

sans avoir altéré la santé générale ni modifié l'affection oculaire.

» Le 10, madame T... vint consulter M. Desmarres. L'examen de l'œil, pratiqué avec le plus grand soin, a permis de faire les remarques suivantes : La pupille est très mobile ; le fond de l'œil noir, comme de coutume ; l'iris a sa couleur et sa texture normales ; rien d'anormal dans la chambre antérieure, ni dans la chambre postérieure, ni dans les milieux réfringents, ni dans les membranes externes.

» On pouvait se demander si l'affection était une névrose, ou si, au contraire, elle était constituée par une altération matérielle dans la rétine.

» La pupille fut dilatée, et l'on put reconnaître avec l'ophthalmoscope un épanchement de sang sous-rétinien fort large, situé en partie au côté interne de la papille du nerf optique, qu'il recouvre dans une certaine étendue, plus grand, mais beaucoup moins épais, au côté externe du nerf optique. (M. Desmarres a dessiné le fond de l'œil et l'a fait graver.)

A, papille du nerf optique, sur laquelle en haut et en dedans on voit une tache rouge F communiquant avec le caillot sanguin C.

B, B, B, vaisseaux normaux de la rétine dessinés jusque vers l'*ora serrata*. Deux de ces vaisseaux, l'un en haut, l'autre en dehors, ont une insertion anormale, car ils sortent sous la papille au lieu de s'échapper de son centre.

C, caillot de sang épais soulevant la rétine et venant d'un vaisseau qui la traverse et qui s'est rompu. Le sang contourne en bas la papille et semble être parti de là pour aller former la grande plaque au côté externe.

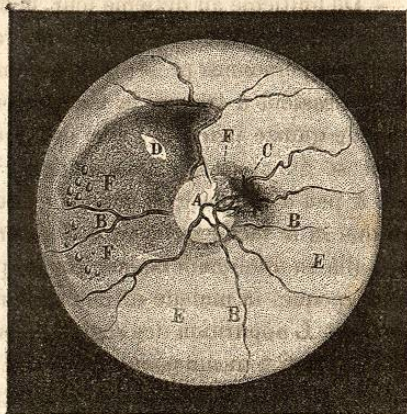
D, tache qui fait voir que le sang s'est résorbé.

F, F, large plaque de sang. Il y a, vers la périphérie, de petits points nombreux indiquant que la résorption du sang commence en ces endroits.

E, E, parties saines.

» Le pronostic est assurément favorable, le sang se résorbera encore ; mais il est impossible de savoir, quant à présent, jusqu'à

Fig. 65.



quel point la rétine, comprimée par le sang épanché, aura été épargnée ou compromise au côté externe du nerf optique.

» Le traitement tout entier doit donc consister à provoquer la résorption de l'épanchement ; plus tard, une hygiène convenable sera tracée à la malade pour prévenir des accidents de même nature.

» M. Desmarres proposa les moyens suivants : 1° une saignée du bras de trois palettes ; 2° de fréquents purgatifs ; 3° des altérants à l'intérieur, parmi lesquels furent recommandées des poudres de calomel, magnésie et rhubarbe, une préparation stibiée et, plus tard, une potion à l'iodure de potassium ; 4° tous les huit jours, pendant deux ou trois semaines, quatre ou cinq sangsues entre l'œil et l'oreille ; 5° régime doux, viandes blanches, etc., exercice du corps, frictions sèches sur la peau ; 6° un repos complet des yeux, conserves bleues au soleil, des frictions autour de l'orbite avec une pommade à l'iodure de plomb ; 7° instiller dans l'œil, cinq ou six fois par jour, une goutte d'un collyre à l'iodure de potassium, et plus tard, une seule fois par jour, une goutte d'un collyre au sublimé corrosif.

» Le 6 novembre, après un mois du traitement prescrit, madame T... se trouva guérie. Elle lit maintenant de l'œil droit presque aussi bien que du gauche, du moins M. Desmarres ne découvre aucune différence ; seulement cet œil semble se fatiguer plus vite.

» A l'ophthalmoscope, tout est si bien résorbé, qu'on ne trouve absolument aucune trace de la maladie.

J'ai revu cette malade au mois de juillet de l'année suivante, la guérison s'était maintenue.

ARTICLE XI.

HYDROPIE SOUS-RÉTINIENNE OU DÉCOLLEMENT SÉREUX DE LA RÉTINE.

Cette affection est loin d'être rare : sur cent cas d'amaurose incomplète, je l'ai vue neuf fois. — Une seule fois elle avait frappé les deux yeux.

Avant la découverte de l'ophthalmoscope, j'ai souvent diagnostiqué à l'œil nu cette maladie ; mais l'usage de cet instrument prouve que l'on ne peut voir ainsi que les cas les plus graves.

Voici les symptômes que l'on constate si l'on examine à l'œil nu dans un cas de décollement considérable de la rétine :

L'œil est exempt d'injection, la pupille mobile comme à l'état normal. On voit au fond une opacité jaunâtre, occupant le plan le plus reculé dans la coque oculaire, et présentant des lignes ou stries semblables à des plis, et placées ordinairement dans le sens transversal. Ces stries s'avancent vers la face postérieure du cristallin, lorsque le liquide épanché augmente de volume, et restent au contraire fort près du fond de l'œil, lorsque ce liquide est en petite quantité. L'opacité, constituée évidemment par la rétine, que pousse en avant le liquide épanché, présente, toutes les fois que le globe change de place, une sorte de fluctuation ou de flottement remarquable, indiquant d'une manière évidente les mouvements imprimés aux liquides. Dans quelques cas où la compression, exercée d'arrière en avant par la tumeur, devient considérable, l'oscillation se communique à l'iris, comme cela s'observe dans le synchysis ordinaire. Chaque pli, plus brillant que le reste de l'opacité, correspond à un sillon, et l'on voit la portion de rétine placée entre deux plis présenter une concavité variable. Il n'est pas rare de voir, sur un des points de la tache, une partie enfoncée et noire, parcourue de quelques vaisseaux : ce signe indique que, dans cet endroit, la rétine ne s'est point encore décollée. L'opacité siège le plus ordinairement dans un point assez rapproché de la partie la plus déclive du globe. J'ai su, par les réponses de quelques malades que j'ai interrogés, qu'ils se couchaient habituellement du côté où l'opacité se trouvait être le plus marquée. Il est bon d'ajouter cependant que les stries rétinienne, qui sont loin d'être toujours transversales et offrent quelquefois une obliquité marquée, ont été observées aussi dans un autre endroit, assez élevé par rapport au plan inférieur du globe. Lorsque la maladie fait des progrès, c'est-à-dire lorsque l'hydropisie augmente, les plis deviennent très larges et plus rares, et on les voit trembloter dans tous les sens derrière la lentille, qui le plus ordinairement demeure transparente.

Il est facile de remarquer combien cette description des symptômes est incomplète si on la compare à la suivante :

SYMPTÔMES OPHTHALMOSCOPIQUES. — La première chose à faire, dans un cas d'amblyopie, après que l'on a examiné la papille et son voisinage, c'est de recommander au malade d'agiter son œil dans divers sens. S'il est atteint d'un décollement séreux de la rétine, on constate bientôt qu'une masse blanc bleuâtre plus ou moins volumineuse, ronde ou allongée, striée de vaisseaux rouges,

flotte dans l'œil pendant les mouvements de cet organe. Cette masse occupe le plus souvent la partie inférieure : tantôt elle est placée directement en bas, quelquefois en bas et en dedans, le plus souvent en bas et en dehors. Dans deux cas que j'ai eu l'occasion d'observer au début, entre une et deux heures après l'apparition brusque des signes physiologiques, la masse occupait la partie supérieure de l'œil ; dans l'un des deux, elle était divisée en deux lobes allongés d'avant en arrière et qui masquaient chacun une partie de la moitié supérieure de la pupille. Le lendemain, tout cela avait disparu, et le liquide s'était réuni à la partie inférieure de l'œil, d'où je conclus qu'il est possible que l'épanchement se fasse souvent sur un autre point que celui où on l'observe.

Cette masse, avons-nous dit, est blanc bleuâtre dans la majorité des cas ; sa couleur varie un peu, suivant la somme de lumière que l'on envoie dans l'œil ; rarement elle est colorée en rouge, ce qui tiendrait à la présence d'un épanchement de sang comme complication. Elle présente ordinairement des plis allongés d'avant en arrière, et plus franchement blancs que le reste ; leur forme, malgré la fluctuation de l'ensemble, paraît toujours demeurer la même, car on peut les dessiner et, après quelque temps, reconnaître qu'ils n'ont pas changé.

La masse bleuâtre mobile et les plis blancs allongés étant reconnus, on constate que masse et plis offrent aussi à leur surface de petites lignes de couleur rouge vif, lignes qui sont formées par les vaisseaux de la rétine. On s'assure aisément de ce fait en les suivant du regard pendant les temps de mouvement et de repos de l'œil, et l'on s'assure qu'ils s'allongent et se raccourcissent pendant la fluctuation et qu'ils viennent tous de la papille du nerf optique.

La fluctuation de la masse est nécessairement en proportion avec la grandeur du décollement et la somme de liquide qui le produit ; e l'on conçoit aisément, après cela, qu'il y ait des cas où le déplacement de la rétine soit peu marqué, réduit à un tremblement léger, et assez difficile à reconnaître. En pareille occurrence on cherche avec plus de soin le flottement rétinien dans toutes les directions, en bas surtout, près de l'*ora serrata*, tout à fait vers les attaches de l'iris, et l'on finit toujours par le découvrir.

Quand la partie soulevée de la rétine est ainsi placée en avant, presque immédiatement derrière le bord inférieur de la lentille, l'ophtalmoscope seul suffit ; quelquefois pourtant on doit se servir du verre grossissant pour bien reconnaître le trait caractéristique

du décollement, c'est-à-dire les vaisseaux de la rétine devenus flottants.

Le décollement doit encore être recherché à la partie supérieure de l'œil et, exceptionnellement, près du nerf optique, particulièrement en dehors; presque toujours, dans ce cas, le liquide gagne peu à peu, le plus souvent avec rapidité, la partie déclive de l'œil.

La fluctuation rétinienne fait saillie dans le corps vitré, exactement comme si ce corps n'offrait aucune résistance; elle augmente à mesure que le liquide épanché devient plus abondant et diminue quand il se résorbe. J'ai constaté que les plis blancs aperçus à la surface de la tumeur et flottant avec elle se fixent quelquefois sur la choroïde, et que les parties rétinienne voisines se recollent. Dans ces conditions, le liquide épanché se résorbe et la vision peut être conservée, amoindrie ou détruite, suivant l'étendue du décollement et le lieu qu'occupent ces plis, enveloppés d'exsudats qui s'organisent et demeurent toujours visibles. Dans d'autres cas, plus nombreux que ceux-ci, j'ai vu la fluctuation persister plus d'une année.

Jamais je n'ai trouvé le liquide en assez grande abondance pour justifier la comparaison faite pour la rétine décollée par M. de Græfe, lequel dit qu'elle ressemble alors à un entonnoir dont la base est à l'*ora serrata* et le sommet à la papille.

Quant à la nature du liquide, elle est inconnue: je ne crois pas qu'originellement il soit constitué par du sang. Cependant j'ai ponctionné autrefois des yeux atteints de collections sous-réiniennes, et j'ai recueilli un liquide brun noirâtre, couleur chocolat clair, mais je me suis borné à cette simple et très incomplète remarque.

SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES. — L'invasion du mal est excessivement brusque. La plupart des malades racontent que sans aucun signe précurseur, sans douleur aucune, ils ont tout à coup remarqué dans le champ de la vue un nuage obscur, généralement bien limité, qui cache une partie des objets. En serrant les questions, on apprend souvent que ce nuage, que quelques personnes comparent à un écran noir, cache, dans la plupart des cas du moins, la partie supérieure de l'objet, plus rarement le côté inférieur, plus exceptionnellement encore la partie moyenne. Ce nuage, le plus souvent, a une forme convexe, de sorte que l'objet n'est presque jamais coupé en ligne droite. D'autres fois il manque, mais il est

remplacé par un brouillard limité, et alors les objets droits sont brisés ou courbés de diverses manières. Pendant quelques moments ces objets, au moment où on les fixe, sont tremblotants et colorés quelquefois de couleurs vives qui ne leur appartiennent pas et qui disparaissent aussi rapidement qu'elles se montrent. Parmi ces couleurs le rouge est le plus fréquent, et quelques malades assurent que le nuage ou l'écran qu'ils ont vu d'abord avait la couleur du sang, et que ce n'est qu'après 24 ou 48 heures qu'il est devenu sombre. Peu à peu l'écran noir disparaît ou diminue considérablement, et fait place à un abaissement variable de la vue.

Le plus grand nombre des malades n'ont plus la faculté de voir en face quelque temps après le début du mal. Généralement ils placent l'objet qu'ils veulent regarder en dehors et en bas. Le cas est alors fort grave, parce que la rétine est frappée d'anesthésie, sinon décollée, partout, sauf en haut et en dedans, point qui demeure longtemps épargné. La difficulté de voir ainsi les objets est d'abord fort grande; mais elle diminue peu à peu, plutôt par l'exercice que par le fait d'une amélioration de l'état anatomique.

D'autres malades, moins sérieusement atteints, reconnaissent fort bien les plus petits objets et peuvent même lire. J'en ai observé chez lesquels le champ de la vision s'agrandissait ou se rétrécissait suivant la position de la tête, parce que la masse fluctuante s'écartait de la papille, ou venait en masquer une partie, phénomène que l'on pouvait constater avec l'ophthalmoscope. L'un d'eux, Johan G... de D..., pouvait lire au lit et ne voyait plus quand il était levé, par suite du déplacement du liquide. Je l'ai tenu couché quelque temps, la tête immobile; d'autres parties de la rétine ne se sont pas décollées, et il s'est complètement guéri. L'épanchement, fort éloigné du centre de la rétine, a été remplacé par des bandelettes exsudatives avec quelques dépôts de pigmentum dans leur voisinage.

CAUSES. — Elles sont inconnues; chez plusieurs personnes, il m'a paru qu'un refroidissement brusque avait produit le mal. Une grande dame italienne était allée au bal de l'Hôtel de ville et n'avait pu se couvrir de son manteau, qui s'était trouvé perdu par suite d'un accident arrivé au vestiaire. Impatiente d'attendre, elle regagna sa voiture, les épaules et la face nues, par un froid très vif, et perdit aussitôt l'œil droit par décollement de la rétine. Un chasseur gravissait une montée par un froid excessif, le vent

lui frappait le visage avec force ; il éprouve tout à coup un éblouissement et perd la vue de l'œil droit de la même manière. J'ai observé bon nombre de faits semblables. On admet comme causes locales les hémorragies de la choroïde, la scléro-choroïdite postérieure, les inflammations lentes comme la kératite ponctuée ou la kératite disséminée ; mais ce sont là des coïncidences évidemment, car le plus grand nombre des décollements séreux de la rétine frappent des yeux jusque-là parfaitement sains.

Quant aux causes prédisposantes, ce sont les dispositions diathésiques banales que l'on applique à toutes les maladies dont l'apparition demeure inconnue, telles que les hémorroïdes, la constipation, les maux de tête habituels, la suppression brusque d'une maladie de la peau, celle d'un exutoire, etc., etc. Quelquefois elle est congénitale, ainsi que le prouve une observation de M. d'Ammon (1).

MARCHE, DURÉE. — La marche de cette maladie, si brusque d'abord, est fort lente. Le mal arrive en quelques instants, et il demeure stationnaire pendant un temps illimité. Je connais des malades qui sont dans les mêmes conditions depuis trois ans, sous le rapport de la vue. Chez d'autres, au contraire, où l'on a reconnu un décollement limité et excentrique, il y a des améliorations progressives qui après des semaines, souvent des mois, deviennent définitives. Ces améliorations sont quelquefois gravement compromises par des récidives de la maladie.

On voit en effet, chez quelques malades, un retour complet ou à peu près de la vision faire place tout à coup à une cécité définitive.

PRONOSTIC. — La rétine détachée doit être toujours considérée comme détruite dans les parties soulevées par l'épanchement, sauf au début du mal ; plus tard ses fonctions de transmission sont perdues en cet endroit, et l'on conçoit, si le décollement n'a pas agi sur des parties importantes, que la vision puisse reparaitre dans son intégrité première.

On ne doit donc pas, surtout dans les cas de décollement léger et excentrique, désespérer d'obtenir une amélioration, sinon une guérison. Au contraire, quand la rétine flotte dans une grande étendue, et surtout que le décollement se rapproche du centre de cette membrane et de la *macula*, le pronostic est des plus sérieux,

(1) D'Ammon, *loc. cit.*, pl. XIX, fig. 16.

et le malade sera le plus souvent réduit pour toujours à ne plus distinguer que le jour de la nuit ou tout au plus à reconnaître confusément de gros objets, s'il les place en dehors, c'est-à-dire en face de la partie supérieure interne de la rétine qui se décolle la dernière.

COMPLICATIONS SECONDAIRES. TERMINAISONS. — Lorsque la rétine vient d'être frappée de décollement, on peut distinguer facilement, dans le voisinage de la tumeur fluctuante, une rougeur ordinairement considérable, caractéristique d'une *rétinite*. Si l'inflammation est portée assez haut, il n'est pas rare que le malade se plaigne vivement de la lumière et que pendant l'examen l'œil s'injecte pour un instant autour de la cornée. Quelquefois alors on voit dans les parties voisines du décollement, et au milieu de la rougeur de l'injection, de petites *taches ecchymotiques* semblables à celles que l'on reconnaît dans l'amblyopie albuminurique ; j'ai observé ce fait dans un nombre de cas encore assez grand. En même temps, ou plus tard, le corps vitré se remplit de *flocons flottants*, au milieu desquels j'ai vu souvent de nombreux cristaux de *cholestérine* libres ou fixés sur de microscopiques exsudations (*synchysis étincelant*) ; d'autres fois on voit des dépôts de cholestérine sous la rétine décollée et rien de semblable dans le corps vitré. Dans les cas graves, la nutrition de l'œil est atteinte dans son ensemble, et alors, outre la masse fluctuante de la rétine, sur laquelle on aperçoit toujours les vaisseaux rétiens de belle couleur rouge tant qu'ils sont libres, ou entièrement noirs quand ils sont oblitérés, on voit bientôt le cristallin se troubler à son plan postérieur d'abord, puis dans sa totalité, et constituer une cataracte lenticulaire. La pupille est mobile, l'iris sain, l'œil dépourvu d'injection ; jamais le malade n'a souffert, il conserve assez bien quelquefois le sentiment de la lumière ; vienne alors un chirurgien inexpérimenté, et l'opération de la cataracte sera pratiquée avec un pronostic favorable, tandis qu'on n'aura qu'une cruelle déception. On doit, pour éviter des échecs semblables, étudier avec la lampe, dans une chambre obscure, dans quelle proportion et dans quelle direction (il ne voit bien la lampe que si on la place très bas) le malade apprécie la quantité de lumière qu'on lui envoie dans l'œil, et par la recherche des signes physiologiques, de la marche du mal, par le commémoratif enfin, constater que cette cataracte, si simple en apparence, ne peut être opérée avec succès. L'erreur assurée-

ment est facile et je l'ai faite autrefois; je viens d'apprendre qu'un des chirurgiens les plus renommés de Paris vient de la commettre en opérant Mgr. de S..., jeune évêque que j'avais jugé incurable (1856).

Lorsque la *rétinite* consécutive au décollement rétinien s'élève ou dure longtemps, divers désordres surviennent dans l'œil. Le plus commun c'est une *iritis à forme lente*, avec décoloration verdâtre de son tissu, et qui s'accompagne de synéchie postérieure. On ne la voit le plus souvent qu'après une durée déjà longue de l'hydropisie sous-rétinienne; la cataracte phosphatique marche de pair avec elle, et si l'on a fait attention, on commence bientôt à constater que l'œil est un peu mou, que la paupière supérieure le recouvre plus que l'autre, que les muscles droits forment des sillons déjà visibles sur la sclérotique, enfin que l'*atrophie* commence. Cette atrophie ne va pas toujours très loin; généralement l'œil devient seulement un peu plus petit et se dévie tantôt en dedans, tantôt en dehors. Quelquefois cette atrophie compliquée de *strabisme* et de cataracte s'accompagne encore d'*inflammations douloureuses*, mais qui ne paraissent généralement que longtemps après que l'œil est entièrement perdu.

TRAITEMENT. — Les indications générales fournies par l'interrogatoire du malade doivent être d'abord remplies. Quant au traitement local, je me suis bien trouvé le plus souvent des ventouses scarifiées près de la tempe, et plus tard de vésicatoires volants. Si la cause est de nature rhumatismale, l'œil sera couvert d'une flanelle maintenue par un taffetas gommé; les bains de vapeur, les bains sulfureux, les frictions sur la peau, seront recommandés. L'iodure de potassium à l'intérieur, prescrit à dose altérante, peut donner aussi de bons résultats. Lorsque le liquide commence à se résorber, de légers excitants en collyres ou en pommades réussissent bien, mais il faut beaucoup de prudence dans leur administration.

ARTICLE XII.

ENCÉPHALOÏDE DE LA RÉTINE ET TUMEURS FIBRO-PLASTIQUES DU FOND DE L'ŒIL.

Il ne me paraît pas bien prouvé que ce mal débute par la rétine; au moins y a-t-il sous ce rapport quelques recherches à faire, car

le point de départ a été trouvé aussi sur la choroïde, le nerf optique et même sur l'iris. Il serait mieux peut-être de le nommer *encéphaloïde interne* de l'œil.

J'ai observé souvent cette maladie surtout chez les enfants; plusieurs fois je l'ai vue sur des nouveau-nés de quelques semaines seulement; mais plus souvent je l'ai observée vers la 2^e ou la 3^e année et entre la 10^e ou la 15^{me}.

D'une autre part, j'ai opéré un homme âgé d'environ quarante ans, qui en était atteint. Le plus ordinairement elle n'attaque qu'un œil, pourtant on la voit encore assez souvent sur les deux yeux du même enfant. Je ne l'ai jamais rencontrée double sur les adultes.

L'encéphaloïde de la rétine mérite toute l'attention du praticien, parce qu'il a été souvent confondu à sa première période avec la cataracte, erreur qui peut entraîner des conséquences très graves. Le diagnostic en exige une grande attention, surtout chez les enfants: leur impatience et la mobilité extrême de leurs yeux empêchent quelquefois le médecin d'apercevoir le mal, de manière à pouvoir le reconnaître avec certitude, et il arrive qu'à l'exemple d'un chirurgien haut placé de la capitale, on peut prendre cette maladie pour une double cataracte congénitale, et fixer le jour de l'opération. Heureusement, dans le cas que je rappelle, l'enfant ayant été présenté à quelques autres médecins, l'encéphaloïde des rétines fut reconnu, et l'opération de la cataracte ne fut pas faite. L'enfant mourut quelques mois après des suites de sa maladie.

L'encéphaloïde se montre le plus souvent dans le fond de l'œil; quelquefois il a eu pour point de départ le nerf optique, le corps ciliaire et l'iris: dans ces deux derniers cas la maladie doit être rangée dans le cancer de l'œil en général.

SYMPTÔMES. — Nous les diviserons en trois périodes distinctes, pour que l'étude en soit plus facile.

Première période. (a) Examen à l'œil nu. — L'œil au premier abord paraît sain. La sclérotique est blanche comme à l'état normal; on n'aperçoit de rougeur nulle part. L'iris, qui ne présente aucune décoloration, a conservé toute sa mobilité, ce que n'admet pas M. Mackenzie (*loc. cit.*, p. 401), probablement parce qu'il commence l'étude de l'encéphaloïde à un degré plus avancé. La pupille est régulière, et certes, à ce premier coup d'œil, il serait difficile de reconnaître la terrible maladie que voilent ces apparences si trompeuses. Les malades qui sont en état de donner