

*arrondie, rougeâtre* ; parfois, cachée par l'iris, elle ne devient appréciable que lorsqu'elle a gagné l'orifice pupillaire. Sa forme constante et sa fixité, malgré les mouvements que l'on imprime à l'œil, la distinguent des décollements de la rétine, qui sont tremblotants.

## TUMEURS DE LA CHOROÏDE.

Ce sont des *sarcomes*, des *mélano-sarcomes* et des *cancers*. Wecker a signalé un myome et Follin une tumeur dermoïde.

*Ophthalmoscope*. — Tumeur de volume variable occupant le corps vitré, s'avancant derrière l'iris et faisant d'incessants progrès au point d'envahir le nerf optique, de détruire la sclérotique et de se propager, soit à l'encéphale, soit aux parties molles de l'orbite.

*Troubles fonctionnels*. — Ils consistent en troubles visuels allant jusqu'à la cécité et en douleurs fort vives. Ces désordres tiennent à la destruction de la rétine, à l'augmentation de la tension intra-oculaire par la présence de la tumeur, enfin à la nature maligne de la tumeur elle-même.

*Traitement*. — Extirpation si on a lieu de croire que la totalité de la tumeur peut être enlevée (voy. *Sarcomes et Cancers*)<sup>1</sup>.

## IRIDO-CHOROÏDITE OU CYCLITE.

Les deux affections que nous avons décrites isolément, l'iritis et la choroïdite, s'unissent et se confondent dans la très grande majorité des cas, ce qui s'explique aisément par le voisinage de ces deux membranes et surtout par les relations vasculaires qui les unissent.

En clinique, on se souviendra de cette union importante. Il est inutile de répéter les symptômes.

## VI. — Maladies de la rétine.

## A. — TROUBLES CIRCULATOIRES.

La rétine est cette membrane grisâtre, molle et transparente sur

1. On a signalé l'existence des tubercules (granulations grises) développés dans la choroïde, dans certains cas de phthisie aiguë, et même chronique, jusqu'à présent leur diagnostic n'a été fait qu'à l'autopsie.

laquelle vient se peindre en miniature l'image du monde extérieur ; elle embrasse le corps vitré, et se trouve placée entre lui et la choroïde, à laquelle elle est simplement juxtaposée, ce qui explique la facilité de ses décollements. — La rétine a donc à peu près la forme d'une demi-sphère à concavité dirigée en avant : c'est cette concavité que l'on examine à l'ophtalmoscope ; elle représente : 1<sup>o</sup> la *papille* du nerf optique ; 2<sup>o</sup> la *tache jaune* ou macula ; 3<sup>o</sup> les *vaisseaux rétinien*s qui émergent du centre de la papille. (Nous avons déjà étudié ces divers détails, voy. *Examen de l'œil*).

La rétine est composée d'éléments nerveux plongés au milieu d'une trame conjonctive ; ces éléments nerveux, dont la connaissance n'offre que peu d'intérêt aux cliniciens, forment sept couches qui sont, en procédant du corps vitré vers la choroïde : 1<sup>o</sup> la couche des fibres du nerf optique ; 2<sup>o</sup> la couche ganglionnaire ; 3<sup>o</sup> la couche moléculaire ; 4<sup>o</sup> la couche granuleuse interne ; 5<sup>o</sup> la couche intermédiaire ; 6<sup>o</sup> la couche granuleuse externe ; 7<sup>o</sup> la couche des cônes et des bâtonnets.

L'*HYPERHÉMIE* de la rétine s'observe chez les hypermétropes dont l'accommodation s'effectue avec effort, chez les gens qui restent longtemps exposés à une vive lumière, chez ceux qui sont sujets aux congestions encéphaliques, qui sont atteints de lésions cardiaques.

Ces personnes redoutent la lumière, et, pour peu qu'elles s'appliquent à la lecture ou à un travail minutieux, elles éprouvent un sentiment de tension et de gêne dans l'œil, bien que leur acuité visuelle soit intacte.

L'ophtalmoscope montre que la rétine est plus rouge qu'à l'état normal ; très souvent, à moins que l'hyperhémie ne soit exclusivement artérielle, on aperçoit des veines dilatées et tortueuses.

Si l'hyperhémie se rattache à un trouble de la réfraction, on le corrigera par des verres appropriés. L'hyperhémie sera combattue par les dérivatifs sur le tube intestinal et l'emploi des verres teintés (bleu de cobalt ou fumée).

L'*ISCHÉMIE* de la rétine est beaucoup plus rare, elle se produit au moment de la syncope, ou au début des attaques d'épilepsie ; la tension du sang diminuant dans le système artériel, la tension intra-oculaire reste la même ; elle presse donc



fortement les artères rétiniennes et chasse le sang qu'elles renferment, d'où ischémie.

EMBOLIE DE L'ARTÈRE CENTRALE DE LA RÉTINE.

Dans les circonstances qui engendrent les embolies, telles que maladies organiques du cœur et des gros vaisseaux, il peut se produire une embolie de l'artère centrale de la rétine.

*Un œil est tout d'un coup privé de la vision* (parfois sa perte totale est précédée d'obscurcissement). A l'ophtalmoscope, on constate que la papille est décolorée et les artères filiformes; plus tard la rétine devient trouble et nuageuse, surtout sur le trajet des gros vaisseaux et on voit apparaître au niveau de la macula une tache ronde, rouge sang, due à la transparence à ce niveau de la rétine altérée qui laisse voir la choroïde.

Parfois les branches artérielles qui se rendent à la rétine par le cercle de Haller (émanation des artères ciliaires courtes postérieures), rétablissent la circulation, mais ce retour est rare.

Parfois l'embolie est limitée à l'une des branches de l'artère centrale de la rétine, dans ce cas les symptômes sont localisés au territoire de la rétine irrigué par cette branche.

HÉMORRHAGIE OU APOPLEXIE DE LA RÉTINE<sup>1</sup>. — Ces hémorrhagies s'observent surtout chez les gens atteints d'affection cardiaque ou chez les vieillards sujets aux congestions cérébrales et dont les artères sont athéromateuses.

Dans des cas plus rares elles succèdent à une diminution brusque de la pression intra-oculaire consécutive à une paracentèse ou à l'iridectomie.

**Symptômes.** — Si le foyer hémorrhagique siège vers la tache jaune, la vision centrale est sérieusement atteinte; mais, s'il occupe un point périphérique, il passe inaperçu, ou bien

1. Par un abus de langage, on donne souvent le nom de rétinite hémorrhagique aux hémorrhagies de cette membrane: or, si les rétinites, quelle qu'en soit la nature, se compliquent souvent d'hémorrhagies, il n'en est pas moins vrai que de petites ruptures vasculaires peuvent s'effectuer dans la rétine, en dehors de tout élément inflammatoire.

c'est par hasard que le malade s'aperçoit d'une lacune dans le champ de sa vision.

A l'ophtalmoscope on aperçoit le long des vaisseaux de la rétine de petites taches rouges et allongées comme des flammèches; peu à peu le sang subit la transformation grasseuse et les taches deviennent blanchâtres, ou encore noirâtres par le fait de l'accumulation d'une certaine quantité de pigment.

**Diagnostic.** — Les hémorrhagies de la rétine se distinguent des hémorrhagies de la choroïde par leur siège et par leur forme; en effet, les taches hémorrhagiques de la choroïde sont arrondies et profondes, de telle sorte que les vaisseaux rétiniens se dessinent sans interruption à leur surface, tandis que les taches rétiniennes sont allongées, superficielles et disposées sur le trajet des vaisseaux rétiniens qui semblent interrompus à leur niveau (Duplay).

Après avoir institué le traitement général le mieux approprié aux causes de l'hémorrhagie, on pourra venir en aide à la résorption du sang épanché par l'application de la sangsue de Heurteloup et de légers dérivatifs sur le tube intestinal.

LÉSIONS DES VAISSEaux. — On a observé un cas d'anévrysme de l'artère centrale de la rétine; il se présentait sous la forme d'une petite tumeur rouge et pulsatile (Sons).

Les embolies de cette artère sont moins rares, elles s'annoncent par une perte subite, complète et irrémédiable de la vue. Si l'on examine le fond de l'œil, les artères rétiniennes se présentent sous l'aspect de flammes blanchâtres, exsangues; la papille et les parties voisines sont couvertes d'un voile blanchâtre, tandis que la macula présente une teinte foncée. Plus tard, le nerf optique prend la teinte blanchâtre spéciale à l'atrophie.

B. — RÉTINITES.

Les inflammations de la rétine présentent, dans leurs causes, leurs sièges et leurs symptômes, des différences qui ont conduit à en distinguer plusieurs variétés.

1<sup>o</sup> *Rétinite simple* (séreuse, œdémateuse). — Caractérisée à



la fois par une hyperhémie vasculaire et une transsudation séreuse qui ternit la transparence de la rétine.

2° *Rétinite parenchymateuse*. — Lésion plus profonde dans laquelle le tissu rétinien lui-même est atteint d'hyperplasie et de sclérose, soit dans toute son étendue (rétinite diffuse), soit seulement autour des vaisseaux (rétinite périvasculaire).

3° *Rétinite albuminurique*. — Liée à l'albuminurie quelle qu'en soit la cause (mal de Bright, dégénérescence amyloïde des reins, etc.) ; elle est caractérisée surtout par des plaques d'un blanc éclatant formant une aréole autour du nerf optique, une étoile autour de la macula.

La pathogénie de cette affection est obscure, on a accusé les troubles mécaniques de la circulation ou les altérations du sang.

4° *Rétinite diabétique*. — Accident assez rare, donnant lieu à des lésions semblables aux précédentes, mais moins nombreuses et plus irrégulières.

5° *Rétinite leucémique*. — Variété encore plus rare, liée à la leucocythémie : l'accumulation des globules blancs donnerait aux vaisseaux un aspect nuageux et à la rétine une teinte jaune orangé.

6° *Rétinite syphilitique*. — Accident de transition entre les secondaires et les tertiaires, assez rare d'ailleurs et se compliquant d'opacités du corps vitré qui donnent au fond de l'œil une teinte d'un gris bleuâtre.

7° *Rétinite pigmentaire*. — Une quantité variable de pigment noir s'accumule le long des vaisseaux rétiens, il progresse des parties équatoriales vers le centre, au point de voiler complètement la rétine. Est-ce vraiment une inflammation ?

**Étiologie.** — Le nom même de certaines variétés indique leur origine, telles sont : la *rétinite albuminurique*, surtout fréquente dans la dégénérescence amyloïde des reins ; les *rétinites diabétique* et *leucémique*, fort rares ; et enfin la *rétinite syphilitique* dont l'existence n'est pas certaine ou, en tous cas, n'est pas indépendante d'altérations semblables de la choroïde, de l'iris et du corps vitré.

Les causes des rétinites séreuse et parenchymateuse nous

échappent à peu près complètement ; on a accusé une trop vive lumière, les veilles prolongées, etc.

Quant à la *rétinite pigmentaire*, c'est souvent une lésion congénitale, héréditaire, coïncidant avec l'idiotie, la surditité, etc. ; on l'a vue frapper des enfants issus de consanguins.

**Symptômes.** — *Ophthalmoscope.* — 1° *Rétinite séreuse.* — La rétine a perdu sa transparence, elle est grisâtre par le fait d'une infiltration séreuse, cette teinte est surtout prononcée autour du nerf optique qui devient moins distinct <sup>1</sup>.

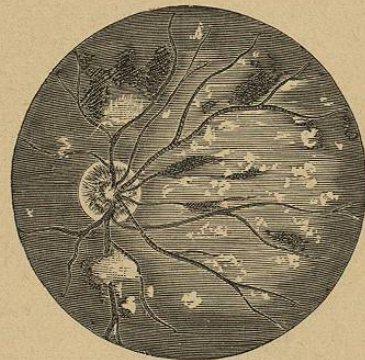


Fig. 155. — Rétinite albuminurique. Elle est caractérisée par des plaques d'un blanc éclatant, plus nombreuses autour du nerf optique.

2° *Rétinite parenchymateuse.* — Outre l'hyperhémie et l'œdème, on observe des opacités blanchâtres ou jaunâtres disposées sous forme de plaques régulières, de stries, masquant une partie des vaisseaux ; parfois ces opacités accompagnent très régulièrement les vaisseaux ; elles sont dues à une prolifération des cellules de leur tunique adventice (rétinite périvasculaire).

3° *Rétinite albuminurique.* — L'hyperhémie et les hémorrha-

1. Elle est hyperhémisée, l'artère centrale est très rouge, les veines tortueuses et gonflées sont ici très rouges, plus loin masquées en partie par la suffusion séreuse.



gies sont fréquentes, car souvent les vaisseaux rétiniens ont subi la dégénérescence amyloïde. On observe, et ceci est caractéristique, *des plaques d'un blanc éclatant* formant une aréole au nerf optique, elles sont souvent mouchetées de rouge par de petites hémorragies. Autour de la macula, les taches blanches ont un aspect étoilé<sup>1</sup>.

4° *Rétinite diabétique*. — Mêmes altérations, seulement les plaques graisseuses sont rares et disséminées sans ordre, au lieu de former un cercle autour du nerf optique, une étoile autour de la macula.

5° *Rétinite pigmentaire*. — On aperçoit une *série de points noirs*, disposés sous forme d'étoiles, de taches, à la manière des ostéoplastes ; ils ne se réunissent point en amas, mais sont disséminés sur le trajet des vaisseaux. Ceux-ci finissent par s'oblitérer et se dessinent à la façon de fils blancs sur le fond rouge de l'œil. En même temps le tissu conjonctif des couches externes de la rétine prolifère, étrangle les cônes et les bâtonnets.

Très souvent, vers la fin de la maladie, les couches profondes du cristallin et du corps vitré deviennent opaques.

TROUBLES FONCTIONNELS. — *Rétinites séreuse et parenchymateuse*. — La vue s'affaiblit graduellement, phénomène très remarquable lorsque l'éclairage diminue : les objets n'apparaissent qu'à travers un nuage, ils sont déformés, plus petits ou plus grands ; le champ visuel se rétrécit, il peut présenter quelques lacunes.

Ces deux formes de rétinite ont une marche des plus lentes, la première n'est souvent qu'un acheminement vers la seconde. Lorsque les altérations sont peu avancées on peut espérer leur guérison, mais lorsque la rétine est infiltrée d'exsudats étendus, ses éléments finissent par s'atrophier et la vue est presque abolie.

*Rétinites albuminurique, diabétique*. — Les troubles fonctionnels consistent en mouches volantes, lacunes dans le champ visuel, strabisme, etc.

1. Ces plaques résultent de la dégénérescence graisseuse du tissu conjonctif de la rétine et de la sclérose des tubes nerveux.

Très souvent les deux yeux sont atteints ; la marche de cette rétinite est irrégulière, il est fort rare d'observer une cécité complète ; tant que les éléments rétiniens ne sont pas détruits, on assiste à de grandes alternatives d'amélioration et de récédive.

Si l'albuminurie est liée à la grosseur, à la scarlatine, à la néphrite *a frigore*, la rétinite peut guérir, mais, s'il s'agit d'une néphrite chronique, la rétine et le nerf optique s'atrophient graduellement au point d'amener la cécité.

*Rétinite syphilitique*. — Souvent indépendante de toute éruption cutanée, elle coexiste avec des altérations du corps vitré et de la choroïde, qui obscurcissent notablement la vue ; elle est très sujette à récidiver.

*Rétinite pigmentaire*. — Souvent double et congénitale, elle frappe encore les enfants et même les gens adultes. Son symptôme capital est l'*héméralopie* (dès que le jour est faible la vision est abolie).

Il se produit aussi un rétrécissement concentrique du champ visuel qui bientôt ne mesure plus que quelques centimètres carrés, aussi, pour se conduire, le malade est-il obligé de tourner la tête et les yeux dans toutes les directions. Ce symptôme est en rapport avec la disposition des taches pigmentaires, qui se déposent d'abord vers la périphérie de la rétine et se rapprochent graduellement de son centre au point d'amener la cécité, mais d'une façon très lente et qu'on ne peut guère enrayer que dans le cas où la rétinite pigmentaire dépend de la syphilis congénitale.

Traitement. — Les rétinites symptomatiques (albuminurie, syphilis) réclament un traitement général approprié. Quant aux autres variétés on cherchera, mais souvent sans beaucoup de succès, à enrayer leur marche, soit par des réulsifs sur le tube digestif, soit par la sangsue de Heurteloup, soit par des modificateurs généraux tels que l'iode de potassium et le mercure. On évitera tout ce qui peut congeler l'œil. Emploi de lunettes bleu de cobalt.



## C. — DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE.

Le décollement de la rétine résulte de la séparation de cette membrane et de la choroïde, avec interposition d'un liquide entre elles.

**Étiologie.** — Ces décollements se rattachent, par ordre de fréquence :

- 1° A la *myopie progressive* (staphylome postérieur) <sup>1</sup> ;
- 2° Aux *altérations du corps vitré*, susceptibles de diminuer son volume <sup>2</sup> ;
- 3° Aux *traumatismes* déterminant des épanchements sanguins entre la rétine et la choroïde ;
- 4° Aux *tumeurs de la choroïde* et à celles développées sur la *face profonde de la rétine* ;
- 5° Enfin le décollement de la rétine peut survenir en dehors de toute cause appréciable.

Le décollement occupe d'ordinaire la demi-circonférence inférieure de la rétine, car le liquide séreux ou sanguin qui la soulève obéit à l'action de la pesanteur.

Ce liquide est généralement citrin ; il renferme des hématies, des cristaux de cholestérine, des débris de cônes, de bâtonnets, des cellules irrégulières. Au bout d'un certain temps, la rétine décollée subit la dégénérescence graisseuse.

**Symptômes.** — OPTHALMOSCOPE. — 1° On aperçoit une *membrane ondoyante*, d'un gris bleuâtre, régulière ou vallonée, tremblotante sous l'influence des mouvements de l'œil. Cette tumeur occupe souvent la moitié inférieure de la rétine, qui est très rarement décollée autour du nerf optique.

2° Les *vaisseaux rétinien*s, soulevés par la saillie de la portion décollée, forment à ce niveau un coude très accentué ; çà et là ils sont cachés par ses plis.

1. La rétine, moins élastique que la choroïde, ne peut la suivre dans son ectasie ; elle l'abandonne, et un liquide séreux vient combler l'espace qui les sépare.

2. La rétine suit le corps vitré dans sa rétraction, et abandonne la choroïde ; d'après Panas tant que le corps vitré conserve son volume et ses propriétés, le décollement de la rétine est impossible.

**TROUBLES FONCTIONNELS.** — La *vue est abolie dans tous les points décollés* ; ceux-ci occupant d'ordinaire la moitié inférieure de la rétine, le malade ne distinguera plus les objets situés dans la partie supérieure du champ visuel ou s'il les voit encore ce n'est que d'une façon vague comme on les voit lorsqu'en plongeant, on ouvre les yeux sous l'eau. Les inflexions de la rétine sur les limites du décollement font souvent voir au malade les objets brisés ou ondulés. L'obscurité s'accroît de plus en plus à mesure que la rétine subit la dégénérescence graisseuse <sup>1</sup>.

**COMPLICATIONS.** — Souvent le décollement se complique d'*opacités dans le corps vitré* se traduisant par la sensation de nuages grisâtres, de points noirs. Il n'est pas jusqu'au cristallin qui ne devienne souvent opaque (cataracte qu'il serait inutile d'opérer).

**Marche.** — Le début est souvent brusque <sup>2</sup>, un nuage s'étend sur une partie du champ visuel qui est définitivement perdu.

Le décollement peut, suivant ses causes, rester stationnaire ou s'accroître. De Graefe aurait vu la résorption des liquides sous-rétiniens permettre à la rétine de se rapprocher de la choroïde. Cette guérison est très exceptionnelle.

**Traitement.** — Souvent inefficace. On combattra les progrès du décollement par un repos absolu, un bandage compressif surtout pendant la marche et les voyages, les antiphlogistiques et les révulsifs. On a proposé la paracentèse de la sclérotique et de la choroïde de façon à évacuer le liquide épanché entre cette membrane et la rétine ; de Graefe l'évacue dans le corps vitré ; mais ces opérations n'ont abouti qu'à des améliorations très passagères. — Dans ces derniers temps on a

1. Entre les points où la vue est abolie et ceux où elle est conservée existe une zone intermédiaire correspondant à cette partie de la rétine, qui sans être décollée commence à se soulever. Le tiraillement de la rétine à ce niveau donne parfois lieu à des éclairs, à des étincelles lumineuses qui éblouissent le malade.

2. Chez les myopes, on a parfois constaté, à cette période, une singulière amélioration dans la vue ; elle tient à ce que la rétine décollée se rapproche du foyer des milieux dioptriques de l'œil : cette amélioration n'est, d'ailleurs, que passagère.



préconisé les injections sous-cutanées de pilocarpine ou d'ergotine.

#### D. — TUMEURS DE LA RÉTINE.

On sait aujourd'hui que les tumeurs de la rétine, désignées sous le nom de fungus, cancer, etc., appartiennent à la classe des *gliomes* et parfois des *gliosarcomes* <sup>1</sup>.

Ces tumeurs sont spéciales aux enfants en bas âge (on n'en cite pas d'exemples après seize ans); elles frappent souvent les deux yeux.

**Symptômes.** — OPTHALMOSCOPE. — On aperçoit une tumeur bosselée d'un blanc nacré, parcourue par un léger réseau vasculaire; le reflet nacré est plus brillant dans le gliome que dans toute autre affection en raison de la transparence parfaite du corps vitré.

**TROUBLES FONCTIONNELS.** — La vue est abolie dans tous les points correspondant au gliome, mais souvent les enfants sont trop jeunes pour pouvoir rendre compte de leurs sensations.

Le gliome augmente la tension intra-oculaire et développe ainsi des *phénomènes glaucomateux*, douleurs atroces, dilatation de la pupille, anesthésie de la cornée, etc.

**Marche.** — La maladie passe souvent inaperçue à son début, mais elle fait d'incessants progrès; elle envahit tout le globe de l'œil, perfore la cornée, et s'épanouit au dehors sous forme d'une tumeur fongueuse (*fungus de l'œil*). Le gliome envahit aisément le nerf optique et gagne l'encéphale par son intermédiaire; il peut même se généraliser à d'autres viscères. Sa durée est de quinze à dix-huit mois.

**Traitement.** — Enucléation de l'œil, lorsqu'on peut espérer extraire tout le gliome; même dans ces cas, les récidives sont très fréquentes.

<sup>1</sup> Les gliomes se développent aux dépens du tissu conjonctif des fibres radiées et de la névroglie; leur vascularisation augmente beaucoup dès qu'ils ont perforé l'œil (voy. *Gliomes*).

## VII. — Maladies du nerf optique.

### INFLAMMATIONS.

Elles surviennent dans deux circonstances bien différentes :

1. Par le fait d'un trouble circulatoire (*neuro-rétinite*);
2. Par l'extension au nerf optique d'une phlegmasie cérébrale (*névrite descendante*).

#### A. — NEURO-RÉTINITE.

L'inflammation ne reste pas limitée au nerf optique, mais elle s'étend toujours à la zone rétinienne qui l'avoisine, d'où son nom. Cette névrite paraît se rattacher à un trouble circulatoire dont voici le mécanisme. Lorsqu'un produit morbide quelconque se développe dans la cavité crânienne, il en résulte une compression de tous les organes intra-crâniens, et en particulier du sinus caverneux. La circulation de la veine ophthalmique, qui se jette dans ce sinus, et celle de la veine centrale de la rétine, tributaire de l'ophthalmique, se trouvent donc gênées, d'où congestion du nerf optique et de la partie de la rétine qui l'avoisine. Bridé par la sclérotique qu'il traverse, le nerf optique se trouve étranglé; il proémine en avant, sous forme d'une papille rouge, dans laquelle les phénomènes d'étranglement déterminent des troubles nutritifs consistant d'abord en une prolifération conjonctive, plus tard en une dégénérescence graisseuse (d'où les noms de névrite par étranglement ou par stase) (de Graefe) <sup>1</sup>.

Les causes des névro-rétinites sont donc toutes les *tumeurs* ou *épanchements cérébraux*, les tumeurs de l'orbite, etc.

Surtout les tumeurs de la base du crâne qui compriment directement le chiasma et la bandelette des nerfs optiques.

La neuro-rétinite est assez fréquemment sous la dépendance d'une *intoxication* par le tabac, l'alcool ou le plomb.

<sup>1</sup> Pour d'autres auteurs (Seseman, de Wecker) entre les deux gaines du nerf optique se trouve un espace qui communique avec la cavité arachnoïdienne, et ce serait le liquide arachnoïdien qui, dans le cas de pression intra-crânienne, serait refoulé vers le nerf optique, et produirait son étranglement.