

lesynchisis étincelant. On observe enfin la persistance du canal de Cloquet et de l'artère hyaloïdienne, des corps étrangers divers et des cysticerques. La *persistance du canal de Cloquet* ou de l'artère hyaloïdienne est assez rare. On observe alors un cordon opaque à enveloppe claire qui va de la papille au pôle postérieur du cristallin ou qui, rompu en avant, adhère en arrière au fond de l'œil.

Le *cysticerque* constitue une vésicule bleuâtre surmontée parfois d'une tête carrée qui lui est rattachée par un col étranglé. La vésicule est animée de mouvements ondulaires et la tête, quand elle est visible, montre même ses crochets. Ses dimensions seraient d'un à plusieurs diamètres papillaires suivant son siège superficiel ou profond. L'inflammation du vitré entraîne à la longue des troubles considérables qui rendent le diagnostic direct à peu près impossible.

Des *corps étrangers* divers peuvent, avant que la transparence diminue, se montrer avec leur aspect normal brillant et leur couleur propre, ou bien former le centre d'un foyer spécial d'opacification.

CHAPITRE III

NERF OPTIQUE

§ 152. Les lésions du nerf optique sont de toutes les altérations oculaires celles qui le plus souvent appartiennent, comme symptôme concomitant, à une affection générale nerveuse; si l'on songe qu'à côté de celles-ci il existe des altérations idiopathiques du nerf fort semblables d'allures avec les premières, on comprendra que la classification de ces diverses maladies ne soit pas encore établie d'une manière rigoureusement satisfaisante.

Au point de vue descriptif, on peut distinguer les névrites des atrophies, bien que celles-ci dérivent de celles-là, mais, à notre sens, il vaut mieux les réunir dans un chapitre unique. Les excavations glaucomateuses et les autres affections seront décrites à part.

Cliniquement, il importe d'établir trois sortes de névrites susceptibles d'évoluer vers trois modes différents d'atrophie : 1° une névrite de *cause centrale* ou *descendante*, due à une lésion des centres nerveux (compression, inflammation, infection, lésion nucléaire); 2° une névrite *rétrorbulaire* [qui siège au niveau du nerf optique dans la portion intra-orbitaire comprise entre le chiasma et l'entrée des vaisseaux centraux]; 3° une *névrite ascendante* causée par une affection de nature oculaire et susceptible d'atrophier le nerf optique en remontant vers le cerveau. Cette névrite ascendante peut, elle-même, se diviser en *papillite simple*, si l'inflammation est limitée à la papille et provient des vaisseaux qui forment le cercle de Haller, et en *papillo-rétinite* lorsque la rétine, ou les parties de la rétine avoisinant la papille, prennent part à l'inflammation.

§ 153. **Névrite descendante.** — Quand la lésion centrale siège à la base du cerveau, on a les signes de la névrite dite par stase, ou *Stauungspapille* des Allemands et *shoke's Disc* des Anglais. La papille est œdémateuse et les bords sont effacés. Le disque optique est remplacé par un bouton proéminent et volumineux qui noie dans son épaisseur les vaisseaux, artères et veines. Les artères étant comprimées, sont d'ailleurs filiformes tandis que les veines sont volumineuses, tortueuses, variqueuses. Il existe même parfois des hémorragies dans l'épaisseur ou aux bords de cet œdème papillaire. C'est ce que de Wecker désigne sous le nom de *neuro-rétinite*.

Les choses ne se maintiennent pas perpétuellement en cet état; le gonflement papillaire s'affaisse peu à peu, les vaisseaux reprennent plus ou moins complètement leur volume et la circulation se rétablit dans une mesure variable. Il reste

toujours à la suite de cette névrite descendante un certain degré d'atrophie papillaire caractérisée, outre la blancheur du disque, par un halo brunâtre, pigmenté, environnant de toute part la papille optique. Même en dehors d'autres signes, l'examen ophtalmoscopique peut ainsi permettre de reconnaître que l'atrophie optique examinée a été précédée autrefois d'une névrite descendante.

Si la lésion centrale siège dans la masse cérébrale et

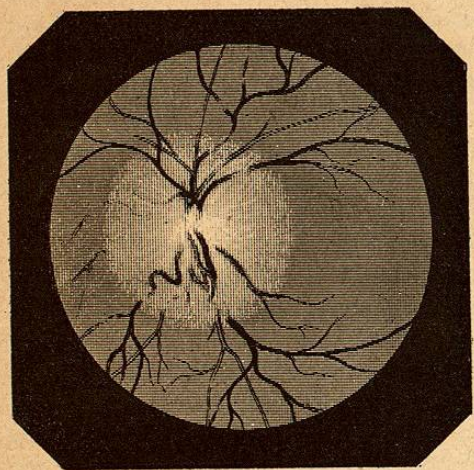


FIG. 137. — Stase papillaire.

surtout vers les noyaux, comme il arrive dans les tabes, qui est une affection cérébro-médullaire, la névrite optique n'existe pour ainsi dire pas et se manifeste immédiatement par des signes d'atrophie dite atrophie grise. La papille devient grisâtre et surtout uniforme; les vaisseaux artériels se rétrécissent légèrement. Ce qui montre que cet état de la papille est une névrite en même temps qu'un processus atrophique, c'est que le disque paraît plutôt un peu plus gros que nature, un peu gonflé, au lieu d'être réduit de volume comme dans l'atrophie blanche.

§ 154. **Névrite rétrobulbaire.** — La papille reste nette, sans nuages ou avec un léger voile à peine sur ses bords, les vaisseaux conservant leur physionomie normale. Le phénomène caractéristique est donc la pâleur qui envahit le disque

optique dans son segment externe. Cette décoloration, qui ne semble être tout d'abord qu'une exagération de l'état normal, arrive à se prononcer tellement qu'elle apparaît facilement à l'examen ophtalmoscopique. Peu à peu ensuite, mais avec une excessive lenteur, la décoloration envahit tout le disque optique pour donner l'aspect d'une *atrophie blanche simple*. Alors les vaisseaux sont réduits de volume et la papille apparaît blanche, d'une blancheur de porcelaine. Plus rarement l'atrophie reste partielle et limitée au segment externe.

§ 155. **Névrite ascendante. Papillite et papillo-rétinite.** —

La papille seule est rosée uniformément et ses contours sont effacés dans le premier cas; dans le second, la teinte rose uniforme et nuageuse s'étend à une région voisine plus ou moins

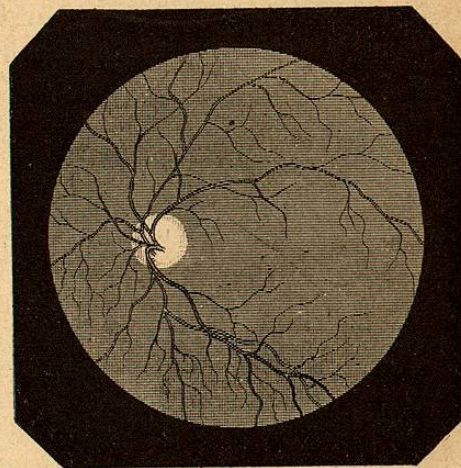


FIG. 138. — Atrophie blanche.

large de la rétine. Le fond de l'œil reste uniforme, c'est là le signe ophtalmoscopique principal, mais l'œdème est peu marqué et les vaisseaux ne disparaissent pas au sein du gonflement; ils sont à peine ondulés et la circulation paraît peu gênée. Ceci se rencontre principalement comme accident local dans la période secondaire et tertiaire de la syphilis, mais on peut voir aussi la papille devenir le siège d'une légère papillite, d'une couleur rosée ou jaunâtre régulière, dans les affections rétiniennes albuminuriques ou diabétiques. Ces lésions peuvent virer à l'atrophie optique, toutes

par un processus identique, et peu à peu la papille devient blanchâtre sans présenter ce halo caractéristique qui est l'apanage de la névrite descendante. A ce moment, les vaisseaux artériels subissent un rétrécissement progressif.

§ 156. **Glaucome.** — Les états glaucomateux comprennent des types divers et peut-être des maladies différentes; toutefois, au point de vue de l'ophtalmoscopie, il suffit de connaître les formes cliniques courantes.

Dans le glaucome *irritatif*, aigu et subaigu, caractérisé par des douleurs modérées ou très vives et par un trouble vitréen plus ou moins considérable mais suffisant ordinairement pour empêcher d'apercevoir le fond de l'œil au moment des accès douloureux, l'iris est terne ainsi que la cornée, la pupille ovoïde, semi-dilatée et immobile, la chambre antérieure effacée.

Dans le glaucome *absolu*, qui est la forme ultime de la maladie, l'œil est devenu inéclairable et la pupille apparaît verdâtre par suite d'altérations secondaires du cristallin.

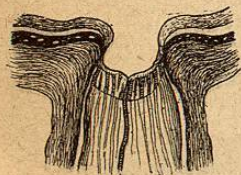


FIG. 139. — Excavation glaucomateuse (coupe).

Le glaucome *simple* ou *chronique* est celui dans lequel l'examen ophtalmoscopique donne les plus précieux résultats; il peut être chronique d'emblée ou se présenter, avec ses caractères propres, dans l'intervalle des crises aiguës ou subaiguës du processus glaucomateux. Son caractère

fondamental réside dans l'excavation du nerf optique.

L'*excavation glaucomateuse*, qui est la caractéristique du glaucome chronique et qui se voit dans le glaucome irritatif entre les accès, se distingue de l'excavation physiologique en ce qu'elle s'étend à toute la surface papillaire. Les bords de l'excavation sont constitués par les bords de la papille et, par altération de voisinage, on observe un halo péri-papillaire atrophique, dit halo glaucomateux.

L'excavation glaucomateuse se reconnaît à la teinte un peu

bleuâtre du fond et surtout à l'attitude des vaisseaux qui y plongent en faisant un *crochet*; celui-ci est très visible quand le vaisseau ne paraît pas se continuer directement avec lui-même dans le fond de l'excavation. La dépression papillaire peut être plus ou moins profonde; elle l'est tellement parfois que les vaisseaux disparaissent complètement au bord de l'excavation dans laquelle ils vont s'enfoncer. Ce cas se présente nettement quand la chute des bords de l'excavation est exagérée jusqu'au retrait à pic.

On peut observer tous les degrés dans l'excavation depuis la coudure légère des vaisseaux jusqu'à leur disparition. Dans les excavations très profondes, le fond apparaît bleuâtre et strié; c'est la lame criblée, mise à nu par l'atrophie de l'extrémité du nerf optique, qui présente cet aspect.

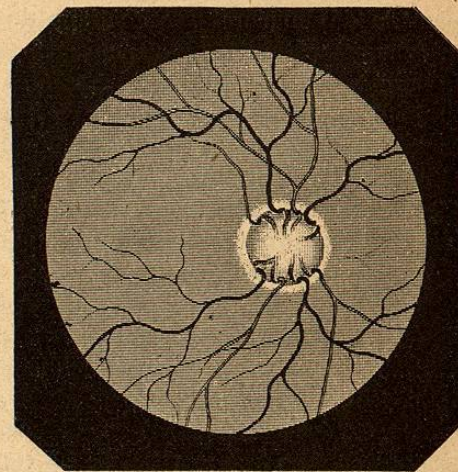


FIG. 140. — Excavation glaucomateuse du nerf optique, avec crochets des vaisseaux.

L'excavation glaucomateuse, en effet, ne s'explique pas sans un processus marqué d'atrophie, ce qui avait fait dire à Mauthner qu'il s'agissait dans ce cas plutôt d'atrophie que de glaucome. Il existe d'ailleurs, dans la dernière période de l'atrophie optique simple, un enfoncement général de toute la surface papillaire qui mérite parfois le nom d'*atrophie optique avec excavation*.

Un phénomène objectif intéressant, en certaine mesure, pathognomonique du glaucome, est l'apparition du *pouls*

artériel. Ce phénomène peut être produit à l'état physiologique par une forte pression sur le globe; la tension glaucomateuse seule ou aidée de la plus faible pression sur l'œil le réalise chez les glaucomateux. Le phénomène s'observe surtout facilement par l'examen à l'image droite qui donne un plus fort grossissement.

L'excavation n'est pas toujours, pas souvent même, égale des deux côtés. On reconnaît qu'il s'agit d'une excavation et non d'une saillie (ce qu'avait cru longtemps de Græfe) en remarquant le déplacement parallaxique de l'image par rapport au mouvement de l'œil. On peut aussi évaluer la profondeur de l'excavation en calculant la réfraction exacte des bords et du fond de ladite excavation et en tenant compte de la donnée connue que 1 millimètre de différence équivaut à 3 dioptries de réfraction.

§ 157. **Hémorrhagies, blessures, tumeurs.** — Les *hémorrhagies* de la gaine du nerf optique entraînent une cécité brusque à la manière de l'embolie de l'artère centrale de la rétine. C'est aussi, à peu près le même aspect ophtalmoscopique, avec cette différence que l'épanchement sanguin apparaît ordinairement sous la forme d'une tache noirâtre au bord de la papille ou dans le champ papillaire à travers la lame criblée; cet épanchement peut se diffuser vers la rétine. Dans les états anciens de cette lésion, on voit, au pourtour de la papille, des amas pigmentaires qui enserrant un disque optique plus ou moins atrophié. Il est même possible de reconstituer l'affection à l'aide de l'examen ophtalmoscopique.

Les *blessures* du nerf optique sont rares à l'état isolé. Elles compliquent le plus souvent des traumatismes tellement graves que l'état de la papille est de mince d'importance au début des accidents. Plus tard l'atrophie optique est à peu près la règle.

Les *tumeurs* se manifestent par deux ordres de signes ophtalmoscopiques qu'il suffit d'indiquer : 1° par de la stase papillaire si le néoplasme siège en deçà de l'entrée des vaisseaux centraux dans le nerf; 2° par de l'atrophie simple des

fibres sans œdème si la tumeur se trouve dans le fond de l'orbite, au delà des vaisseaux propres de la rétine.

CHAPITRE IV

RÉTINE

Les affections de la rétine sont le plus communément représentées, dans le début de leur évolution, par deux manifestations essentielles : les hémorrhagies et les exsudats. Ce n'est que plus tard que ces deux genres d'altérations se confondent en une seule lésion, assez semblable à elle-même dans tous les cas, et qui est l'atrophie. Les hémorrhagies ou apoplexies de la rétine surtout présentent des caractères très intéressants à connaître.

§ 158. **Hémorrhagies.** — La couleur des hémorrhagies rétinienne varie du rouge vif au rouge foncé presque noir, suivant l'épaisseur du foyer hémorrhagique. Leur forme doit être examinée avec le plus grand soin, car elle entraîne des considérations importantes relatives au siège de l'épanchement dans l'épaisseur de la membrane rétinienne. Elles sont diffuses ou localisées.

1° Tantôt de coloration rouge vineux, les taches sanguines sont peu nombreuses mais présentent une étendue considérable; on les désigne sous le nom d'*hémorrhagies en nappe*. Anatomico-pathologiquement, elles sont dues à la rupture d'un gros vaisseau de la rétine et siègent dans les couches les plus superficielles de la membrane ou même sous l'hyaloïde. A l'ophtalmoscope, on constate des placards d'un brun rougeâtre foncé, très opaques et irrégulièrement disposés. Ces taches sont simples ou multiples. Quand elles siègent directement sous la membrane hyaloïde, elles peuvent se condenser à la partie la plus déclive de la poche hyaloïdienne décollée et se comporter comme un épanchement liquide ordinaire dont la limite est plane,