

de Bonn, cette variété est caractérisée par la production d'un grand nombre d'extravasations sanguines pointillées. Elle a été surtout observée chez les femmes en couches, mais aussi dans d'autres affections de l'organisme.

CHAPITRE III.

TUMEURS DE LA RÉTINE.

ARTICLE I.

Hémorragie de la rétine.

Cette affection, appelée aussi *apoplexie* de la rétine, est caractérisée par la rupture d'un ou de plusieurs vaisseaux de la rétine, d'où résulte une extravasation plus ou moins considérable de sang qui imbibe cette membrane.

Anatomie pathologique. Quelques auteurs admettent que l'hémorragie se fait tantôt entre la rétine et le corps vitré ; d'autres fois, dans le tissu rétinien ; d'autres fois encore, entre la rétine et la choroïde ; il y a tout lieu de supposer que, dans le dernier cas, l'hémorragie prend sa source dans les vaisseaux choroïdiens ; et que, dans le premier, l'épanchement sanguin existe en même temps dans le tissu propre de la rétine.

L'hémorragie est tantôt circonscrite (voy. les figures 9 et 10 de la planche III de mon *Traité des maladies des yeux*), c'est-à-dire bornée à une petite portion de la rétine, tantôt *diffuse*, c'est-à-dire qu'elle consiste alors en un nombre plus ou moins considérable de foyers sanguins. Ceux-ci ont une étendue qui varie depuis la grosseur d'une pointe d'épingle jusqu'à une tache qui comprend une grande partie du fond de l'œil. Les extravasations sanguines offrent parfois une apparence striée, ce qu'on explique, en admettant que le sang suit la direction des fibres nerveuses. Dans quelques cas, on reconnaît la rupture du vaisseau qui a fourni le sang ; l'épanchement sanguin est en quelque sorte appendu à l'extrémité d'une des artères de la rétine. Lorsqu'il existe un grand nombre de foyers sanguins, les vaisseaux de la rétine paraissent interrompus dans plusieurs points de leur trajet. Chez d'autres sujets, on a trouvé les artères de la rétine, les unes tout à fait vides de sang et changées en cordons blanchâtres très-minces, les autres remplies de sang coagulé ; la circulation n'était demeurée libre que dans quelques rameaux ; les veines étaient vides pour la plupart. J'ai rencontré cet état des vaisseaux chez des malades où l'hémorragie de la rétine remontait déjà à une époque assez reculée.

L'hémorragie de la rétine est parfois accompagnée d'un décollement séreux de cette membrane.

Causes. L'hémorragie de la rétine n'est pas seulement l'apanage des

vieillards et de ceux qui ont un tempérament sanguin. On l'observe chez des sujets encore jeunes et chez des personnes d'une constitution délicate, d'un tempérament nerveux. La coexistence d'une affection de cœur n'est pas constante. Il faut en dire autant des irrégularités de la menstruation, ou même de la suppression brusque du flux cataménial. Il sera question plus tard des altérations de la rétine dans la maladie de Bright et dans le diabète. Mackenzie a observé l'hémorragie de la rétine à la suite de violents étournements. Elle peut être la conséquence d'un travail forcé des yeux.

Symptômes. Certains malades éprouvent, au moment où le raptus sanguin se fait dans la rétine, un étourdissement ; ils accusent dans l'œil une sensation de poussière, ou d'un corps étranger ; d'autres n'ont qu'une sensation de lassitude, de gêne ; il en est enfin qui sont frappés de cécité complète et subite, en s'éveillant.

L'état de la vision est variable et subordonné au siège de l'hémorragie, à l'étendue de celle-ci. Règle générale, le champ de la vision est plus ou moins notablement diminué. Quelques malades voient les objets comme s'ils étaient recouverts d'une tache et d'une teinte violacée plus ou moins foncée. Suivant que l'hémorragie occupe le centre ou la périphérie de la rétine, c'est la vision *centrale* ou la vision *excentrique* qui sont abolies. Ceci explique les variations que présente l'acuité de la vision. Si l'extravasation occupe la périphérie, le champ de la vision est diminué, mais la vision centrale peut demeurer assez bonne pour permettre la lecture de caractères d'imprimerie un peu gros, tandis que si l'hémorragie avoisine la papille, les malades ne déchiffrent que les caractères les plus grands. L'apoplexie de la *macula* n'entraîne pas constamment la suspension absolue de la fonction visuelle, attendu que, dans ce cas, la vision périphérique peut demeurer intacte. Il est rare aussi d'observer une cécité complète, même dans les cas d'hémorragie diffuse avec un grand nombre de foyers sanguins.

Marche. Terminaisons. Dans les circonstances les plus heureuses, le sang infiltré dans l'épaisseur de la rétine se résorbe complètement. Dans ce cas, on voit la tache diminuer peu à peu d'étendue, en conservant jusqu'à la fin la couleur primitive rouge foncé ou violet, ou en passant par les transformations de couleur propres aux ecchymoses de la peau. Le temps nécessaire pour obtenir la résorption complète du sang varie de quelques semaines à plusieurs mois. — Il arrive parfois que la rétine est perforée par l'épanchement sanguin, et que ce dernier se fraye un passage dans le corps vitré. Le caillôt peut néanmoins se résorber et la vision être recouvrée, comme dans les cas précédents.

Dans d'autres cas, les choses se passent moins heureusement, surtout quand l'hémorragie est diffuse. Alors, en effet, les foyers sanguins se résorbent très-lentement ; la vue reste mauvaise. On constate, au bout d'un certain temps, que le fond de l'œil présente des plaques plus ou moins nombreuses d'une blancheur éclatante qui correspondent à des portions atrophiées de la choroïde ; les vaisseaux de la rétine sont revenus sur eux-mêmes, parfois même quelques-uns d'entre eux oblitérés. L'état *anémique*

de la rétine et de la papille vient encore diminuer l'énergie visuelle.

Diagnostic. Il ne peut être établi, sans conteste, que par l'examen de l'œil à l'ophthalmoscope ; les signes rationnels, tels que la diminution du champ visuel, la soudaineté des troubles de la vision, etc., se rencontrant dans d'autres lésions de la rétine. La dilatation préalable de la pupille avec l'atropine est indispensable pour apercevoir le fond de l'œil, parce que l'existence même des foyers hémorragiques le rend obscur, au point que, dans quelques cas, on n'aperçoit qu'un fond noir. Mais toutes les fois que l'hémorragie rétinienne est circonscrite, ou même qu'étant diffuse, les divers foyers sont séparés par des intervalles suffisants de portions saines, on découvre, par l'image renversée, un fond rosé sur lequel tranchent des taches d'un rouge vineux plus ou moins foncé, de forme et de dimensions variables, situées sur le même plan que les vaisseaux de la rétine, ce qui les distingue de l'hémorragie de la choroïde, où les taches sont situées en arrière des vaisseaux rétinien. On aperçoit aussi quelquefois le point d'interruption du vaisseau rompu, et on peut suivre les connexions de l'épanchement sanguin avec ce dernier. Lorsque l'hémorragie se produit au voisinage de la papille, celle-ci est généralement voilée, et on a beaucoup de peine à découvrir ce disque dont la place n'est le plus souvent caractérisée que par l'émergence des vaisseaux qui se portent d'un point central en diverses directions, comme les rayons d'une étoile (voy. pl. III, fig. 9 et 10, de mon *Traité des maladies des yeux*).

Pronostic. Il est doublement grave, en ce sens que, d'une part, la vision est plus ou moins compromise ; que, de l'autre, le raptus sanguin qui s'est fait dans la rétine n'est souvent, chez les vieillards surtout, que le prélude d'altérations semblables qui se développeront dans les portions centrales du système nerveux. Considérée localement, l'hémorragie de la rétine offre plus de gravité lorsqu'elle est diffuse que lorsqu'elle est circonscrite, parce que, dans le dernier cas, il y a bien plus de chances pour obtenir une résorption complète du sang, et que la rétine reprend généralement ses fonctions au bout d'un temps qui n'est pas très-long.

Traitement. Au début, s'il existe des signes de pléthore, on pratique une saignée du bras. Dans tous les cas, on prescrit l'application de six à dix sangsues à la tempe, le repos le plus absolu des yeux, un régime sévère, des sinapismes promenés le soir sur les extrémités inférieures, et des purgatifs répétés de huit en huit jours. L'emploi de topiques sur l'œil n'a pas d'importance ; on peut cependant faire baigner l'organe affecté, trois ou quatre fois par jour, dans une solution faiblement astringente. La résorption du sang met plusieurs mois à s'effectuer ; il ne faut donc pas se décourager, si la vision tarde à se rétablir ; l'essentiel est qu'elle gagne progressivement, pour qu'on soit en droit d'espérer une issue heureuse de la maladie. Si celle-ci dure au delà d'un an ; que, au bout de ce temps, il existe encore des foyers hémorragiques disséminés ; que l'on constate déjà des portions de la choroïde atrophiées, il faut abandonner le traitement débilitant, user avec circonspection des toniques à l'intérieur et recommander des frictions spiritueuses autour de l'orbite.

ARTICLE II.

Décollement de la rétine.

On désigne, sous ce nom, la séparation de la rétine et de la choroïde, l'éloignement réciproque de ces membranes, c'est-à-dire la cessation partielle ou totale de leurs rapports de *contiguïté*, quelle que soit d'ailleurs la cause de ce phénomène morbide.

Cette lésion peut être *congénitale*, ou bien encore la conséquence d'une tumeur développée entre la rétine et la choroïde. Le plus communément, elle est le résultat d'une accumulation entre la rétine et la choroïde d'un liquide ordinairement clair, séreux, d'où les dénominations d'*hydropisie sous-rétinienne*, de *décollement séreux de la rétine*. Cette variété mérite une description spéciale.

Décollement séreux de la rétine.

Cette affection a aussi été désignée sous le nom de *retina tremulens*.

Anatomie pathologique. Le *siège* de la portion décollée est le plus communément à la partie inférieure, soit directement en bas, soit en bas et en dedans, soit en bas et en dehors ; plus rarement à la partie supérieure. Dans le dernier cas, le liquide interposé à la rétine et à la choroïde gagne quelquefois secondairement la portion inférieure du globe. L'*étendue* de la portion décollée est variable, et sous ce rapport il est possible d'établir un *décollement total* et un *décollement partiel*. La nature du liquide renfermé dans le sac flottant de la rétine n'est pas la même dans tous les cas : chez un certain nombre de sujets, ce liquide est formé par une sérosité sanguinolente ; c'est ce que démontre au moins la ponction faite par quelques chirurgiens sur des yeux atteints de décollement, puisqu'on a recueilli de la sorte un liquide brunâtre, couleur chocolat. D'un autre côté, il y aurait exagération d'admettre que les choses se passent ainsi dans tous les cas, c'est-à-dire qu'il existe toujours une véritable hémorragie sous-rétinienne, attendu que la transparence de certaines de ces tumeurs, constatée à l'ophthalmoscope, démontre qu'elles peuvent être formées par de la sérosité pure. On voit parfois, au voisinage du décollement, des foyers ecchymotiques de la rétine. On a encore noté des exsudations au voisinage de la portion décollée, la présence d'un nombre plus ou moins considérable de flocons dans l'humeur vitrée, ce qui obscurcit cette dernière et rend l'examen ophthalmoscopique difficile ; d'autres fois il se forme des cristaux de cholestérine dans le sac rétinien. A une période plus avancée, les altérations sont plus nombreuses et plus étendues ; ce sont celles que l'on rencontre dans les *irido-choroïdites* anciennes.

Causes. Elles sont mal connues. Les observateurs qui ont supputé le degré de fréquence de la maladie ne sont guère d'accord entre eux. Quelques auteurs avancent que la *scléro-choroïdite postérieure* est une des cir-