

descendante, il n'en est pas ainsi, l'hyperémie est intense, il y a suffusion séreuse, mais la papille est toujours reconnaissable; ses contours sont voilés, mais on distingue les vaisseaux centraux. De plus, la lésion s'étend ordinairement aux parties voisines de la rétine; ce que l'on n'observe pas dans la stase papillaire, la névrite étranglée.

Il serait fort désirable que les caractères propres à chacune de ces variétés de névrites fussent toujours aussi tranchées. Malheureusement, il n'en est rien. Le gonflement de la papille est plus ou moins considérable dans les méningites, les tumeurs du cerveau, et même en l'absence de toute lésion cérébrale appréciable. La délimitation précise entre la névrite des méningites et celles des tumeurs cérébrales ne peut pas être tracée d'une manière exacte. Un œdème papillaire, peu intense, sera facilement confondu avec une névrite prononcée.

Au point de vue de l'anatomie pathologique l'existence de la névrite véritable est bien démontrée. Mais il est probable que la plus grande partie des névrites optiques que nous observons ne sont, en réalité, que des œdèmes papillaire. Ce qui fait pencher vers cette opinion c'est la persistance, souvent fort longue, de l'acuité visuelle dans ces cas.

De Graefe, à qui revient l'honneur d'avoir le premier attiré l'attention des médecins sur les relations qui existent entre les affections cérébrales et les lésions du nerf optique, avait d'abord cru à la migration de l'altération encéphalique par le nerf jusqu'à la papille. Frappé de l'insuffisance de sa théorie, il pensa alors que certaines névrites étaient dues à une exagération de la tension intra-crânienne. Mais les faits ont démontré, contre la théorie de la pression intra-crânienne, que la névrite peut se produire indépendamment de la grosseur des tumeurs cérébrales: on l'observe avec des tumeurs très petites, elle manque avec des tumeurs volumineuses. Contre la théorie de la propagation les faits ont démontré (Parinaud) que la névrite optique peut être causée par des lésions intra-crâniennes très variables, généralisées, ou limitées à certaines parties, occupant les parois du crâne ou l'encéphale, siégeant à la base ou à la convexité, dans les hémisphères antérieurs ou dans le cervelet, intéressant l'expansion intra-crânienne des nerfs optiques ou étant assez distantes pour qu'il soit impossible d'invoquer une lésion de voisinage.

Contre ces deux théories, je peux citer une observation personnelle qui démontrera, qu'en dépit d'une exagération de pression intra-crânienne, de lésions, au niveau même du chiasma des nerfs optiques, il ne s'est pas produit de névrite optique mais une simple atrophie. Le cas a été observé commun avec M. le Dr Dagenais, en voici les détails: