

La *sclérotomie* ou *ophthalmotomie postérieure* peut simplement préparer à l'iridectomie en reconstituant la chambre antérieure dans les glaucomes aigus ; il vaut mieux la réserver aux glaucomes absolus, pour éviter l'énucléation.

La *névrotomie optico-ciliaire* s'appliquerait également aux glaucomes absolus extrêmement douloureux.

L'*iridectomie* de de Græfe est le véritable traitement du glaucome aigu et irritatif. Elle est parfois difficile ou dangereuse et peut être combinée à la sclérotomie. Pour le glaucome simple, De Vincentiis préconise, au lieu de la sclérotomie, l'incision de l'angle irido-cornéen.

L'*énucléation* convient aux glaucomes absolus très douloureux ou aux complications inflammatoires ou post-opératoires externes, mais on peut quelquefois lui préférer l'arrachement ou l'élongation du nerf nasal externe. Elle peut être avantageuse, si l'on estime que le glaucome absolu d'un œil exagère le glaucome du congénère. Dans le glaucome hémorragique, l'opération radicale est souvent, d'ailleurs, la seule ressource.

CHAPITRE XVI

MALADIES DE LA RÉTINE

I. — Blessures.

§ 401. Les piqûres, les plaies, les contusions, les projectiles produisent des hémorragies, des déchirures, des décollements de la rétine. On observe, en outre, dans la contusion, des troubles spéciaux, que Berlin rapporte à la *commotion de la rétine*. A la suite d'un choc sur l'œil, la rétine présente, au point frappé et même au point diamétralement opposé, une opacité blanchâtre que l'on a attribuée à de l'œdème. La vision faiblit, un scotome apparaît, puis tout rentre dans l'ordre.

Après certaines contusions, on a enfin noté une sorte de *paralysie* ou de *stupeur rétinienne* plus ou moins prolongée. Enfin, après une *excitation intense* par fixation d'une vive lumière, du soleil, d'une éclipse, par réverbération de la neige, on a observé des scotomes centraux, des hémorragies, des atrophies consécutives. Czerny put produire expérimentalement, dans ces conditions, des lésions destructives de la rétine.

II. — Rétinites.

§ 402. **Généralités.** — L'inflammation de la rétine altère sa transparence. La lésion est parfois diffuse, mais elle se localise de préférence en certaines régions : la macula, la papille, la périphérie. La congestion vasculaire est habituelle ; des hémorragies, des exsudats le long des vaisseaux et surtout des dépôts circonscrits, arrondis, fusiformes, se rencontrent en outre et de préférence vers le pôle postérieur de l'œil.

L'inflammation peut frapper les divers éléments constitutifs de la rétine. Les couches externes et surtout l'épithélium pigmentaire sont plus ordinairement touchés.

L'inflammation désorganise la couche épithéliale et il se constitue des accumulations de pigment autour des plaques exsudatives. Répétée, elle entraîne l'atrophie complète. La choroïde et le vitré sont souvent altérés ; le nerf optique est affecté consécutivement. La diminution de la vision paraît généralement en proportion des lésions que l'on constate à l'ophtalmoscope, mais il n'y a pas de corrélation absolue.

Les scotomes fixes correspondent aux plaques exsudatives, et les scotomes mobiles, aux troubles du vitré.

Dans l'examen ophtalmoscopique des rétinites, on doit considérer surtout l'aspect des vaisseaux, leurs troubles et leur situation par rapport aux exsudats, à leur siège, etc. On remarquera aussi les lésions concomitantes du vitré, de la choroïde et du nerf optique.

L'acuité, le champ visuel, la chromatopsie et aussi l'origine des rétinites indiqueront leur gravité.

Les rétinites sont rarement primitives. On les observe presque toujours consécutivement à des inflammations propagées par le nerf optique et la choroïde ou bien dans le cours des maladies générales. Leur traitement relève surtout de la cause première, mais on doit tenir grand compte de l'état local.

Nous étudierons spécialement les rétinites hémorragique, albuminurique, diabétique, leucémique et pigmentaire.

§ 403. **Rétinite albuminurique.** — Les troubles visuels dans l'albuminurie furent d'abord indiqués par Bright et Barlow, surtout par Landouzy; Virchow les rattacha aux altérations de la rétine; Liebreich décrivit les phénomènes ophtalmoscopiques.

La rétinite albuminurique est une affection fréquente, à manifestations généralement significatives. On y observe des hémorragies, des plaques blanchâtres et des troubles œdémateux neuro-rétiniens.

Les vaisseaux se congestionnent et présentent sur leur parcours des hémorragies en flammèches de dimensions variables; la papille et la région papillaire sont œdémateuses; un exsudat nuageux recouvre partiellement les vaisseaux. La caractéristique des rétinites albuminuriques graves est un état nébuleux uniforme de la papille d'où partent des artères transformées en cordons blancs, absolument imperméables à la circulation. Ces lésions, à ce degré, sont fatales, aboutissant à l'atrophie complète du nerf et à la cécité. Des taches agglomérées autour de la macula sont variables dans leur nombre, leurs dimensions et leur aspect. Grisâtres au début, elles deviennent plus tard blanches, puis jaunâtres, toujours miroitantes, parfois éclatantes, formant souvent une figure rayonnée comme une étoile à branches multiples.

Dans certains cas, les hémorragies dominent; on ne constate que de l'œdème papillo-maculaire; enfin des troubles visuels peuvent exister sans manifestations ophtalmoscopiques.

Les sujets accusent de l'amblyopie presque toujours bilatérale et plus ou moins considérable. Cette amblyopie n'est

pas nécessairement en rapport, nous l'avons vu, avec les symptômes ophtalmoscopiques.

La pupille est dilatée. Les jambes et le visage peuvent être œdématisés. Les urines sont ordinairement, mais non constamment, albumineuses.

Les symptômes oculaires se modifient lentement. La vision se rétablit parfois complètement; le plus souvent, un certain degré d'amblyopie persiste. Une cécité à peu près absolue peut se produire.

Les taches péri-maculaires restent longtemps jaunâtres; à la longue, elles se transforment en plaques d'atrophie avec bordure de pigment. Le nerf optique demeure toujours un peu pâle, même malgré l'intégrité de la vision.

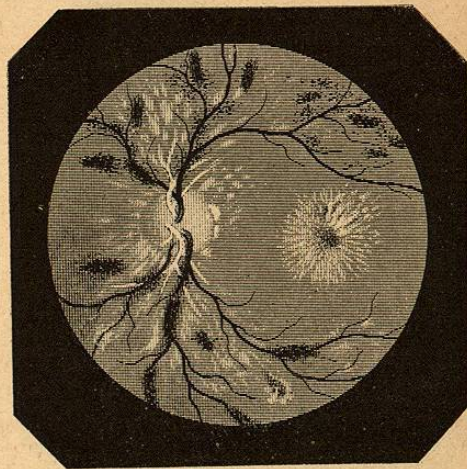


FIG. 51. — Rétinite albuminurique. Hémorragies, plaques laiteuses, étoile maculaire.

La rétinite albuminurique s'observe dans le quart ou le cinquième des néphrites. Les hémorragies seraient plus fréquentes dans la néphrite interstitielle, les exsudats dans la néphrite parenchymateuse.

Les lésions de la rétinite albuminurique sont surtout vasculaires et exsudatives. Les artères subissent la dégénérescence hyaline, laquelle les rend friables et provoque des ruptures, des hémorragies; celles-ci se produisent du côté des couches internes de la rétine, mais peuvent aussi envahir les couches externes du vitré. Les éléments rétiniens sont comme dissociés par une exsudation séreuse; les fibres papillaires

sont plus ou moins sclérosées. Les plaques périmaculaires subissent la dégénérescence graisseuse. La rétine entière, dans les cas graves et prolongés, présente une sorte d'état cicatriciel et de larges adhérences avec la choroïde. Sa couche pigmentaire est profondément altérée.

La rétinite albuminurique est facile à reconnaître à ses caractères ophtalmoscopiques joints à la présence de l'albumine dans l'urine. On l'a observée cependant à la période préalbuminurique.

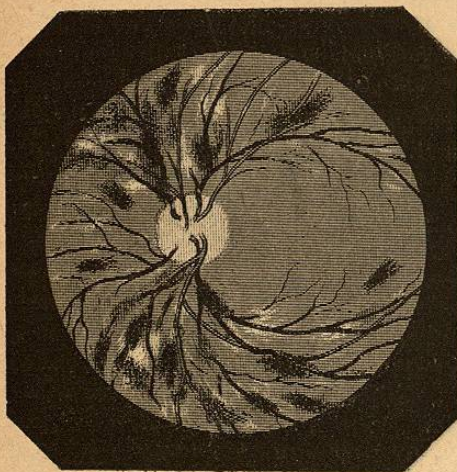


FIG. 52. — Rétinite diabétique. Hémorragies le long des vaisseaux.

Le traitement est d'abord exclusivement médical : régime lacté, iode de potassium, pilocarpine ; plus tard, électrothérapie, antipyrine, injections de strychnine.

§ 404. **Rétinite diabétique.** — Elle est moins fréquente que la rétinite albuminurique.

Les hémorragies y sont habituelles. On les rencontre diffuses ou localisées dans la région papillo-maculaire. On en a constaté dans le vitré. Quand il apparaît des taches blanchâtres exsudatives, le diabète se complique généralement d'albuminurie. La névrite optique est assez commune. Nous l'avons observée fréquemment chez les glycosuriques abusant du tabac et de l'alcool.

La rétinite diabétique tient à la sclérose vasculaire et à la dyscrasie sanguine. On l'observe dans le diabète grave ou ancien. Le diabète insipide, l'oxalurie, etc., peuvent aussi

la provoquer. La prédominance des hémorragies, la pâleur du nerf optique et l'examen des urines font reconnaître la rétinite diabétique et permettent de la distinguer des autres rétinites.

Le traitement est général, diététique. La pilocarpine d'abord, l'électrothérapie, la strychnine ensuite, pourront rendre quelques services.

§ 405. **Rétinite leucémique.** — Le fond de l'œil est pâle, les vaisseaux sont simplement rosés, bordés d'un liséré blanchâtre ; des hémorragies s'observent de préférence vers les régions équatoriales. On rencontre des infiltrations leucocytiques dans la rétine et jusque dans la choroïde. La vision s'altère progressivement.

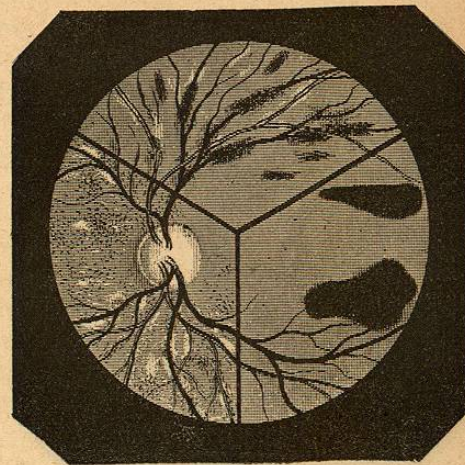


FIG. 53. — Diverses variétés d'hémorragies rétinienne : en plaques ; en flammèches ; en pointillé.

Les symptômes généraux de la leucémie, l'aspect

pâle du fond de l'œil, les hémorragies périphériques et l'examen du sang permettent d'établir le diagnostic.

Affection grave à tous égards. Traitement médical.

§ 406. **Rétinite syphilitique.** — La vision s'affaiblit plus ou moins. Il existe de l'héméralopie, des photopsies, des scotomes, de la dyschromatopsie. Elle est parfois précédée ou accompagnée d'iritis spécifique ; la choroïde est généralement atteinte. La région maculaire est particulièrement affectée. Enfin, l'affection est unilatérale. Ce sont là les

principaux éléments du diagnostic. La coexistence de troubles spécifiques a aussi une grande valeur.

Le traitement doit être spécifique et prolongé. Les injections sous-cutanées ou intraveineuses de sublimé ou de cyanure seront surtout indiquées.

§ 407. **Rétinite hémorragique.** — Elle est caractérisée par des épanchements sanguins dans la rétine. La vision diminue, des scotomes peuvent être constatés dans le champ visuel.

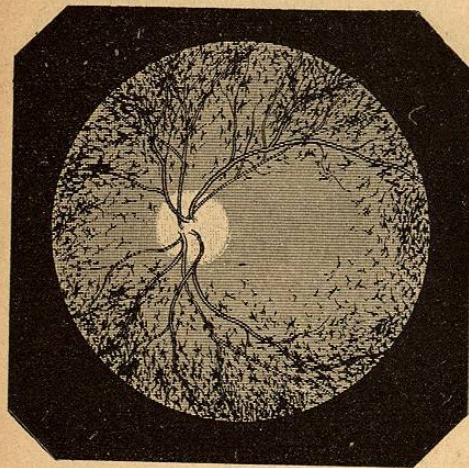


FIG. 54. — Rétinite pigmentaire. Papille blanche, amas de pigments périphériques.

Une poussée de glaucome peut survenir (*glaucome hémorragique*). A l'examen ophtalmoscopique, on trouve des hémorragies disséminées et d'aspect varié, en pointillé, en flammèches, en larges plaques le long des vaisseaux.

Les veines sont gonflées et les artères étroites, minces, scléreuses; cet état est manifeste sur les vaisseaux

des membres. La résorption est lente, la récurrence fréquente. L'artério-sclérose, la syphilis sont en cause.

Le traitement est surtout général; toutefois les myotiques, la pilocarpine en particulier, rendent quelques services.

§ 408. **Rétinite pigmentaire.** — La rétinite pigmentaire est une dégénérescence ou une atrophie de la rétine consécutive à certaines affections (syphilis, choroïdite), ou bien congénitale. La variété congénitale est la plus importante et comprend certaines formes, dites acquises, dont le début a passé inaperçu.

Dans la rétinite acquise comme dans la rétinite congénitale, les symptômes et les lésions sont fort analogues; quelques caractères que nous indiquerons en terminant permettent toutefois de les distinguer.

On constate de l'héméralopie, du rétrécissement concentrique du champ visuel et la pigmentation anormale de la rétine.

Les malades voient moins le soir que dans la journée, à la lumière faible qu'à la lumière vive; la vision centrale se conserve et la vision périphérique diminue; l'acuité même restant normale, le champ visuel se rétrécit d'une manière concentrique, à tel point que, vers la dernière période, les sujets ont de la peine à se conduire, malgré qu'ils puissent lire convenablement. A la longue, cependant, la macula est affectée et il peut apparaître du nystagmus.

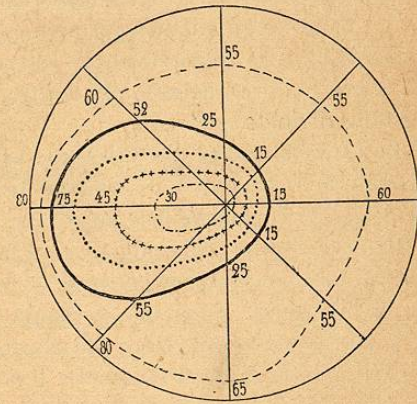


FIG. 53. — Champ visuel dans une rétinite pigmentaire de l'œil gauche (Masselon).
--- limite normale; — blanc; ... bleu; +++ rouge; --- vert.

A l'ophtalmoscope, on constate des îlots de pigment, des vaisseaux très rétrécis et une atrophie plus ou moins complète de la papille qui offre une coloration uniforme, jaune rosé ou hortensia, caractéristique. Il peut survenir en dernier lieu des troubles cristalliniens (cataracte postérieure).

Les taches pigmentaires sont très caractéristiques.

Dans la *forme congénitale*, celles-ci ont l'aspect de corpuscules osseux, surtout excentriques et régulièrement décroissantes de l'ora serrata à la macula; il arrive souvent, toutefois, qu'elles sont irrégulières ou réduites à des proportions

infimes; on a même cité des cas où les îlots pigmentaires faisaient absolument défaut.

Dans la *forme acquise*, presque toujours syphilitique et liée à de la choroïdite, les amas de pigment sont de dessin ou de disposition différente. Ils ont l'aspect de cercles, de demi-cercles, comme les syphilides cutanées, d'étoiles ou bien de traînées le long des vaisseaux. Ces amas sont irréguliers, mal délimités, analogues à des pâtés d'encre noire sur le papier. La choroïde et le cristallin sont souvent altérés.

Les taches pigmentaires rétinienne deviennent d'ordinaire superficielles et recouvrent les vaisseaux de la rétine; dans les taches choroïdiennes, par contre, les vaisseaux rétinien restent distincts en avant.

Le rétrécissement des vaisseaux est très remarquable. Les artères se réduisent à de simples traînées blanchâtres s'accentuant de la périphérie au centre.

Dans la rétinite pigmentaire, il se fait un travail de sclérose qui aboutit à l'atrophie générale et concentrique de la membrane nerveuse. Tous les éléments anatomiques, nerveux, vasculaires ou conjonctifs, sont plus ou moins affectés.

Quand l'atrophie est complète, il ne reste qu'un tissu réticulé cicatriciel, vestige de la trame rétinienne et contenant du pigment; les vaisseaux sont oblitérés et transformés en cordons fibreux.

La rétinite pigmentaire congénitale se révèle parfois assez tard et marche lentement. Elle est souvent héréditaire; la consanguinité n'aurait d'importance que par l'hérédité (Trousseau). La surdité, la mutité, l'idiotie coexistent fréquemment. Elle paraît bien fatalement progressive et aboutit à la longue à la presque cécité. L'évolution totale peut être rapide ou même se produire pendant la période intra-utérine, de manière que les enfants naissent aveugles (Leber).

La rétinite acquise a des allures plus vives; elle peut être arrêtée dans sa marche, mais s'amende rarement.

La forme congénitale se distingue assez aisément, sauf exception, de la forme acquise.

Dans la rétinite congénitale, les taches pigmentaires sont régulières, à développement progressif; l'aggravation est lente, les couleurs restent perçues, l'hérédité paraît fréquente.

Dans la rétinite acquise, les taches pigmentaires sont irrégulières, larges; le développement est tardif et inégal, le rétrécissement visuel, irrégulier; syphilis fréquente, iritis ou choroïdite concomitante.

Le traitement doit être général et local. Dans la forme congénitale, les fortifiants, l'hygiène seuls sont de mise; dans la forme acquise syphilitique, l'iodure à hautes doses, les arsenicaux les mercuriaux surtout en injections, sont particulièrement indiqués.

III. — Décollement de la rétine.

§ 409. — Le décollement de la rétine n'est bien connu que depuis la découverte de l'ophtalmoscope. Il est constitué par la séparation morbide de la membrane nerveuse d'avec la choroïde. Il s'effectue en réalité, non entre la choroïde et la rétine, mais entre la couche pigmentaire et les autres couches de cette dernière.

Symptômes. — Le décollement se produit dans les régions antérieures ou postérieures de la rétine; il est partiel ou total.

On constate à l'ophtalmoscope une membrane blanc grisâtre, mince, présentant des plis linéaires bleuâtres et tapissée de vaisseaux rétinien. Cette membrane est située en avant de la choroïde, parfois flottante. Les vaisseaux partent de la papille, font un coude au niveau de la zone décollée et la suivent en indiquant ses plis, ses dépressions et ses saillies. Dans les cas de décollement total, la rétine, n'adhérant plus qu'à la papille et à l'ora serrata, prend un aspect infundibuliforme, en cloche, en parapluie.

Les malades accusent une diminution plus ou moins considérable de la vision, parfois un rétrécissement extrême du champ visuel. Celui-ci est réduit dans un simple segment, si une portion de la rétine est seulement détachée; il est