

sibilité exagérée de la rétine, dans tous les cas, sera combattue par des frictions autour de l'orbite avec l'extrait de belladone uni au camphre, ou, ce qui me semble préférable, par l'application sur les yeux, pendant une à deux heures chaque jour, de linges trempés dans une infusion très froide de feuilles de belladone et de jusquiame ; ces compresses devront être renouvelées à chaque instant, pour tenir l'œil sous l'influence d'une température égale et basse.

La presbytie, la myopie, seront rectifiées par l'usage de lunettes convenables ; et lorsqu'on aura obtenu une amélioration, on se gardera bien de permettre au malade de travailler le soir.

Le régime alimentaire sera surveillé avec soin, surtout chez les individus pléthoriques ; on leur recommandera l'exercice du corps en plein air, la marche, la gymnastique ; on leur défendra tous les excitants, et en particulier le café et les alcooliques : cette dernière recommandation, d'ailleurs applicable à tous, est surtout de rigueur pour les sujets dont la constitution est éminemment nerveuse.

On guérira la congestion de la rétine chez les malades autrefois atteints d'ophtalmies, et sujets aux inflammations de l'œil, en prévenant le retour de celles-ci par un traitement convenable.

Un traitement approprié sera aussi prescrit aux individus atteints d'une hypertrophie du cœur (digitale, ventouses scarifiées sur la région précordiale, régime sévère), et aux personnes disposées aux congestions de l'encéphale.

La congestion de la rétine ne me paraissant point reconnaître sa cause dans la contraction des muscles, ainsi que le pensent deux hommes d'un grand mérite, M. Bonnet et M. Pétrequin, de Lyon, je rappellerai, pour mémoire seulement, que ces médecins proposent dans cette maladie la section du petit oblique, ou celle des muscles droits (1).

**b. — Deuxième degré, ou rétinite chronique, rétino-choroïdite.**

La rétinite chronique proprement dite, de même que la congestion rétinienne, est une affection assez commune pour que le médecin qui s'occupe spécialement des maladies des yeux la rencontre pour ainsi dire à chaque pas. C'est sans aucun doute une des causes les plus fréquentes de l'amaurose à divers degrés.

(1) *Annales d'oculistique*, loco citato.

**SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES.** — Les malades éprouvent une sensation de gêne plus marquée que dans la congestion de la rétine. La plupart souffrent de maux de tête violents. La vision a perdu de sa netteté, en particulier pour les objets petits ou éloignés. Le plus souvent le champ de la vision est rétréci ou échanuré de diverses manières. La lumière est si mal supportée, que les patients recherchent presque toujours un certain degré d'obscurité, et portent à cet effet des lunettes de couleur foncée. Parfois, lorsqu'il survient une exacerbation, une photophobie intense ne tarde pas à paraître. Dans quelques cas, heureusement exceptionnels, j'ai vu ce symptôme persister à un degré tel, que les malades gardent la chambre obscure pendant des mois entiers. Le plus grand nombre des malades remarquent une diminution graduelle de la vision qui, au commencement, présente des alternatives rapides d'amélioration. Quelques-uns perdent la faculté de voir, puis la recouvrent après quelques instants. Généralement ils se plaignent d'un brouillard qui couvre le champ visuel d'un œil, ou des deux yeux, en totalité ou en partie ; et ce brouillard, qui est plus ou moins épais suivant les degrés du mal et les désordres survenus, augmente dans les efforts ou quand on tient la tête baissée. La lecture devient difficile ou impossible et une cécité plus ou moins complète se manifeste d'abord dans un œil, puis atteint l'autre œil peu à peu. Dans les degrés encore peu avancés, surtout après les repas, un certain nombre de malades, sous l'influence de la secousse la plus légère, par exemple lorsqu'ils font un faux pas, voient des traînées lumineuses, comme s'ils recevaient directement un coup sur les yeux. Pour d'autres, le même phénomène se produit quand ils passent d'un lieu très éclairé dans un autre fort obscur ; dans ce dernier cas, quelques-uns éprouvent un étourdissement si violent, qu'ils sont forcés de se retenir au premier objet qui se trouve à leur portée. Les fantômes lumineux, les mouches volantes colorées apparaissent quelquefois en dehors de ces circonstances ; les malades en sont tourmentés le plus souvent le matin au réveil, ou immédiatement après les repas, si ceux-ci ont été copieux. Je connais un jeune homme, atteint d'une hypertrophie du cœur, qui ne manque pas de voir des étincelles et des traînées lumineuses chaque fois qu'il a pris du café, qu'il a mangé un peu plus que de coutume, ou qu'il monte rapidement un escalier. Un phénomène remarquable accompagne chez lui l'apparition de ces fantômes : c'est que s'il regarde un point noir, par exemple, sur un

mur blanc, ce point offre dans le sens vertical, des mouvements oscillatoires isochrones au pouls, ainsi que je m'en suis assuré; évidemment ces mouvements ne sont que le résultat de l'ébranlement communiqué à la rétine par l'artère centrale et ses subdivisions, très probablement dilatées, comme dans l'observation d'une femme que Græfe le père a eu l'occasion d'examiner. Aurait-on pu constater chez ce jeune homme la pulsation spontanée? Je ne sais, l'observation ayant de beaucoup précédé la découverte de l'ophthalmoscope.

Des élancements subits et très vifs traversent l'œil de temps en temps, surtout quand la maladie n'est pas très ancienne; ils diminuent ou disparaissent même, ainsi que les fantômes lumineux, lorsque, à la suite d'inflammations répétées, la rétine commence à perdre de sa sensibilité et à se recouvrir de fausses membranes. Le signe précurseur de ce fâcheux résultat, qui constitue une variété de l'amaurose, c'est l'apparition progressive et toujours lente de mouches noires persistantes, qui deviennent de plus en plus nombreuses, et surtout le rétrécissement progressif du champ de la vision.

SYMPTÔMES ANATOMIQUES. — Ils ne sont guère plus faciles à saisir que dans la congestion rétinienne. L'œil offre généralement l'aspect le plus normal. Quelquefois la pupille est plus resserrée, moins régulière, moins mobile que dans la simple congestion, mais c'est là un caractère de peu d'importance. Le plus souvent cette ouverture est plus dilatée et moins mobile qu'à l'état normal.

Pendant longtemps et tant qu'il n'y a pas de complication de choroidite, l'œil garde sa teinte ordinaire à un jour modéré et tranquille, quoiqu'il s'injecte avec la plus extrême facilité à une lumière un peu vive, et que des larmes s'échappent alors sur les joues; mais, pendant les exacerbations, la rougeur persiste à un degré variable, ainsi que la gêne à supporter la lumière. L'injection, dans le premier cas, est surtout marquée autour de la cornée, dans la sclérotique, et s'étend en diminuant jusqu'à la grande circonférence du globe. Elle disparaît dès que le malade cesse de regarder la lumière.

Si la rétinite est la conséquence d'une inflammation de la choroïde, cette membrane offre les altérations que nous avons décrites; et bientôt, selon que la sclérotique résiste ou cède, les milieux comprimés de l'œil, poussant l'iris en avant, font dispa-

raître la chambre antérieure, ou bien il apparaît sur la fibreuse des plaques bleues, plus ou moins larges. L'iris à son tour, après avoir subi dans sa marge libre les changements de forme dont nous avons parlé, et avoir perdu sa mobilité, ne tarde pas à prendre cette couleur morbide particulière à l'iritis chronique. La sclérotique, indépendamment des plaques bleues qu'elle présente, est sillonnée de gros vaisseaux variqueux qu'on rencontre aussi dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. La muqueuse elle-même est injectée, notablement relâchée, et dans une situation telle, que bien des praticiens peu exercés, voyant un œil à peu près exempt de rougeur, rapportent tout le mal à une conjonctivite et agissent en conséquence de ce diagnostic erroné.

SIGNES OPHTHALMOSCOPIQUES. — Un caractère assez commun, signalé aussi par Ed. Jæger (1), c'est que le fond de l'œil semble refléter moins de lumière qu'à l'état normal, bien que l'on y distingue facilement tout ce qu'il renferme. Cela donne la sensation, pour un œil exercé, de quelques-uns de ces cas dans lesquels le corps vitré a perdu un peu de sa transparence, sauf qu'alors le trouble est uniformément répandu dans tout le fond de l'œil, tandis que le trouble remarqué dans la rétinite n'existe qu'aux environs du nerf optique, nullement vers l'*ora serrata*.

Le fond de l'œil n'a pas sa teinte rose orangée habituelle; il est couleur de sang très vif et uniforme dans une assez grande étendue, surtout à partir du nerf optique. C'est là sans doute ce qui produit cette diminution de la lumière reflétée par le fond de l'œil.

La papille du nerf optique est rouge, mal limitée; ses bords, couverts de vaisseaux nombreux, se perdent dans les parties voisines de la rétine. Assez souvent même, comme dans l'œil d'une jeune fille que j'ai dessiné, on ne les voit plus et l'on ne reconnaît la papille que par le point de sortie des grands vaisseaux et à leur direction. Ces vaisseaux laissent voir entre eux, sur les bords de la papille, d'autres vaisseaux courts, très serrés les uns contre les autres, radiés, presque droits, et qui rappellent un peu l'injection périkeratique décrite autrefois sous le nom de sclérotite.

C'est à partir de là que le fond de l'œil a cette couleur rouge, plus sombre que celle de l'état normal, et qu'avec l'image droite, on y voit des rayures assez régulières, bien décrites par Ed.

(1) Ed. Jæger, *loc. cit.*, pl. XI.

Jæger, et auprès desquelles les parties voisines présentent un grain plus ferme et plus serré. Elles se perdent à courte distance dans l'aspect granuleux du reste du fond de l'œil ; rares vers la macula, elles sont plus nombreuses généralement en haut et en dedans ; mais l'inverse a lieu aussi, et dès lors les signes physiologiques acquièrent une plus grande gravité. Peut-être ces rayures radiées du centre du fond de l'œil viennent-elles à la fois du point de sortie des vaisseaux de la rétine et de la distension des fibres optiques par le gonflement inflammatoire. En tous cas elles diminuent, puis disparaissent en s'éloignant dans tous les sens de la papille.

L'étude des vaisseaux offre aussi beaucoup d'intérêt. En général les artères, surtout les veines, sont plus développées qu'à l'état normal. Les artères, plus petites et plus difficiles à voir dans l'état physiologique, peuvent être suivies aisément dans leurs diverses ramifications jusque vers le cercle équatorial. Cependant la plupart plongent ou semblent plonger dans la couleur rouge dont nous avons parlé, puis reparaisent un peu plus loin. Les veines, plus pleines qu'à l'état normal, n'offrent pas ce point incolore qui indique que la lumière les traverse entièrement ; elles sont de couleur plus sombre et par là même plus aisément suivies. Mais, généralement, on ne les voit avec netteté que dans un trajet assez court, car un peu plus loin tout devient confus et se perd dans les parties colorées en rouge dont nous avons parlé. On les suit bien quelquefois, mais on croit voir qu'elles surnagent, et que plus loin elles plongent dans le tissu qu'elles parcourent. L'ensemble de ces vaisseaux donne quelque chose de vague, de brouillé au fond de l'œil, toujours si clair et si brillant. Il me semble voir là tous les signes d'une infiltration œdémateuse de la rétine.

Tels sont les symptômes de la rétinite sans autre lésion ; mais comme elle est le plus généralement liée à la choréïdite, le praticien, pour asseoir son diagnostic, devra réunir dans son esprit l'étude de ces deux maladies, comme elles sont très souvent réunies en réalité sur l'homme malade. Il trouvera donc souvent des rétinites dans lesquelles, par endroits, les caractères que nous venons d'indiquer seront isolés, tandis que dans d'autres il s'y joindra ceux de la choréïdite, c'est-à-dire des amas de pigmentum, des plaques blanches par manque de pigmentum, des exsudations, des ecchymoses sous ou sus-jacentes à la rétine, des flocons dans le corps vitré, etc., etc.

CAUSES. — Elles sont les mêmes que celles de la simple congestion ; on doit pourtant y ajouter la rétinite aiguë, et, en particulier, l'insolation. Il m'a paru que les personnes nerveuses et chez lesquelles le cœur est énergique y sont plus prédisposées que d'autres.

DURÉE. — Cette maladie est très longue. Je ne l'ai jamais vue guérir sans que la vision en ait souffert. Elle se termine quelquefois par la résolution, souvent par des exsudations.

PRONOSTIC. — Il doit être grave ou au moins très réservé, la maladie se terminant assez souvent par une variété de l'amaurose.

TRAITEMENT. — Dans la rétinite chronique on agira activement, et d'après les indications que nous avons posées en parlant du traitement de la congestion rétinienne. La première chose à faire est de combattre la cause de la maladie. C'est ainsi qu'on devra rechercher les corps étrangers pour les extraire, combattre la congestion de la tête, éloigner tout exercice de la fonction visuelle, et placer le malade dans un endroit un peu éclairé, l'obscurité complète, quand on s'y tient longtemps, augmentant beaucoup la susceptibilité de l'organe.

Les applications froides de compresses imbibées d'une infusion de feuilles de jusquiame et de belladone à parties égales réussissent quelquefois très bien à diminuer la photophobie, surtout si en même temps on a recours aux sangsues derrière les oreilles, ou mieux encore aux ventouses scarifiées près de l'œil. Ce dernier moyen réussit parfaitement à faire tomber la photophobie, lorsqu'elle est portée à un haut degré, comme aussi à diminuer la rougeur de l'œil. La saignée générale ne me semble point indiquée, à moins que l'exacerbation ne prenne un assez haut degré d'acuité, ou que le malade ne soit d'une très bonne constitution. Les frictions mercurielles belladonisées, répétées quatre ou cinq fois par jour, seront d'un effet très avantageux, et feront rétrograder la maladie qui reprendra la marche qu'elle avait d'abord, c'est-à-dire un certain degré de chronicité ne dépassant pas les limites de l'hyperémie de la rétine que nous venons de décrire. On doit s'attendre à des rechutes, et ce serait pour nous une chimère que de compter sur la guérison radicale d'une pareille affection, sans un traitement de fort longue durée.

Lorsque l'état aigu a été combattu avec succès, on peut quel-

quelquefois recourir, avec un certain avantage, aux révulsifs cutanés. Ce sera un moyen d'éloigner le retour des exacerbations, du moins chez les individus peu excitables. Cependant je préfère alors les résolutifs, tels que la pommade au précipité rouge, celles à l'iodure de potassium, etc., mais on ne doit les introduire dans l'œil qu'après un examen ophtalmoscopique bien fait.

Dans certains cas, tous les moyens que nous venons d'indiquer échouent complètement; cela arrive plus particulièrement chez des sujets jeunes très nerveux, ou chez des enfants d'une constitution très délicate. Alors l'ophtalmoscope fait découvrir des altérations locales qui expliquent l'insuccès.

## ARTICLE VII.

## EXUDATIONS PLASTIQUES DE LA RÉTINE.

L'œil atteint de cette affection peut présenter tous les caractères extérieurs de l'état normal. Avec l'ophtalmoscope, la pupille étant dilatée, on constate que les milieux sont transparents. La couleur du fond de l'œil a sa couleur rose-orangé ordinaire dans sa plus grande surface, si l'exsudation rétinienne est limitée; au contraire, elle est moins brillante et réfléchit moins bien la lumière, si elle est étendue. Le caractère principal de l'exsudation légère est sa ressemblance parfaite avec un glacié gris-bleuâtre que l'on aurait étendu sur la couleur rose-orangé du fond de l'œil pour en diminuer la vigueur. Mais, contrairement à ce que l'on cherche par le glacié dans l'art de la peinture, on a ici une teinte gris-bleuâtre, plus ou moins foncée par places ou même une absence complète de cette teinte, ce qui fait que là le glacié est plus épais, tandis qu'ici il manque tout à fait. Souvent on voit de petites traînées blanchâtres le long des vaisseaux rétiens.

Il y a quelquefois sur l'exsudation de la rétine des vaisseaux de nouvelle formation, mais plus souvent les vaisseaux normaux disparaissent par places sous l'exsudation pour reparaitre plus loin et suivre leur cours régulier.

Dans cette maladie, la vision peut être ou gravement atteinte ou à peine diminuée, suivant que l'exsudation occupe ou non la région de la *macula*.

Voici un cas d'exsudation épaisse enveloppant presque entière-

ment la papille, et dans lequel, la *macula* étant demeurée intacte, la vision n'a pas souffert; l'observation a été rédigée par M. le docteur Delgado de Venezuela; l'œil a été dessiné par moi.

*Observation.* — Julienne Geoffroi, âgée de treize ans, brodeuse, demeurant à Deuil, près Saint-Denis, rue de l'Église.

Il y a trois ans, elle a été opérée d'une tumeur lacrymale droite; trois mois après elle se trouva soulagée, le larmolement avait presque complètement disparu, et elle ne retourna plus à la clinique.

Dernièrement elle est revenue pour une récurrence de sa fistule, et en l'examinant par hasard à l'ophtalmoscope, on a trouvé dans l'œil gauche une large exsudation placée autour de la papille. Le dessin représente exactement cette plaque exsudative; l'image y est renversée par une erreur du graveur.

L'exsudation n'étant pas du côté de la *macula lutea*, la ma-

N, nerf optique.  
AA (placés dans la tache blanche), exsudation d'un blanc bleuâtre masquant complètement la choroïde.

V, veine partant de la papille et plongeant sous l'exsudat à travers lequel on la voit comme par transparence. Ce vaisseau reparait plus loin en V.

V', autre veine venant aussi de la papille, cachée jusqu'à la limite de l'exsudat.

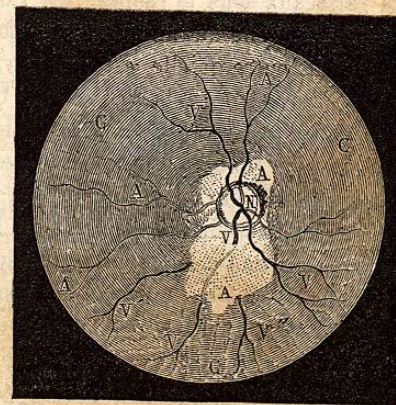
V'', autre veine dans les mêmes conditions.

V, VV, veines normales.

AAA (placés dans le fond ombré), artères rétiennes normales.

CCC, fond de l'œil normal.

Fig. 64.



lade conserve la vue si claire, qu'elle peut lire sans aucune hésitation le numéro 1 du livre de Jæger. Elle voit aussi à une grande distance, comme à l'état physiologique le plus parfait.

Le champ de la vision est normal.