

constances qui prédisposent le plus à la production du décollement rétinien. C'est un fait à contrôler. On ne peut nier l'influence des violences extérieures, puisque cette lésion a été constatée chez des sujets qui venaient d'avoir la tête prise entre une voiture et un mur, ou qui avaient fait une chute à terre en luttant. On a aussi reconnu cette affection à la suite d'un refroidissement brusque. Sichel l'a observée chez des albuminuriques; Métaxas, à la suite d'érysipèle de la face, chez trois malades. Il est facile de comprendre que des épanchements sanguins de la choroïde produisent consécutivement une suffusion séreuse entre cette membrane et la rétine, par le fait seul de l'obstacle qui en résulte pour la circulation. Si l'on veut bien se rappeler, en effet, que tout ralentissement du cours du sang veineux donne lieu au bout de peu de temps à un œdème, on sera porté à placer le point de départ de la plupart des décollements séreux de la rétine dans une lésion des veines de la choroïde. Signalons encore, au nombre des causes de l'hydropisie sous-rétinienne, les *cysticerques*, qui se forment au-dessous de la rétine, et quelques-unes des tumeurs qui se développent dans la cavité de l'œil.

**Symptômes.** Les troubles fonctionnels se manifestent sinon tout à coup, du moins d'une façon brusque et sans douleur appréciable. Ils varient d'après l'étendue de la lésion. S'agit-il d'un décollement étendu de la rétine, la vision est abolie. Le décollement n'occupe-t-il qu'une partie restreinte, les malades se plaignent de ne plus distinguer qu'un portion des objets (*méropie*). Un nuage, une sorte d'écran apparaît dans le champ de la vision, le plus souvent dans le haut de cet espace, plus rarement en bas ou dans la partie moyenne, suivant que le décollement occupe la portion inférieure, supérieure ou moyenne de la rétine. Le nuage est lui-même plus ou moins obscur, quelquefois très-foncé de prime abord, d'autres fois peu sombre d'abord et devenant ensuite plus obscur; dans quelques cas, il projette une lueur rouge de sang, devient ensuite jaune, puis perd sa coloration. Chez certains malades il y a plutôt un simple brouillard. Les objets paraissent tortueux, brisés ou obliques, ce dont il est facile de se rendre compte, par cette circonstance que l'image qui s'en fait sur la rétine est elle-même tortueuse, infléchie dans la portion qui correspond à la saillie du décollement. On comprend aussi que si cette image se produit sur une portion de rétine flottante, les objets paraîtront eux-mêmes tremblotants. On se rend encore compte, par le fait seul du déplacement du liquide sous-rétinien, de l'agrandissement et du rétrécissement du champ visuel, d'après la position de la tête, ce liquide obéissant aux lois de la pesanteur et se portant vers les parties déclives; ou bien encore le sac rétinien se plaçant au-devant de la portion saine de la rétine, dans une certaine situation, s'en écartant dans d'autres situations. Le siège de la lésion a, du reste, une grande importance sur les troubles de la vision. Si la partie moyenne du champ de la rétine est intacte, la netteté de la vision est assez bien conservée, et quelques malades distinguent les objets les plus petits. Si au contraire le décollement atteint cette partie de la rétine, la vision est abolie ou du moins les malades voient tous les objets très-sombres. Il importe cependant de

faire observer que, dans quelques cas, la vision est troublée à un degré qui n'est pas proportionné à l'étendue du décollement, ce qui tient probablement à ce qu'il existe d'autres altérations au voisinage. D'autres phénomènes ont été encore constatés. Deval a observé, chez un sujet, une *diplopie unioculaire*; un malade, qui m'a consulté, accusait, pour l'œil affecté seulement, un phénomène insolite : les objets, vus de cet œil, lui paraissaient *très-petits et très-éloignés*.

Les symptômes précédents ne doivent être rapportés à un *décollement de la rétine* que lorsque cette lésion a été constatée directement. Quand elle est portée à un haut degré, elle est quelquefois reconnaissable à l'œil nu, après dilatation préalable de la pupille, à la présence, au fond de l'œil affecté, d'une opacité jaunâtre, parcourue de plis, présentant une espèce de fluctuation ou de tremblement quand le malade porte l'œil en divers sens. Toutefois, dans la majorité des cas, on ne la reconnaît pas sans le secours de l'examen ophthalmoscopique proprement dit. Le *miroir seul* suffit dans le plus grand nombre de cas; la *lentille* ne peut même servir que dans les décollements partiels et peu étendus, parce que quand ces sortes de lésions occupent une grande surface, le fond de l'œil est sombre, malgré l'éclairage le plus intense avec le miroir; l'image rétinienne formée au-devant du globe et concentrée par la lentille est plus sombre encore, et l'on a peine à distinguer quelque chose au milieu de la *coloration d'un gris bleuâtre* que l'on aperçoit au-devant du verre convexe. Si, au contraire, le décollement est limité, la teinte grise-bleuâtre de la partie décollée ressort très-nettement sur le reste de l'image de la rétine, qui se présente, comme toujours, sous la forme d'une surface rouge orangée parcourue par les stries de couleur carmin qui correspondent aux vaisseaux. Dans tous les cas, après avoir dilaté largement la pupille avec l'atropine, on commence l'examen avec le miroir ophthalmoscopique seul, en invitant le malade à porter l'œil en diverses directions, afin de plonger le regard jusqu'aux portions de la rétine les plus proches de l'*ora serrata*; afin aussi de faire imprimer à la partie décollée des oscillations qui servent à mieux assurer le diagnostic. Si l'on constate que le fond de l'œil est suffisamment éclairé par la projection de la lumière de la lampe, on cherche, en se servant simultanément du miroir et de la lentille, à reconnaître l'état de la rétine par l'étude de l'*image renversée*.

En cas de décollement étendu, on constate, en regardant à travers le trou du miroir, que le fond de l'œil ne présente plus dans toutes ses portions, cette couleur rosée qui existe dans l'état normal. Si certaines parties offrent encore cette coloration, ce qu'on reconnaît en faisant porter l'œil dans divers sens, d'autres sont d'un *gris bleuâtre* ou *perle*; celles-ci correspondent à une masse que l'on voit osciller, trembler, quand le malade remue le globe; qui présente des reflets, les uns plus brillants, les autres plus ternes, et qui est parcourue à la surface par des vaisseaux à convexité antérieure, bien reconnaissables à leur disposition en forme de stries rouges (voy. la figure 13 de la planche IV de mon *Traité des maladies des yeux*). Le décollement est-il limité, la portion de rétine soulevée se pré-



sente sous l'apparence d'une tache d'un gris bleuâtre, contrastant avec la couleur orangée du reste de l'image rétinienne; dans ce cas, l'investigation de l'œil par le procédé de l'image renversée, c'est-à-dire en se servant simultanément du miroir et de la lentille, permet de bien reconnaître la lésion. Sur cette tache on voit aussi des plis et les flexuosités formées par les vaisseaux de la rétine. Dans quelques cas, on reconnaît encore, par le même mode d'investigation, les bords d'une déchirure de la portion décollée. Il importe de faire remarquer que la teinte et le degré de transparence de la tumeur rétinienne varient d'après la nature du liquide épanché entre la choroïde et la rétine; que, en conséquence, cette coloration présente tous les degrés, depuis la transparence complète jusqu'à l'opacité.

**Marche. Terminaisons.** Autant l'invasion de la maladie est brusque, autant la marche ultérieure en est lente. On voit des décollements de la rétine rester stationnaires pendant des mois et même des années, sans que la vision s'améliore ou s'amoindrisse. D'autres fois l'affection guérit et la vision peut se rétablir complètement, ainsi que Siehel, Liebreich, Galezowski, Deval et nous-même en ont rapporté des cas. L'épanchement sous-rétinien peut-être remplacé par une exsudation plastique avec dépôts de pigment au voisinage. On a aussi constaté parfois une déchirure de la rétine et le passage du liquide sous-rétinien dans le corps vitré. Quelques observateurs ont noté l'inflammation de la portion de rétine avoisinant l'épanchement, avec production d'exsudats plastiques. Dans les cas plus graves, l'inflammation se propage aux autres membranes et aux milieux réfringents; il se développe une iritis à forme lente, accompagnée de synéchies postérieures, des opacités du cristallin; l'œil peut s'atrophier consécutivement ou devenir le siège de douleurs persistantes.

**Diagnostic.** On ne confondra pas le décollement de la rétine avec une cataracte. La distinction est facile avec le miroir ophthalmoscopique, qui permet de reconnaître une opacité flottante, parcourue de *stries rougeâtres*, la profondeur de la tumeur, et, dans le cas même où celle-ci est devenue immobile, sa continuation avec la surface du reste de la rétine. Une confusion plus regrettable encore est de prendre un décollement de la rétine pour un *cancer encéphaloïde* de cet organe, puisqu'elle a conduit à faire l'extirpation de l'œil (voy. l'article suivant). On pourrait aussi prendre pour un décollement de la rétine un *décollement de la choroïde*; celle-ci se présente à l'ophthalmoscope sous l'apparence d'une *tumeur arrondie, rouge jaunâtre, à contours nettement dessinés, faisant saillie dans le corps vitré; la surface de la tumeur est sillonnée, comme en cas de décollement de la rétine, par les vaisseaux rétiens non interrompus dans leur trajet*. Ce qui différencie les deux espèces de lésions, c'est que, dans le *décollement de la choroïde*, on ne remarque à la surface de la tumeur ni plis ni aucune mobilité, et que derrière les vaisseaux rétiens on aperçoit des traces de la choroïde, des vaisseaux choroïdiens et des espaces qui les séparent.

**Pronostic.** Il est toujours grave, en ce sens que la vision demeure le plus souvent fort compromise et qu'il peut même se développer des lésions consécutives plus sérieuses encore. Il est d'autant plus grave que le décol-

lement est plus étendu, qu'il occupe une portion plus rapprochée du centre de la rétine.

**Traitement.** Au début, on emploie les antiphlogistiques locaux : sangsues ou ventouses scarifiées à la tempe; en cas de suppression du flux hémorroïdal, on conseille l'application de sangsues à l'anus. S'il existe des symptômes inflammatoires, on fait pratiquer autour de l'orbite des onctions hydrargyriques belladonnées. Dans tous les cas, on recommande l'administration fréquente de purgatifs. Des onctions derrière les oreilles avec la pommade stibiée additionnée d'huile de croton-tiglium déterminent une éruption que l'on entretient pendant plusieurs semaines. Il est utile aussi de promener autour de l'orbite un certain nombre de vésicatoires volants. On éloigne du régime du patient tous les aliments, toutes les boissons de nature à activer la circulation générale et surtout la circulation encéphalique. Dans un cas rapporté par Deval, la salivation hydrargyrique a diminué rapidement les troubles visuels. Il y aurait donc indication à administrer le calomel à dose fractionnée, chez les sujets d'une forte constitution. On a également préconisé les diurétiques, l'iodure de potassium. Si l'on soupçonne à la maladie une origine rhumatismale, on administre des bains de vapeur. Ce n'est qu'à une époque où toute irritation a disparu, que l'on tente avec précaution l'emploi de pommades, de liniments ou de collyres excitants, propres à favoriser la résorption du liquide épanché sous la rétine. Si l'usage de ces médicaments, qui demande à être surveillé avec le plus grand soin, provoquait une augmentation dans les troubles de la vision, on soupçonnerait une recrudescence du mal, facile à constater à l'ophthalmoscope, et on reviendrait promptement aux antiphlogistiques et aux révulsifs. Le repos de l'organe affecté est une condition capitale à imposer au malade, plusieurs semaines encore après la guérison.

Lorsque l'épanchement sous-rétinien est considérable, que la tumeur rétinienne comprime le corps vitré, on a conseillé d'évacuer le contenu au dehors, en ponctionnant l'œil avec une aiguille cannelée, comme le voulait Ware, avec une aiguille à cataracte, ou avec la pointe d'un couteau à extraction. On peut même répéter l'opération de temps en temps, et soulager ainsi notablement les malades. On a même proposé de combiner la ponction avec une injection irritante dans le sac, dans le but de provoquer une inflammation adhésive entre la rétine et la choroïde.

### ARTICLE III.

#### Encéphaloïde de la rétine.

Cette affection a été également désignée sous les noms de *foncus médullaire* de la rétine, *sarcome médullaire*, *cancer mou*, *foncus hématoïde*.

**Anatomie pathologique.** D'après Scarpa, l'altération commence toujours par la rétine, plus spécialement dans le point de cette membrane correspondant au nerf optique. Cela est vrai pour la majorité des cas. Il en