nous n'avons jamais constaté une multiplication aussi forte que le disent quelques ophthalmologues, qui assimilent, dans ce cas, l'aspect de la papille à celui de la cornée dans le *pannus* granuleux. On a aussi prétendu qu'alors la papille ressort moins manifestement sur le reste de la rétine parce que les vaisseaux dont elle est couverte en cachent les limites. Il est possible que cela se passe ainsi chez quelques sujets; mais il importe de ne pas oublier que, même chez des sujets qui n'accusent aucun trouble de la vision, dans la rétine desquels on ne découvre aucune congestion, la papille est quelquefois tellement mal accentuée qu'on ne la reconnaît que par le point d'émergence des vaisseaux centraux. J'ai cité des faits de ce genre dans mon *Traité des maladies des yeux* (t. I, p. 25). Il est aussi parfois difficile de reconnaître si le reste de la rétine est véritablement le siège d'une hyperhémie. Il y a de grandes variétés individuelles, sous le rap-

port du nombre de vaisseaux qui sillonnent la rétine ; tous ceux qui ont exploré un grand nombre d'yeux, savent qu'il est des sujets chez lesquels la vascularisation de la rétine est d'une grande richesse, bien qu'ils n'accusent aucun trouble de la vision. Ce qui semble au premier abord un état pathologique est l'état normal dans beaucoup de cas. C'est pour ne pas avoir tenu compte de ces variétés individuelles, qu'on a souvent diagnostiqué des congestions de la papille et de la rétine qui n'existaient pas en réalité, et qu'on a tourmenté bien inutilement les malades par des émissions sanguines répétées. On a encore cité, comme un des phénomènes appartenant à la congestion de la rétine, la possibilité, dans quelques cas, de voir les battements des veines de cette membrane. Ce symptôme n'a aussi qu'une valeur secondaire, attendu qu'on le constate chez des sujets qui n'accusent aucun trouble visuel.

La plupart des auteurs mettent sur le compte de l'hyperhémie de la rétine la prompte fatigue des yeux après l'application de ces organes sur de petits objets, le trouble momentané de la vision disparaissant par le repos des yeux. Ils y ajoutent la perception de mouches, la sensation de traînées lumineuses. Il nous est impossible, d'après nos propres observations, d'admettre ces faits. Le tableau symptomatologique que l'on trace de la congestion de la rétine, et qui est relatif aux troubles proprement dits de la vision, appartient à l'*asthénopie*, affection très-commune chez ceux qui exercent beaucoup leurs yeux. Or j'ai examiné maintes fois la rétine chez les *asthénopes*, sans jamais découvrir une vascularisation exagérée de cette membrane. Chez ceux qui ont des *mouches fixes*, affection bien commune aussi, et dont nous avons fait une étude spéciale (voy. notre *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 63 et suiv.), il ne m'a pas été donné non plus de constater une hyperhémie de la rétine ; enfin, la perception des traînées lumineuses concorde plutôt avec des altérations de la choroïde.

Il est vrai que les troubles de la vue dont nous venons de rappeler les caractères se rencontrent chez ceux qui ont beaucoup fatigué leurs yeux. Or il semble, au moins en théorie, que l'exercice prolongé de l'œil doive congestionner la rétine, comme cela arrive pour d'autres organes, et c'est probablement parce que, dans ces cas, on examine l'œil avec une idée préconçue, qu'on juge être de l'*hyperhémie* une vascularisation qui, en réalité ne s'éloigne pas de l'état normal.

Les causes que l'on a assignées à l'hyperhémie de la rétine, telles que le travail prolongé à la lumière artificielle sur des objets petits, rapprochés, brillants, les congestions encéphaliques, la masturbation, etc., doivent être rapportées à l'*asthénopie* et à la *congestion de la choroïde*.

(b) RÉTINITE EXUDATIVE. Elle est caractérisée par la formation de produits plastiques qui s'étalent à la surface de la rétine. Ces exsudats ont une épaisseur variable. Parfois ils sont tellement minces, qu'ils ressemblent à un *glacis gris bleuâtre* que l'on aurait étendu sur la couleur rose-orangée du fond de l'œil. On les voit généralement suivre le trajet des vaisseaux de la rétine, sous forme de petites traînées blanchâtres (voy. pl. III, fig. 10, de mon *Traité des maladies des yeux*). D'autres fois, ce sont des plaques

blanchâtres, plus ou moins épaisses, qui cachent les vaisseaux de la rétine au-devant desquels elles se déposent. Ce caractère les distingue des exsudats de la choroïde ; ces derniers sont en effet placés derrière les vaisseaux de la rétine, qui peuvent être suivis sans interruption depuis la papille jusqu'à l'*ora serrata* ; tandis que, dans la rétinite exsudative, les plaques masquent ces mêmes vaisseaux dans certaines parties de leur étendue, c'est-à-dire qu'on cesse de les voir à l'ophthalmoscope pour les retrouver plus loin. Il n'y a d'exception à cette règle que pour les cas très-rares où l'exsudat rétinien se recouvre lui-même d'une couche vasculaire de nouvelle formation ; alors on aperçoit les vaisseaux sur la plaque même. On a constaté parfois une atrophie des artères de la rétine et un développement exagéré du calibre des veines de cette membrane. Quelques auteurs ont encore noté, dans les cas de rétinite syphilitique, des ecchymoses multiples de la rétine et des altérations concomitantes de la choroïde.

**Causes.** La rétinite exsudative reconnaît souvent pour cause une diathèse syphilitique ; d'autres fois elle se développe sans cause appréciable.

**Symptômes.** Ils varient d'après le siège de l'exsudation. Si celle-ci occupe la rétine dans une grande étendue, la vision est abolie. S'il y en a plusieurs et de très-limités, les malades accusent la sensation de *lacunes* dans le champ visuel. Si l'exsudat se développe au niveau de la tache jaune, la vision *centrale* est abolie, pendant que la vision *périphérique* subsiste. Le contraire arrive, lorsque les exsudats se déposent au voisinage de l'*ora serrata*. Si l'affection est accompagnée d'une congestion choroïdienne, il y a parfois de la photopsie.

**Marche. Terminaisons.** La rétinite exsudative, de nature syphilitique, a parfois une marche irrégulière ; la vision est tantôt mauvaise, tantôt meilleure, ce qui tient probablement à ce que l'exsudation de la rétine subit des alternatives de résorption et d'épaississement. Cette variété se termine souvent par la guérison, sous l'influence d'un traitement approprié.

**Traitement.** Il est antiphlogistique et révulsif : application, à différentes reprises, de ventouses scarifiées ou de sangsues à la région temporale ; administration de purgatifs. Si on reconnaît l'existence d'une diathèse syphilitique, on a recours à la liqueur de van Swieten et à l'iode de potassium.

### § 3. Rétinite leucémique.

On désigne sous ce nom une variété d'inflammation de la rétine qui se développe chez les sujets atteints de *leucocythémie*. Elle a été décrite par Liebreich (voy. notre *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 404).

### § 4. Rétinite bouchonneuse ou embolique.

Ce nom a été donné par Schauenburg (de Bonn) à une inflammation de la rétine qui reconnaît pour cause la formation d'*embolies* ou de *petits bouchons* dans les vaisseaux de la rétine et de la choroïde. D'après le professeur