

d'un jeune et vigoureux paysan. Pour expliquer son fait, Kamocki a d'abord supposé la possibilité de la pénétration d'un élément glandulaire lacrymal dans l'œil, pendant la période de son évolution, idée acceptée par Weigert, de Francfort.

Après avoir connu le fait relaté par Gayet, Kamocki crut devoir admettre chez son patient l'existence d'un cancer latent de l'estomac,

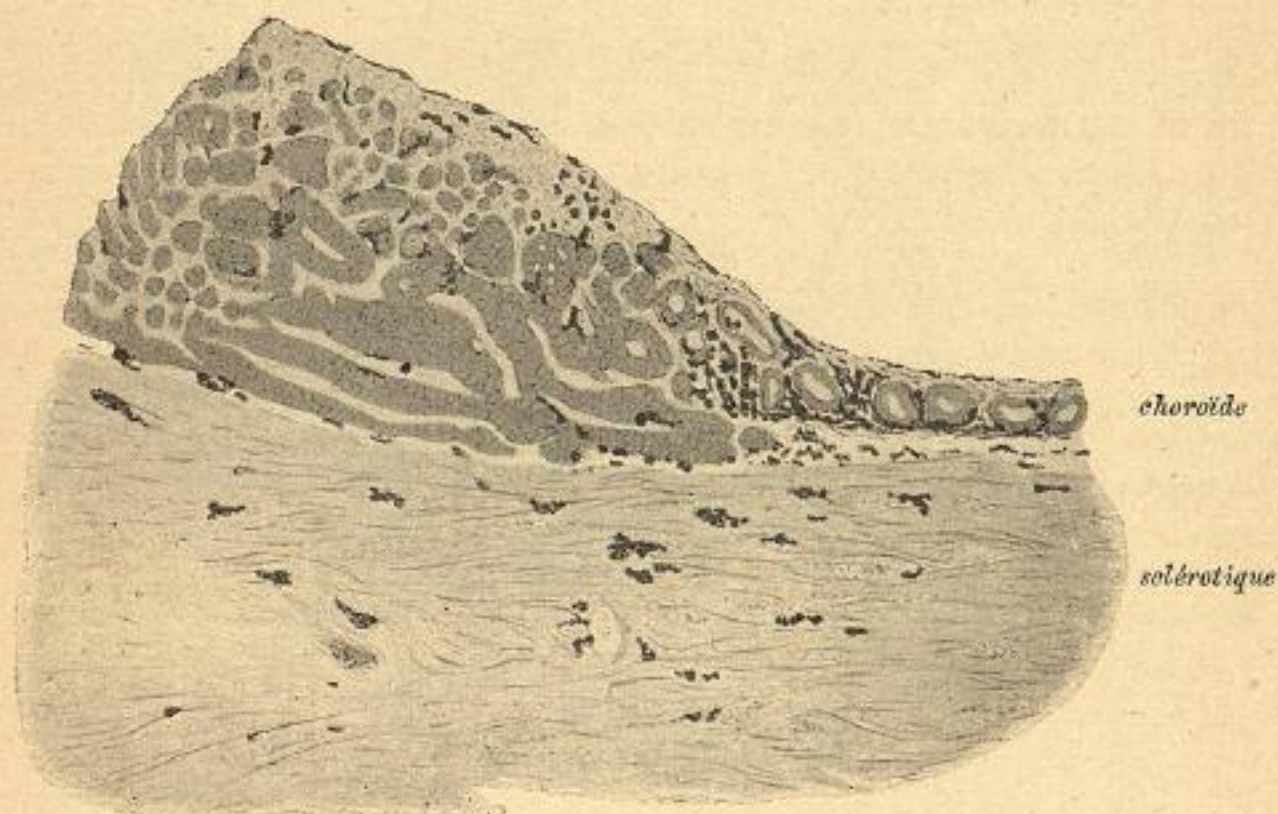


FIG. 128. — Tumeur glandulaire de la choroïde. (GAYET.)

mais rien dans l'étude clinique qu'il a donnée ne justifie sa dernière opinion.

Le cas de Kamocki s'expliquerait bien par une affection de la glande de l'humeur aqueuse qui, en proliférant, aurait envahi la choroïde ; mais nous ne pouvons émettre cette hypothèse parce que nous ne savons pas où siègeait exactement la tumeur choroïdienne de Kamocki dont, somme toute, nous ne connaissons pas suffisamment l'observation.

Nous connaissons à merveille, en revanche, l'observation de Gayet ; il s'agit bien, dans ce cas-là, d'une tumeur secondaire métastatique se présentant sous les multiples aspects d'une glande et d'un carcinome. (Fig. 128.)

Cet aspect glandulaire est très intéressant ; il montre que les cellules

morbides, émanées de l'estomac, siège du carcinome primitif, ont eu, dans la choroïde, la possibilité de reproduire le tissu spécifique dont elles dérivent. Gayet fait justement remarquer que les cellules épithéliales, malades, échappées des glandes de l'estomac, en proliférant activement, toujours chassées devant elles par des cellules nouvelles, s'accablent, comme elles peuvent, dans les interstices conjonctifs et musculaires « en prenant des formes, plutôt imposées que résultant d'un déterminisme formatif ». Il en a été ainsi dans le foie qui fut de bonne heure inondé par les produits morbides de l'estomac, et à plus forte raison dans la choroïde, bien éloignée de la source du mal où quelques cellules seulement ont été apportées par le mécanisme de l'embolie ; l'élément anatomique « trouve tout le temps d'obéir à ses nécessités organiques et de développer le tissu qu'il est dans sa destinée de former »¹.

Dans un grand nombre de cas on a observé des hémorragies, parfois considérables, au centre des alvéoles. Schultze, notamment, insiste sur leur nombre et leur importance. Ces hémorragies intra-alvéolaires sont entourées, comme d'un étroit ourlet, d'une ou deux rangées de cellules cancéreuses. A ces hémorragies plus ou moins anciennes se rattache la question de la nécrose du tissu morbide. Beaucoup d'auteurs pensent que la nécrose résulte des hémorragies, car, dit Schultze, on n'a pas décrit de nécroses sans hémorragies préalables. Les hémorragies seraient ainsi l'accident primitif, et la nécrose un accident consécutif.

C'est là, à notre avis, une opinion exagérée ; sans doute la rupture hémorragique, en déchirant le tissu, en entrave la vitalité et le pousse à la mortification, mais la nécrose peut aussi résulter du fait du tassement des cellules dans les espaces lamellaires choroïdiens, espaces qui ne sont pas indéfiniment extensibles et serrent les éléments épithéliaux au point de les étouffer. Il en était surtout ainsi dans notre premier cas ; les vastes nécroses que nous avons observées (v. fig. 124) relèvent le plus souvent de ce processus pathologique ; quelques-unes cependant étaient bien dues à des hémorragies.

Dans les parties où la choroïde est malade, le pigment est visible-

¹ GAYET. *Arch. d'ophtal.*, 1889, p. 211.

ment raréfié et se trouve en quantité plus abondante, à côté, dans les parties non dégénérées.

Quelquefois la choroïde est plus épaissie par l'hypertrophie de ses éléments conjonctifs normaux, que par la prolifération des cellules carcinomateuses (Uhthoff). La structure de cette membrane devient comme fibreuse, et dans le tissu de la choroïde ainsi dégénérée présentant peu de vaisseaux, on trouve de très petits foyers morbides.

Mais la tumeur choroidienne ne reste pas toujours localisée à cette membrane, elle envahit quelquefois le nerf optique et, dans l'une de ses observations, Uhthoff décrit des désordres du nerf optique ainsi que la propagation rétro-bulbaire de la tumeur.

Il a trouvé dans un cas une véritable tumeur rétro-bulbaire située surtout en dehors du nerf optique, du côté de la macula, mais entourant complètement le nerf à son entrée dans le bulbe. Dans le domaine de la tumeur, le nerf optique lui-même, avec ses gaines, présentait une dégénérescence complète. Cette dégénérescence offrait ceci de particulier que dans tout son parcours orbitaire le nerf optique accusait la même épaisseur qu'à l'état normal ; seulement toutes les parties nerveuses disparues étaient remplacées par les masses carcinomateuses. Uhthoff constate encore que la gaine interne du nerf est très épaissie par places et que ces épaississements sont de nature fibreuse, tandis que l'espace compris entre la gaine interne et la gaine externe elle-même est très peu modifié.

Les coupes transversales montrent avec toute la régularité désirable les cloisons du tissu conjonctif séparant les divers faisceaux du nerf optique. Dans les mailles de ce tissu conjonctif sont logés de nombreux nids de cellules cancéreuses disposées d'une façon très régulière. En d'autres endroits, on rencontre des cloisons conjonctives épaissies, rétrécies comme par un tissu cicatriciel, de telle sorte que les espaces des mailles paraissent en certains points complètement oblitérés. Le nerf optique peut être ainsi transformé dans toute son étendue jusqu'au chiasma (Uhthoff).

En même temps que ces lésions du nerf optique, Uhthoff a signalé la présence d'une tumeur rétro-bulbaire présentant la structure du

squirrhe. La tumeur rétro-bulbaire se continuait avec la tumeur intra-oculaire à la faveur d'une perforation de la sclérotique à côté du nerf optique.

Schultze et Samelsohn ont observé de même la perforation de la sclérotique. Schœler a noté, comme Uhthoff et Samelsohn, l'envahissement de la papille et du nerf optique jusqu'au chiasma. Schultze a constaté dans son observation l'existence d'une petite tumeur sphérique située à la partie externe de la sclérotique, près du nerf optique, mesurant à la base 6 millimètres d'étendue avec une hauteur de 4 millimètres. Sur les coupes macroscopiques, à l'œil nu, on voyait dans la sclérotique une fente étroite, à direction oblique, remplie de tissu néoplasique. Comme la partie intra-oculaire de la tumeur, la partie extra-oculaire présentait une structure manifestement carcinomateuse, avec cette différence que pour cette dernière partie la structure était celle du squirrhe, tandis que la première ressemblait surtout au carcinome encéphaloïde.

La propagation à la rétine est beaucoup plus rare. Le fait n'a été constaté que dans un seul cas (Hirschberg-Birnbacher). La tumeur est habituellement séparée de la rétine par un épanchement séreux, mais il n'en est pas toujours ainsi ; dans notre premier fait personnel, la rétine n'avait que sur une faible étendue perdu le contact du néoplasme ; mais nulle part elle n'était infiltrée, il n'y avait aucune propagation de cellules épithéliales dans cette membrane. Le nerf optique et la papille seuls sont le siège de la propagation du néoplasme, et cela s'explique bien quand on connaît les relations de la choroïde avec la gaine piale et les cloisons lymphatiques du nerf optique.

2° SIÈGE DE LA TUMEUR. — PATHOGÉNIE DU NÉOPLASME. — Il est très remarquable de constater que l'affection siège beaucoup plus souvent sur l'œil gauche que sur l'œil droit ; ici, comme pour l'embolie cérébrale, l'explication est fournie par la disposition spéciale des vaisseaux carotidiens. L'artère carotide gauche reçoit plus facilement les embolies que la droite, parce qu'elle naît directement de l'aorte et parce qu'elle est plus volumineuse.

Il est intéressant aussi de remarquer que la métastase se trouve presque toujours sur le pôle postérieur du globe oculaire ; dans 11 cas,

le point de départ dans la région des ciliaires courtes postérieures a été cliniquement démontré. Ewing a signalé un cas dans lequel le territoire des ciliaires longues était intéressé ; ce cas est, avec le nôtre, le seul de ce genre. Dans ce fait, comme dans celui qui nous est personnel, les territoires malades étaient séparés en avant et en arrière par des parties saines intercalées.

Tout autre est le cas d'Abelsdorf, dans lequel la tumeur choroïdienne s'était peu à peu propagée jusqu'à la base de l'iris.

Outre cette localisation anormale sur l'iris, nous avons vu qu'il peut encore se produire une tumeur rétro-bulbaire ; mais cette propagation est une émanation de la tumeur choroïdienne qui détruit ses enveloppes en arrière et gagne l'orbite. Notre deuxième fait en est un exemple frappant.

Il est très remarquable encore de constater que l'affection se développe presque toujours, au début, dans les parties temporales de l'œil, et ce fait s'explique aussi par les conditions spéciales de la circulation. Les artères ciliaires courtes postérieures sont plus volumineuses et plus importantes à la partie externe du nerf optique. La partie de la choroïde la mieux vascularisée est celle qui soutient la macula, car celle-ci a besoin de matériaux de nutrition et de chaleur plus qu'aucun autre point de la rétine. D'ailleurs le néoplasme ne tarde pas à s'étendre dans tous les sens, de façon à épaissir la choroïde régulièrement, d'arrière en avant, de telle sorte que les parties les moins épaisses sont toujours les plus antérieures.

La rareté, relative d'ailleurs, des métastases oculaires s'explique bien par la disposition de l'artère ophtalmique qui ne se prête pas au transport des éléments néoplasiques à cause de son calibre relativement étroit et de l'angle de 90° que fait sa direction avec la direction de l'artère ophtalmique. Les cellules cancéreuses, emportées par le courant carotidien, ont une bien plus grande tendance à cheminer vers le cerveau et les méninges que vers l'œil : particularité sur laquelle on a, depuis longtemps, insisté.

Une fois engagée dans l'artère ophtalmique, l'embolie a les plus grandes chances de suivre la voie des ciliaires postérieures. Ces

artères, au nombre de dix environ à leur entrée dans l'œil, naissent de l'ophtalmique, à l'aide de deux troncs, relativement gros, qui, après un court trajet, se subdivisent chacun en quatre ou cinq branches. L'importance du territoire qu'elles desservent est plus considérable que celui des ciliaires antérieures, et ceci suffit à expliquer pourquoi les embolies s'y localisent plus souvent.

La pathogénie de ces accidents métastatiques réside bien d'ailleurs dans un embolus ; la preuve en est dans la théorie générale des métastases de cet ordre et aussi dans les faits observés. Perls, Uthoff, Mitvalsky, ont constaté très nettement des nids de cellules dans les vaisseaux. Elschnig décrit les tractus et les tubes de cellules épithéliales comme en partie situés dans les branches vasculaires, bien qu'entre la paroi du vaisseau et les cellules épithéliales qui les remplissent il n'ait pu démontrer, en aucun point, l'existence d'endothélium. Le même auteur constate que deux veines vorticellées, sur des coupes transversales, sont complètement oblitérées soit par prolifération endothéliale, soit par des cellules épithéliales incarcérées dans des masses de sang coagulé.

Schultze a vu l'artère ciliaire postérieure traversant la sclérotique remplie par un embolus cancéreux ; mais d'après Uthoff, qui rapportait ces faits, les thrombus néoplasiques doivent être expliqués par une destruction par places de la paroi du vaisseau et par la propagation des masses néoplasiques dans la lumière de la veine.

Il ne faut pas confondre ces thrombus, qui ne prouvent rien du tout au point de vue de l'origine métastatique de l'affection, avec les embolies nettement constatées par plusieurs auteurs, notamment par Uthoff, par Schultze et par nous, et dernièrement encore par Abelsdorf dans les artères ciliaires postérieures. Dans notre premier cas, il s'agit d'une artère ciliaire antérieure bien nettement le siège d'un embolie épithéliale, notre observation (v. fig. 123) sur ce point est analogue à celle de Schultze ; nous n'avons pas vu dans la choroïde de vaisseaux contenant des cellules cancéreuses ; mais nous avons vu, comme ce dernier auteur, une artère ciliaire remplie par un amas de cellules épithéliales qui ne peut être autre chose qu'une embolie. Nous avons également vu des tubes épithéliaux

analogues à des vaisseaux remplis de cellules épithéliales; comme Mitvalsky, nous serions tenté d'admettre qu'il s'agit là de tubes capillaires remplis de cellules morbides, mais nous ne tenons pas ces faits pour démonstratifs.

Les cas d'embolies bien nettement constatés suffisent à montrer la véritable pathogénie du carcinome métastatique, et cette pathogénie ne peut avoir rien d'obscur pour ceux qui comprendront bien les conditions spéciales dans lesquelles se trouve placée la circulation de l'œil.

Ce n'est pas ici le lieu de nous demander comment pareille métastase peut se produire; il s'agit là d'un phénomène de pathologie générale bien en dehors de la question qui nous occupe. Les cellules épithéliales sont apportées dans la circulation sanguine par les voies lymphatiques; point n'est besoin de leur supposer, avec Bouquet, des mouvements amiboïdes capables de les introduire dans les vaisseaux; elles sont versées dans les veines jugulaires internes et sous-clavières par les grands canaux lymphatiques, traversent le poumon et, par l'aorte, sont disséminées plus rarement dans l'œil que dans les autres parties de l'organisme. Nous avons vu les raisons de cette rareté.

Manz pense que l'affection de l'un des yeux peut se transmettre à l'autre en se propageant par les voies du nerf optique, et selon un processus analogue à celui de l'ophtalmie sympathique, d'après Deutschmann. C'est là une hypothèse qu'aucun fait ne justifie. Quand les deux yeux sont pris, il est bien facile d'admettre qu'ils ont été tous les deux ensemble, ou l'un après l'autre, le siège des mêmes embolies épithéliales.

3° FORMES DE LA TUMEUR. — La tumeur prend la forme d'une plaque diffuse, en gâteau, et cet aspect caractéristique s'explique par la facilité avec laquelle pullulent, dans la choroïde, les cellules épithéliales immigrées.

En effet, il ne s'agit pas là d'un néoplasme développé aux dépens du tissu choroïdien, mais de cellules morbides déposées dans ses mailles et y proliférant à l'aise.

Le tissu normal de la membrane vasculaire de l'œil prend si peu part au processus qu'en certains endroits la choroïde est atrophiée tout en présentant beaucoup de nids cellulaires; cette atrophie est

cependant l'exception, d'habitude les cloisons conjonctives réagissent en s'organisant, en s'épaississant; mais c'est là un simple travail de défense qui, comme l'atrophie, montre l'indifférence de la choroïde à l'égard de la propagation et de l'extension du néoplasme.

Au début, la tumeur apparaît dans la région de la macula; elle s'étend ensuite progressivement autour d'elle, en nappes régulièrement étalées. Notre premier cas est vraiment caractéristique à ce sujet. Il en a été de même dans un fait d'Uthoff dans lequel l'infiltration carcinomatense diffuse s'étendait d'une façon uniforme sur la plus grande partie du fond de l'œil jusque dans les régions antérieures, avec épaississement partiel et modéré de la choroïde et sur quelques endroits même avec une atrophie nette du tissu choroïdien.

Dans trois cas seulement (Hirschberg, Schultze, un des cas d'Uthoff), il s'agissait de tumeurs plus proéminentes, mais toujours encore de telle façon que le diamètre longitudinal était beaucoup plus considérable que le transversal. Dans aucun cas on ne trouve la forme sphérique ou champignonnée que l'on constate si fréquemment dans le sarcome choroïdien qui, lui-même, prend très rarement la forme diffuse et aplatie. Fuchs indique formellement cette particularité: sur 259 faits de sarcomes choroïdiens, il constate seulement 7 fois cette dernière forme, et encore n'est-il pas bien certain que ces observations se rattachent à des néoplasmes.

4° MARCHÉ RAPIDE DE L'AFFECTION. — COINCIDENCE AVEC D'AUTRES ACCIDENTS MÉTASTATIQUES. — La marche du carcinome métastatique est toujours très rapide; en quelques semaines l'acuité visuelle, subitement troublée, disparaît complètement; un décollement rétinien, d'abord partiel, bientôt total, se produit sans trouble du corps vitré, sans phénomènes inflammatoires. Hirschberg, seul, a noté momentanément une rémission dans la marche de l'affection secondaire.

Souvent les deux yeux sont atteints: sur les 25 cas connus, 6 fois l'affection a été, dès le premier examen, observée simultanément sur les deux yeux; 2 fois le second œil était frappé quelque temps après l'attaque du premier; les opérations pratiquées sur le premier foyer ont toujours été sans influence sur la métastase de l'autre œil.

Lorsqu'un seul œil a été atteint, sur 20 cas, 8 fois l'œil gauche a été seul intéressé et 4 fois l'œil droit. Dans quelques cas trop sommaires (Wadworth, Marshall), il n'est pas dit s'il s'agissait de l'œil droit ou de l'œil gauche. La mort est toujours survenue, au plus tard un an après le début de la métastase. Il s'est rarement produit du glaucome secondaire; il faut cependant citer les cas d'Ewing, de Mitvalsky, le deuxième fait d'Uhthoff et notre premier fait personnel dans lequel les accidents glaucomateux très accusés nous ont forcé la main en indiquant formellement l'énucléation. Le glaucome, dans cette observation, était explicable par la fermeture d'une grande partie de l'angle de filtration résultant du développement de la tumeur irienne.

Dans tous les cas de métastase oculaire, l'état général, qui souvent jusque-là s'était maintenu bon, devient très rapidement mauvais et le malade prend un aspect cachectique. Il semble que l'apparition de la métastase oculaire annonce l'envahissement total et définitif de l'organisme par la diathèse cancéreuse.

Pendant que la tumeur colonise dans l'œil, il se produit des métastases du côté du cerveau, de la colonne vertébrale, des principaux viscères, et il survient des accès névralgiques intolérables, des contractures dans les membres, des accidents épileptiformes, de la paraplégie. Notre 1^{er} malade a présenté au maximum tous ces désordres et il a été chez lui bien évident que la métastase oculaire, survenue en janvier 1896, n'a été que l'un des multiples effets de la généralisation carcinomateuse dans son organisme.

On n'a fait que 7 autopsies (Perls, Hirschberg-Birnbacher, Schapringger, Gayet, Elschmig, et les deux cas d'Uhthoff); dans tous ces cas on a trouvé des carcinomes métastatiques multiples dans d'autres organes, deux fois des métastases cérébrales, une des tumeurs siégeant dans les os du crâne. Dans quelques autres faits, tels que ceux de Mitvalsky et l'un des nôtres, on reconnut cliniquement des métastases cérébrales, mais ces faits n'ont pas eu la consécration de l'autopsie.

5° RAPPORTS DE L'AFFECTION MÉTASTATIQUE AVEC L'AFFECTION ORIGINELLE. — Un grand fait domine l'histoire du carcinome métastatique de l'œil, c'est le rôle particulier que joue dans l'étiologie le carcinome mammaire.

Sur 25 cas, il s'agissait 18 fois de cette lésion siégeant, tantôt sur le sein droit, tantôt sur le sein gauche; une fois il existait une lésion de l'estomac, une autre fois une tumeur épithéliale de la thyroïde, trois fois un carcinome du poumon.

En général, quand le malade se présente au clinicien, il signale lui-même son affection primitive qui, d'habitude, a donné lieu à une intervention chirurgicale; il est arrivé cependant que la tumeur primitive a été méconnue. Perls n'a découvert le carcinome du poumon qu'à l'autopsie de son malade, et Gayet ne constata la présence d'une lésion stomacale qu'après l'énucléation de l'œil carcinomateux.

En présence d'une affection choroïdienne offrant les signes que nous allons décrire plus loin, il faudra donc toujours rechercher la présence, dans les divers organes, d'une tumeur maligne.

On a dit que si cette recherche avait toujours été faite, les cas de carcinomes métastatiques choroïdiens seraient plus nombreux; c'est là, à notre avis, une affirmation erronée. L'absence de renseignements sur la présence d'un carcinome du sein, de l'estomac ou d'ailleurs, la méconnaissance de cette lésion auraient tout simplement pour résultat de faire prendre un carcinome métastatique de la choroïde, pour un carcinome primitif; le groupe des tumeurs épithéliales primitives de cette membrane aurait été ainsi grossi aux dépens du groupe des tumeurs secondaires.

Or, rien de tel n'existe. Les carcinomes primitifs du tractus uvéal sont extrêmement rares, et la confusion n'a certainement pas eu lieu souvent en leur faveur, si tant est même qu'elle ait jamais été faite.

Nous ne croyons pas non plus que les chirurgiens qui donnent leurs soins aux malades atteints de carcinomes aient eu le tort de ne pas faire suffisamment porter leurs investigations sur l'appareil oculaire, car, aussi profondément atteint que soit le sujet, il est difficile qu'il ne s'aperçoive pas de la perte rapide d'un œil et qu'il ne la signale pas autour de lui.

D'ailleurs, il existe un assez grand nombre de chirurgiens adonnés à l'ophtalmologie, et ceux-là n'ont, pas plus que les autres, remarqué le carcinome métastatique de la choroïde chez leurs sujets.

La rareté de cette généralisation oculaire est donc un fait constant qu'il convient d'accepter. Il s'explique d'ailleurs très bien par les conditions spéciales qui président à la pathogénie de l'affection.

Avant d'arriver à la choroïde, les cellules épithéliales, versées dans le système veineux par les gros troncs lymphatiques, ont à traverser le réseau pulmonaire; une fois arrivées au cœur gauche elles ont toutes sortes de bonnes raisons pour prendre la direction de la colonne vertébrale, du foie, du cerveau, etc., etc., plutôt que celle de l'artère ophthalmique.

Un seul point reste vraiment difficile à expliquer. Pourquoi, sur 25 cas, 18 fois le carcinome mammaire est-il en cause? Sans doute cette affection est très fréquente, mais elle ne l'est pas plus que le cancer utérin, et à elle seule elle l'est infiniment moins que les carcinomes réunis de l'utérus, du foie, de la langue, du rectum, etc., etc.

Nous pensons que l'explication de ce fait singulier est dans une certaine identité de milieu entre le tissu de la choroïde et le tissu lâche dans lequel, autour des acini glandulaires, vivent et pullulent, avant de se détacher, pour coloniser, les cellules épithéliales atypiques qui forment le cancer du sein. Dans le sein, en effet, il existe des mailles conjonctives cloisonnant des espaces lymphatiques larges, analogues à ceux de la choroïde.

Lorsque les cellules morbifiques sont ainsi apportées dans ce milieu analogue à leur milieu d'origine, elles prolifèrent facilement, reprennent leur vie première et font, dans la membrane vasculaire de l'œil, exactement ce qu'elles faisaient dans la glande mammaire.

Le cancer de l'utérus se développe en s'infiltrant dans l'épaisseur d'un tissu musculaire; de même le cancer du rectum, celui de la langue, se propagent dans un tissu bien différent de celui de la supra-choroïde; c'est pourquoi ces carcinomes, et ceux qui peuvent leur être comparés, ont peu de tendance à se propager dans l'œil.

Les cinq paragraphes que nous venons de passer en revue comprenant tout ce qui concerne l'anatomie et la physiologie pathologiques du carcinome métastatique de l'œil, son histoire sera complète lorsque nous aurons étudié la symptomatologie et le diagnostic. C'est là l'objet du paragraphe suivant.

B. — Symptômes et diagnostic. — Le début du mal est rapide, mais sans grand fracas. Il n'y a ni douleur, ni inflammation. Le malade accuse un léger trouble de la vue, sans scotome bien déterminé, ce qui s'explique par l'intégrité complète de la rétine. Il convient d'examiner le plus tôt possible les malades qui accusent la moindre gêne dans la vision.

En examinant ainsi les sujets dès la première heure, on pourra constater, comme Hirschberg, autour de la papille, plusieurs petits points jaunâtres qui correspondent aux colonies naissantes et, autour de ces points, un épaissement diffus de la choroïde; très rapidement on verra ces lésions s'accroître à mesure que l'acuité visuelle diminuera.

Comme Hirschberg, Schæler a pu constater, dès le début, des petits foyers grisâtres du volume d'une tête d'épingle. La tuméfaction de la choroïde peut rendre hypermétrope un œil primitivement emmétrope (Hirschberg).

Peu d'observateurs ont, aussi bien qu'Uhthoff, décrit l'*aspect ophthalmoscopique caractéristique* du carcinome métastatique.

Sur sa première malade il constata une papille floue, aux contours effacés, sans proéminence et, immédiatement en dehors de la papille, dans la région de la macula lutea et ses environs, il remarqua une saillie assez large pour occuper une grande partie du fond de l'œil; à son point le plus accusé la saillie était de 3 millim. La lésion présentait une forme ovale, tranchant assez nettement sur les parties saines du fond de l'œil. Sa couleur générale était gris jaunâtre et, sur le fond ainsi coloré, apparaissaient des taches grandes et petites d'un blanc très net. Outre ces taches blanchâtres, Uhthoff constata des foyers noirâtres de pigment. La rétine passait intacte sur les parties malades.

Dans l'œil droit de la même patiente, Uhthoff décrit une saillie un peu moins accusée (2 millim. et demi), située au-dessous de la papille, de forme circulaire, d'un gris jaunâtre uniforme, excepté à la limite inféro-externe où se trouvent des taches isolées blanches.

Chez un deuxième malade, Uhthoff constate à droite un décollement étendu de la rétine en bas; la papille a des contours effacés et autour d'elle apparaissent des foyers blanchâtres. Dans la région de la macula se trouve une surface assez régulièrement colorée en gris jaunâtre, sur