

A Propos d'un Kyste Rétinien*

G. CHAMS¹ et G. SADOUGHI²

L'étude des kystes rétiens remonte à des temps assez anciens. En 1887, Wecker et Landolt déjà dans leur traité par des coupes histologiques ont démontré qu'il s'agit d'une dégénérescence cystoïde semblable à celle du décollement de la rétine. Puis ne trouvant pas de phénomènes d'inflammation, Ivanoff les nomme «rétinite séreuse» d'où la sérosité s'accumule dans des cavités kystiques de la couche intergranuleuse.

En 1921, Fuchs, dans son magnifique exposés histologique, nous montre la pathogénie et l'anatomie de ces kystes rétiens. Ces travaux ont ouvert la porte à d'autres travaux intéressants parmi lesquels on peut citer celui de Weve.

Plus récemment, au congrès de la Société Française d'Ophtalmologie en 1952 et 1956, les nombreuses publications et communications consacrées à l'étude des kystes du pôle postérieur, ont permis de les étudier.

L'intérêt de l'observation rapportée est dans sa forme clinique et dans la rareté de son aspect ophtalmoscopique.

Le malade, A. H., âgé de 22 ans, nous consulte pour une perte

*) Travail de la Clinique Ophtalmologique de la Faculté de Médecine de Téhéran.

1) Prof. de Clinique Ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Téhéran.

2) Prof. agrégé à la Faculté de Médecine de Téhéran.

importante de la vision de l'œil droit, datant de quatre mois environ. Il se plaint d'un scotome central devenu progressivement plus important pour atteindre au stade actuel qui lui laisse une relative vision périphérique.

A l'examen : les segments antérieurs de l'œil sont normaux et les milieux oculaires transparents. La rétine est bien visible et nette à la périphérie. Elle a un aspect saillant de 7 dioptries environ. Le pôle postérieur de la rétine est riche en vaisseaux d'ailleurs tortueux et dilatés. Les tortuosités sont plus accentuées à la région paramaculaire, et diminuent nettement de calibre en allant vers la périphérie (Planche III, Fig. 1). La périphérie de la rétine semble pâle et mince. Du sommet de cette saillie, partent vers la papille ainsi que vers le côté temporal des prolongements assez réguliers ayant à la partie voisine une couleur plus vive (Planche III, Fig. 2).

La papille, à peine nette, révèle un bord temporal flou, entouré dans sa partie supérieure et même inférieure, par ces prolongements qui lui donnent un curieux aspect de brouillard (Planche IV, Fig. 1). La tension oculaire est de 23 au Schiötz. La vision centrale est disparue, le champ visuel se limite seulement à la périphérie. L'observation suivie du malade nous a montré par la suite qu'au fond de l'œil les veines sont plus dilatées et le pôle postérieur plus congestionné et la tension oculaire, notée à différentes reprises, légèrement augmentée : (24 au Schiötz).

Le diagnostic du kyste rétinien s'est imposé à notre esprit car : d'une part, l'aspect saillant et globuleux avec une paroi lisse et d'une épaisseur uniforme est bien différent de celui du soulèvement séreux rétinien ; et d'autre part, par son évolution qui paraît aboutir à la rupture faisant dans son entourage des prolongements réguliers avec son aspect caractéristique cité ci-dessus.

Nous pratiquons une ponction du pôle postérieur au galvanocauter après le diathermocoagulation à l'électrode de Coppez ; et aussitôt un liquide clair surgit sur la surface duquel surgit de petites taches grasses.

Après cette ponction la région paramaculaire nous paraît laiteuse avec des vaisseaux affaissés et à peine tortueux. Autour de la papille



Fig. 1



Fig. 2

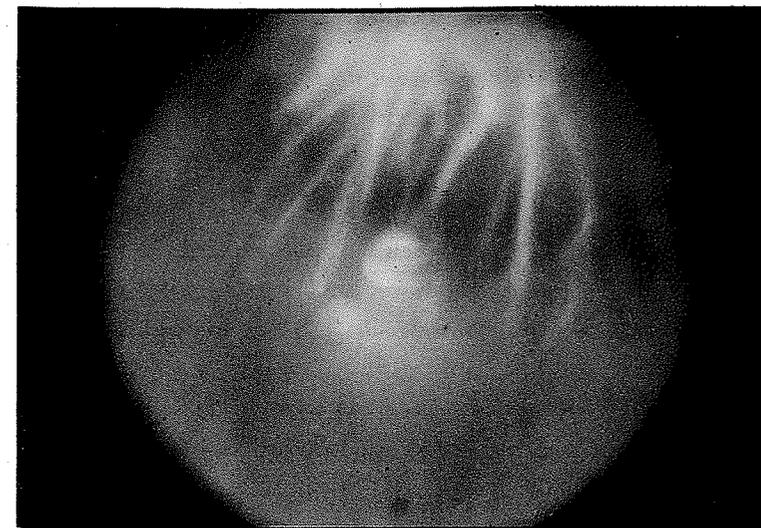


Fig. 1

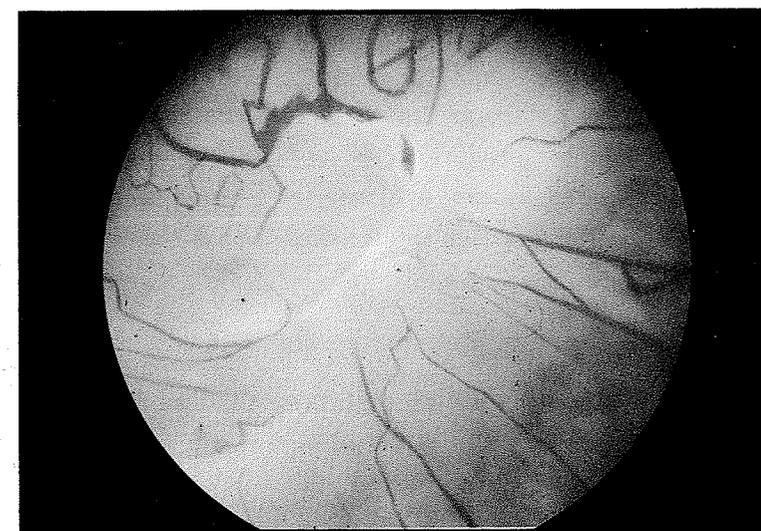


Fig. 2

ACTA MEDICA

F.

et à la partie supérieure de la région maculaire, nous voyons une tache d'hémorragie arciforme due probablement à la ponction pratiquée. (Planche IV, Fig. 2).

Quatre jours plus tard, à la partie temporale le scôtome central est moins grand et le champ visuel périphérique plus vaste.

Nous gardons le malade encore trois semaines ; son état reste stationnaire et il nous quitte en gardant un scôtome moins important et un champ visuel beaucoup plus vaste.

La pathogénie de ces kystes reste encore obscure. D'après Vogt, il s'agit d'une oblitération des vaisseaux rétiniens aussi bien à la périphérie qu'au pôle postérieur. Les publications de Jaeger et les études histologiques de Zollinger affirment que les troubles vasculaires acquises ou congénitaux sont des causes essentielles de la dégénérescence kystique. Par contre Zuccoli, s'appuyant sur une observation spectaculaire se demande si l'hypermétropie très élevée n'est pas souvent la cause de ces formations kystiques. Payné en 1955 et Franceschetti en 1956, rapportent des observations semblables avec une hypermétropie assez élevée.

Ces pathogénies acceptables pour les kystes rétiniens périphériques, en sont moins pour la formation kystique du macula, qui par sa construction anatomo-histologique, est différente des kystes siégeants à la périphérie de la rétine. Peut-être des études histologiques ultérieures nous donneront des éclaircissements plus précis.

RÉSUMÉ

Les auteurs ont cité l'observation d'un malade atteint d'un kyste rétinien. Son intérêt est dans sa forme clinique et son aspect ophtalmoscopique.

SUMMARY

The authors have cited the history of a patient who has a retinal cyst. It is interesting in its clinical form and its ophthalmoscopic appearance.

BIBLIOGRAPHIE

- Alaerts, S.F.O. 1952 page 266 exudation kystique primaire de la rétine.
 Bonnet et Bussy, cité par François et Lambrechts.
 François et Lambrechts. An. ocul. 1952.
 François et Rabaey. Brit. j. opht. 1953.
 Gaeger. Klin. mon. f. Augenk. 1955.
 Kurz. Ophtalmologica 1944.
 Teng et Katzin, Am. j. opht. 1953.
 Veil, Guillaumat, Pettrignani. Kyste rétinien S.F.O. 1938.
 Vogt. Klin. mon. f. Augenk. 1934.
 Weve. Archive. f. Aug. 1936.
 Weve. Klin. mon. f. Augenk. 1939.
 Witmer. Ophtalmologica 1951.

Curieux Aspect du Fond D'œil Après une Tentative de Strangulation*

G. CHAMS¹ et G. SADOUGHI²

Monsieur M. A., âgé de 34 ans, victime il y a deux mois d'une agression, nous est présenté par l'un de nos confrères. Ce confrère nous demande s'il y a une relation entre la baisse de la vision dont le malade se plaint et la strangulation. Les agresseurs ont tenté de l'étrangler au moyen d'une corde nouée sur le côté droit du cou. Depuis qu'il s'est sauvé miraculeusement, il est atteint d'épistaxis et d'une baisse de la vision plus marquée à droite qu'à gauche.

A l'examen, le segment antérieur est normal, les milieux oculaires sont transparents. Dans le fond d'œil on aperçoit une papille pâle. Les veines de la rétine sont légèrement dilatées et les artères au contraire apparaissent un peu rétrécies. A distance des gros vaisseaux et sur les branches périphériques et capillaires, on distingue de petites taches pigmentaires bien rondes, tantôt grosses comme une lentille et tantôt petites comme un plomb de chasse. Ces taches sont disséminées dans toute la surface rétinienne aussi bien au pôle postérieur qu'à la périphérie. (Planche V, Fig. 1 et 2); l'aspect des taches diffère: certaines sont uniformément noires, d'autres ne sont que cerclées par des pigments noirs et d'autres encore présentent une surface claire, cerclée de noir avec un pigment central plus ou moins net. Toutefois elles ont un point

*) Travail de la Clinique Ophtalmologique de la Faculté de Médecine de Téhéran.
 1) Professeur de Clinique Ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Téhéran.
 2) Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Téhéran.