

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<sup>e</sup> ou la 3<sup>e</sup> année et entre la 10<sup>e</sup> ou la 15<sup>me</sup>.

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



quelques renseignements au médecin, se plaignent d'y voir mal, ou de n'y voir plus du tout, mais n'accusent aucune douleur. Dans un cas où la moitié externe des deux rétines était envahie, l'autre moitié avait conservé la faculté de percevoir, et la malade fut pendant quelque temps atteinte d'hémiopie. Peu à peu, à mesure que l'affection avance, la pupille devient irrégulière et plus ou moins immobile; si on la fait jouer en se plaçant à un demi-jour, et de manière à ne laisser pénétrer la lumière que très obliquement dans l'œil malade, on ne tarde pas à apercevoir au fond de l'organe quelque chose de brillant, assez semblable à ce qu'offre l'œil du chat ou du mouton. C'est une plaque peu saillante d'abord, qui apparaît sur la concavité du globe dont elle emprunte la forme, et qui se détache sur le fond noir de l'œil: on l'a comparée pour la couleur à une lame de cuivre, mais au début elle est ordinairement plus blanche, et n'a pas encore les reflets rouge orangé qu'elle présente plus tard. A son apparition, elle n'occupe qu'une place très limitée dans le fond de l'œil, et ne semble pas plus grande que la moitié d'une petite lentille. Plus tard, toujours très lentement, elle envahit toute la surface de la rétine, et finit par remplir la cavité du bulbe, comme nous le verrons en parlant de la deuxième période. La petite tache jaunâtre étant constatée, on reconnaît aisément que la surface en est sillonnée de vaisseaux rouges, dont on peut suivre toutes les arborisations; la lumière scintille sur cette plaque avec une grande énergie, et ce phénomène remarquable devient encore plus visible si, après avoir préalablement dilaté la pupille, on se place à un demi-jour. Une remarque à faire, c'est que même lorsqu'elle en est déjà très rapprochée, la plaque paraît encore située fort loin derrière le cristallin; c'est à ce moment de la maladie qu'à l'exemple du chirurgien dont j'ai parlé plus haut, on peut prendre le fungus pour une cataracte opérable. En s'avancant vers la pupille, la tumeur comprime le corps vitré, et le liquéfie au point qu'en examinant l'œil on voit, dans quelques cas, la matière encéphaloïde et le corps vitré offrir des oscillations considérables dans la partie inférieure de la coque oculaire. Derrière l'iris, le cristallin est encore en place.

(b.) *Examen ophthalmoscopique.* — On ne peut employer le miroir oculaire qu'au début de la maladie. On voit alors, sur un point limité de la face concave du fond de l'œil, une saillie fixe, brillante, convexe, formée par la rétine soulevée. Les vaisseaux de cette membrane ne présentent aucune interruption dans leur

cours depuis le nerf optique jusqu'à l'*ora serrata*; mais dans le lieu qu'occupe la saillie, on reconnaît qu'ils sont poussés en avant et immobiles sur toute la partie de la rétine qui est devenue régulièrement convexe. Un peu plus loin ils deviennent fluctuants comme dans le décollement ordinaire, circonstance qui me donne la croyance que tout encéphaloïde au début est compliqué d'un épanchement séreux sous-rétinien et qu'il peut être confondu quelque temps avec cette maladie. Le caractère distinctif me paraît jusqu'ici unique et j'attends de nouvelles observations pour m'en assurer: c'est la fixité, l'immobilité de la saillie convexe que l'on ne trouve pas dans les décollements rétiniens. Plus tard la tumeur s'agrandit, mais elle est le plus souvent voilée par la fluctuation de la rétine (voy. plus haut art. II, décollement de la rétine).

*Deuxième période.* — Il n'y a jusqu'ici aucun phénomène inflammatoire; l'œil a conservé sa physionomie normale; la sclérotique, la cornée, l'iris, le cristallin, sont encore parfaitement sains; mais tout va bientôt changer de face: la tumeur, devenant convexe en avant, vient, en s'avancant toujours, s'appuyer contre le cristallin, et le pousse contre l'iris, qui empiète alors sur la chambre antérieure. La sclérotique s'injecte de temps en temps, et la rougeur s'accompagne assez souvent d'un court et faible larmoiement. A chacune de ces légères attaques d'inflammation, l'encéphaloïde proémine davantage, de sorte qu'assez souvent l'iris vient peu à peu se mettre en contact avec la cornée. A ce moment, et d'ordinaire avant même d'avoir subi aucun déplacement, le diaphragme est décoloré, et la pupille, devenue irrégulière et immobile, est plus dilatée que de coutume. Dans quelques autres cas, au contraire, bien que la tumeur grossisse sans cesse, l'iris conserve très longtemps ses rapports normaux, et c'est surtout en arrière qu'on voit l'œil augmenter de volume. Mais bientôt une rougeur générale, d'intensité variable, s'étend sur tout le bulbe; des épanchements de sang surviennent en arrière et en avant de l'iris (*hyphéma*), et remplissent quelquefois la chambre antérieure au point qu'il n'est plus possible d'apercevoir ce qui se passe dans la pupille. Enfin la tumeur envahissant toute la coque oculaire, vient appliquer définitivement le diaphragme contre la cornée, en exerçant une forte compression sur toutes les membranes d'enveloppe qu'elle allonge de plus en plus. L'œil devient alors volumineux, et semble être poussé en avant; la sclérotique prend un diamètre considérable, par suite de la distension à laquelle elle est soumise,



et il en est de même de la cornée, autour de laquelle la conjonctive relâchée forme un bourrelet œdémateux. L'infiltration gagne jusqu'aux paupières, qui finissent par être poussées en avant jusqu'aux limites de leur extensibilité. La supérieure surtout, chassée en avant par le bulbe, est singulièrement agrandie et devient immobile; le bord ciliaire de l'inférieure est ordinairement caché sous un repli transversal formé par la muqueuse enflammée; l'ensemble de l'organe offre alors à peu près le même aspect que dans le phlegmon oculaire, un peu avant que le pus s'échappe au dehors. Chez certains malades, il se passe un temps fort long entre le moment où la tumeur vient toucher la cornée et celui où elle se fait un passage à travers les membranes externes. On a la certitude, dans ces cas, de ne plus trouver de matière encéphaloïde proprement dite qu'au centre de la tumeur, la circonférence ayant pris la plupart du temps la densité du squirrhe.

Les symptômes physiologiques sont en rapport avec ces phénomènes: des douleurs lancinantes tourmentent le malade, et se répètent d'autant plus fréquemment que la tumeur est plus volumineuse et les membranes d'enveloppe plus résistantes. Elles se réveillent surtout la nuit, et deviennent si violentes, que les malades adultes demandent instamment qu'on les débarrasse de leur œil, et que les enfants, privés de sommeil, poussent des cris sans relâche, et s'amaigrissent avec rapidité. La fièvre et le délire accompagnent très fréquemment le plus haut degré de cette période.

*Troisième période.* — Jusque-là le fungus médullaire est renfermé dans la coque oculaire; la rupture de celle-ci est le point de départ d'une série d'autres symptômes. Lorsqu'elle a lieu par la cornée, ce qui est rare, il est impossible de ne pas la constater immédiatement; il n'en est pas de même quand c'est la sclérotique qui cède la première, parce que la conjonctive enflammée masque pendant quelque temps la déchirure. Il est cependant facile de se rendre compte plus tard du moment précis où l'encéphaloïde a traversé la fibreuse. En effet, si, au moment où la douleur est devenue intolérable, le malade s'en trouve tout à coup débarrassé, et qu'elle ne reparaisse plus de quelque temps avec les mêmes caractères, il est hors de doute que la sclérotique s'est déchirée, et que la matière encéphaloïde s'est fait passage entre l'œil et l'orbite. Si le mal a été méconnu, il arrive alors que malade et médecin croient à un abcès, et que la conjonctive est ou-

verte avec la lancette. Mais l'erreur n'est pas de longue durée, l'œil prenant la physionomie que nous allons indiquer tout à l'heure. Lorsque la rupture se fait par la cornée, un liquide jaune rougeâtre, sanguinolent, s'échappe de l'ouverture avec des débris de cristallin; d'abord inodore, il ne tarde pas à devenir fétide. La tumeur franchit avec rapidité l'ouverture, prend en peu de temps un volume considérable, et vient s'appuyer sur la joue. Dans un cas de récurrence, elle était si volumineuse, que la joue elle-même s'était perforée, et qu'on voyait à nu l'arcade dentaire supérieure. Lorsque l'encéphaloïde s'est fait jour par la sclérotique, il demeure quelque temps recouvert par la conjonctive, et finit par prendre un aspect en tous points semblable à celui que nous venons de décrire. Des hémorrhagies surviennent, un ichor fétide s'échappe des parties malades, et bientôt tout l'orbite est envahi au point que les os en sont distendus. Enfin le malade, épuisé par les hémorrhagies, la douleur et la fièvre hectique, s'éteint dans le coma ou les convulsions; il n'est pas rare alors qu'à l'autopsie on trouve le cerveau lui-même affecté et transformé en une sorte de magma présentant des cavités remplies de sang.

*CAUSES.* — Elles sont inconnues. On a cru que les coups sur l'œil pouvaient déterminer cette maladie, mais cela est matière à sérieuse discussion. Les enfants scrofuleux y sont plus sujets que les autres: c'est là à peu près tout ce qu'on peut dire; pourtant, ainsi que je l'ai dit plus haut, j'ai rencontré l'encéphaloïde sur des adultes d'une excellente constitution.

*PRONOSTIC.* — Il est très grave; la mort est la conséquence ordinaire de cette maladie. Cependant on a pensé qu'à sa première période l'encéphaloïde pouvait se terminer par l'atrophie de l'œil, sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, aidé de l'emploi des mercuriaux et d'un régime peu nourrissant. C'est une opinion qui ne me paraît nullement appuyée de faits authentiques. Comment se ferait-il que pour l'œil, par une exception toute spéciale, l'encéphaloïde montrât cette rare bénignité? Il me semble plus rationnel de croire alors à une erreur de diagnostic qu'à une exception à la règle générale, et je me fonde sur ce motif que j'ai vu assez souvent, et notamment dans cinq cas, l'ophthalmie interne se terminer par une suppuration profonde paraissant s'être établie entre la choroïde et la rétine, ou entre cette dernière membrane et l'hyaloïde, et produisant presque tous les caractères matériels



de l'encéphaloïde de la rétine. J'ai fait voir à quelques ophthalmologistes ces faits curieux, et tous ont cru à l'encéphaloïde de la rétine au début. Les yeux atteints de cette suppuration profonde, qu'on pourrait appeler *hypopyon postérieur*, se sont atrophiés en partie dans la suite. Je dois ajouter que, comme les autres médecins, j'aurais cru à l'encéphaloïde, si je n'avais pas assisté, pour ainsi dire, à l'apparition de la maladie. Une de ces observations est fort curieuse, et c'est elle qui m'a rendu explicable ce que je n'avais pas compris d'abord dans les autres : un enfant, dont les parents habitent la campagne, m'est amené à ma clinique, pour un coup de fourchette qu'il avait reçu la veille dans l'œil gauche. L'inflammation est nulle pendant quelques jours, la vision s'exerce, l'enfant voit seulement un peu trouble. Les milieux de l'œil sont parfaitement transparents. La blessure, longue d'un demi-centimètre, et placée sur la sclérotique en bas et en dehors, laisse voir une petite hernie du corps vitré, que je touche le cinquième jour avec un crayon de nitrate d'argent. Le lendemain inflammation interne de l'œil, iritis, rougeur modérée; et les jours suivants, je constate dans la pupille de légères fausses membranes qui se résorbent sous l'influence d'un traitement antiphlogistique énergique. Alors, apparition au fond de l'organe d'une plaque jaunâtre, un peu convexe, en tous points semblable à l'encéphaloïde au début, sauf qu'on n'y découvre point de vaisseaux. La plaque s'étend de plus en plus, et après trois jours enveloppe complètement le corps vitré en arrière. Cet état persiste deux mois, et c'est alors que j'envoie le petit malade à quelques ophthalmologistes qui, prenant l'affection pour l'encéphaloïde de la rétine, veulent, les uns qu'on ne fasse rien, le fungus étant trop avancé, les autres qu'on enlève l'œil aussitôt. Trois ou quatre mois après, l'œil était un peu mou; un an plus tard, il était atrophié complètement. La plaque jaunâtre du fond de l'œil était devenue blanche, et avait pris tous les caractères d'une fausse membrane.

Ce fait et les autres cas semblables que j'ai observés ne me permettent pas de croire que l'atrophie soit une des terminaisons de l'encéphaloïde de la rétine, et j'ajoute que, lors même qu'on aurait constaté sur un œil atteint du fungus une résistance moindre qu'à l'état normal, il serait peu raisonnable de compter sur une atrophie prochaine; car cette apparente terminaison pourrait très bien n'être due qu'à la résorption du corps vitré ramolli par la compression, comme cela est arrivé dans le cas suivant : Un homme

se présenta à ma clinique avec un encéphaloïde de l'œil gauche à la première période; la tumeur s'était avancée très près de l'iris; on voyait des oscillations de la matière encéphaloïde et du corps vitré; mais l'œil était mou, et les quatre muscles droits se dessinaient par un léger sillon sur la sclérotique. Le corps vitré, ramolli par la tumeur dont le développement s'était arrêté pendant quelque temps, disparut par résorption; mais bientôt la tumeur recommença à s'avancer vers la pupille, et l'œil reprit son volume primitif, qu'il dépassa dans la suite. N'est-il pas permis de croire, d'après cette observation, que les prétendues atrophies de l'œil, obtenues par un traitement d'ailleurs bien dirigé, ne sont en définitive que des cas dans lesquels il y avait tout simplement une suppuration profonde entre la rétine ou la choroïde, ou bien entre la rétine et le corps vitré? D'ailleurs, après avoir détruit l'hyaloïde par la compression, la tumeur ne peut-elle pas s'arrêter quelque temps dans son développement? Quelle que soit l'époque depuis laquelle le mal n'a plus fait des progrès, qui peut le dire complètement guéri? Ne sait-on pas que l'encéphaloïde au début demeure quelquefois stationnaire pendant plusieurs années? A quel degré enfin les yeux dont on parle étaient-ils atrophiés?

TRAITEMENT. — Il consiste dans l'enlèvement de l'œil, dès le début de la maladie s'il se peut. Lorsqu'on opère trop tard, le mal se reproduit d'ordinaire avec une effrayante rapidité. De même que les autres observateurs, j'ai vu toujours l'encéphaloïde répululer, chaque fois qu'on l'avait extirpé alors qu'il remplissait déjà la chambre postérieure; une seule fois j'ai été à même d'attaquer cette maladie au début, et, deux ans après, l'homme âgé de quarante ans qui fait le sujet de cette observation n'offrait aucune apparence de récidive; probablement sa tumeur était fibro-plastique; j'ignore ce qu'il est devenu depuis. Lorsqu'on a décidé que l'œil doit être enlevé, on pratique l'opération que nous décrirons ailleurs (voyez *Cancer de l'œil*).

## ARTICLE XIII.

## CHOLESTÉRINE DANS LA RÉTINE.

L'ophthalmoscope permet de constater quelquefois la présence de la cholestérine derrière la rétine, surtout quand cette membrane a été frappée de décollement limité ou étendu. On voit alors briller



dans le fond de l'œil des cristaux plus ou moins nombreux réfléchissant la lumière et généralement enveloppés ou maintenus en place par des exsudats flottants ou fixés. On s'assure que ces cristaux sont bien derrière la rétine ou même fixés dans cette membrane, en constatant que les vaisseaux rétinien sont sur un plan plus rapproché de l'œil de l'observateur.

La vision n'est pas toujours sérieusement atteinte dans le cholestéritis rétinien ; parfois même elle est parfaitement intacte. Dans les décollements anciens les paillettes sont quelquefois excessivement nombreuses, ainsi que j'ai pu souvent m'en assurer.

## ARTICLE XIV.

## CYSTICERQUES DE LA RÉTINE.

Cette affection est rare. Le cysticerque est-il bien dans la rétine ou derrière cette membrane ? Je ne sais. J'ai observé un seul cas jusqu'ici dont je donnerai l'observation et le dessin en m'occupant des *parasites* de l'œil.

Le cysticerque de la rétine ou du fond de l'œil abolit la vision le plus souvent ; cependant, après avoir été aveugle, le malade que j'ai observé a recouvré la possibilité de se conduire.

## ARTICLE XV.

## HÉMÉRALOPIE OU CÉCITÉ DE NUIT.

L'héméralopie est une affection dans laquelle les malades perdent la faculté de voir, aussitôt que le soleil est descendu au-dessous de l'horizon. La cécité est plus ou moins absolue ; quelques personnes sont incapables de distinguer aucun objet : d'autres en reconnaissent encore, mais à grand'peine, et lorsqu'on projette autour d'elles une quantité considérable de lumière.

Pour mieux faire connaître cette étrange maladie, j'en donne ici une observation que j'ai recueillie à ma clinique :

« Le nommé Bayeux, tailleur de pierre, demeurant rue de la Tascherie, n° 11, âgé de soixante-un ans, et d'une assez bonne constitution, a eu toujours une vue excellente. Pendant les six derniers mois, il a été tourmenté par un dévoiement qu'un médecin est parvenu à arrêter dans les premiers jours de septembre. Le

6 de ce mois, le malade entre à la tombée du jour dans la boutique bien éclairée d'un boulanger, et s'étonne de n'y pas voir même à se conduire ; tous les soirs, au moment du coucher du soleil, il devient aveugle, et ne peut, par exemple, reconnaître qu'une personne se place devant lui, à moins que l'expérience ne se fasse à une lumière très intense, comme celle de plusieurs becs de gaz. Il peut alors distinguer des objets, mais pour un instant seulement, et si un réflecteur projette une masse de lumière sur le point qu'il regarde. Depuis le 6 septembre, la maladie est restée la même.

Examen des yeux à dix heures du matin. Les pupilles sont très peu mobiles, et un peu plus larges qu'à l'état normal ; le fond de l'œil est très noir ; la sclérotique est sillonnée par un assez grand nombre de vaisseaux variqueux, anastomosés en arcades. Des deux yeux isolément ou simultanément, à la distance de 2 à 3 pieds, le malade reconnaît sans hésitation l'heure à ma montre, dont les aiguilles sont très rapprochées ; de 130 à 140 mètres, il peut lire de grandes lettres d'enseignes sur les murs. Depuis que le dévoiement a été arrêté, c'est-à-dire depuis l'époque du trouble de la vue, une pesanteur, plutôt que des maux de tête réels, est survenue, et dure encore. Le malade dit que les objets, bien que nets pendant le jour, lui semblent revêtus d'une légère teinte ambrée. Lorsqu'il se réveille pendant la nuit, que ses yeux soient ou non fermés, il voit (toujours depuis trois semaines) des flammes très vives, « semblables à des papillons de feu de toutes couleurs, et particulièrement bleus et jaunes, » phénomène qui ne s'est jamais produit pour lui dans le jour.

Reconnaissant avoir affaire à une amblyopie congestive, qui prend le caractère particulier de l'héméralopie, je juge que les saignées d'abord, puis les purgatifs au moyen desquels je compte rétablir le dévoiement, feront disparaître la congestion cérébrale, et que la vision, si elle n'est pas complètement ramenée à l'état normal, s'améliorera notablement.

Prescription : *Saignée de 3 palettes, bains de pieds, frictions sur le front et les tempes avec l'onguent napolitain.*

28 septembre : 60 grammes de sulfate de soude, le lendemain de la saignée ; puis le colchique, 15 gouttes matin et soir.

12 octobre. Le malade a suivi à la lettre nos prescriptions. Il a éprouvé, à la suite de l'administration du colchique, un effet purgatif très marqué. Les maux de tête et tous les autres sym-