

seaux d'un certain calibre, il se fait une hémorragie; tantôt le sang s'écoule dans l'humeur vitrée, tantôt ce liquide imbibe le tissu de la choroïde et s'extravase au loin dans l'épaisseur de cette membrane. Il en résulte une abolition de la vision, ou une simple diminution du champ visuel, d'après l'étendue de l'épanchement sanguin. Lorsqu'on examine l'organe avec le miroir ophthalmoscopique, le fond de l'œil, au lieu de présenter une couleur rosée, offre une couleur noire. On cherche en vain, en se servant simultanément du miroir et de la lentille, à reconnaître la papille optique. On ne peut arriver à la distinguer; ou, si on la voit, c'est d'une manière confuse, absolument comme si elle était couverte d'exsudations. Si, ce qui est rare, le sang se résorbe, la vision devient un peu plus distincte. Le plus souvent la choroïde s'enflamme, il se forme des exsudats dans l'épaisseur de cette membrane, et la vision finit par être totalement perdue. Le fond de l'œil conserve alors cette coloration noire que nous venons de mentionner.

Les plaies par instruments *tranchants* sont plus graves que les simples piqûres, parce que, d'une part, l'hémorragie est souvent abondante, et que, de l'autre, la cavité oculaire étant largement ouverte, l'humeur vitrée s'écoule au dehors, d'où l'affaissement du bulbe.

Les *contusions* de la choroïde déterminent aussi parfois une hémorragie traumatique de cette membrane, alors que la sclérotique reste intacte; elles se terminent parfois par une atrophie de cette membrane.

Le traitement des blessures de la choroïde est essentiellement antiphlogistique. Une saignée générale, des émissions sanguines locales, le plus près possible du siège de la lésion, des dérivatifs sur le canal intestinal, le repos absolu des yeux sont les seuls moyens à mettre en usage. En cas de plaies étendues, il sera bon de fermer les paupières par des bandelettes agglutinatives, pour s'opposer à l'issue de l'humeur vitrée.

CHAPITRE III.

INFLAMMATION DE LA CHOROÏDE.

Les inflammations de la choroïde jouent un grand rôle dans les affections connues sous le nom générique d'*amblyopies*, d'*amauroses*. Il y a une telle connexion entre la choroïde et la rétine, que les états morbides de la première retentissent forcément sur la seconde. L'ophthalmoscope révèle la plupart des altérations de la *membrane vasculaire* de l'œil; il ne permet pas de reconnaître tous les changements *anatomiques* survenus dans les diverses couches de la *membrane nerveuse*. Cette remarque explique le défaut de concordance, dans bien des cas, entre les troubles visuels et les changements perçus par le miroir oculaire.

L'inflammation de la choroïde se présente avec des caractères analogues à ceux qu'elle offre dans les autres tissus : *congestion* des vaisseaux, si

nombreux, qui entrent dans l'organisation de cette membrane; *formation de dépôts plastiques*, plus rarement de *pus*. A l'état chronique, qui est la forme la plus commune, la phlegmasie se termine plus souvent par une *atrophie* des éléments de la choroïde : *résorption graduelle du pigment*, *amincissement du stroma* et *oblitération des vaisseaux*.

ARTICLE I.

Choroïdite congestive.

On la désigne aussi sous les noms de *congestion choroïdienne*, d'*hyperhémie de la couche chorio-capillaire*. C'est une affection très-commune, et qui est le point de départ de troubles de la vision plus ou moins graves.

Signes ophthalmoscopiques. Il convient avant tout de faire remarquer que la disposition du pigment choroïdien n'est pas la même chez tous les sujets; qu'il existe, sous ce rapport, une différence marquée entre les bruns et les blonds. Chez les premiers, la couche pigmentaire est tellement foncée en couleur, que le fond de l'œil paraît normalement d'un rouge sombre, et qu'il est impossible de découvrir avec l'ophthalmoscope les vaisseaux de la choroïde. Chez les seconds, la couche pigmentaire est bien plus claire, le fond de l'œil est d'un beau rose; il est rare qu'on n'aperçoive pas quelques-uns des vaisseaux de la choroïde, surtout au voisinage de la papille. Chez quelques sujets, probablement par le fait d'une conformation originelle, le pigment choroïdien manque dans certaines parties, et le système vasculaire de la choroïde apparaît dans toute sa richesse. Toutes les fois qu'on examine un œil à l'ophthalmoscope, pour apprécier l'état anatomique de la choroïde, il faut tenir compte des circonstances qui viennent d'être mentionnées. La couleur des cheveux sert de guide pour cette appréciation, la disposition du pigment choroïdien étant toujours en corrélation avec la coloration du système pileux. Si on néglige cet élément, on risque de commettre de graves erreurs. LA OU LE FOND DE L'ŒIL EST D'UN ROSE VIF, OU LES VAISSEAUX DE LA CHOROÏDE APPARAISSENT CHEZ UN BLOND, ON N'EST PAS EN DROIT D'AFFIRMER QU'IL EXISTE UNE CONGESTION DE LA CHOROÏDE, PAS PLUS QU'ON NE SE PRONONCERA SUR L'ABSENCE DE CET ÉTAT MORBIDE CHEZ UN SUJET BRUN DONT LE FOND DE L'ŒIL A CONSERVÉ UNE TEINTE OBSCURE. Lorsqu'on a examiné un certain nombre de malades, et qu'on a bien présentes à l'esprit les dimensions normales des vaisseaux de la choroïde, si, en se servant de la même lentille, on trouve ces mêmes vaisseaux augmentés de calibre, le doute n'est plus permis. C'est donc bien moins par la teinte de la coloration du fond de l'œil que par l'appréciation du volume des vaisseaux de la choroïde, qu'on se prononcera sur l'existence d'une choroïdite congestive. Il faut encore remarquer que les vaisseaux de la choroïde ne sont visibles, chez le plus grand nombre de sujets, que lorsque le pigment est déjà en voie de résorption. Or cette résorption n'a lieu qu'à une époque déjà avancée de la choroïdite. Il n'y a donc rien d'étonnant que, dans beaucoup de cas de congestion de la choroïde, l'ophthalmoscope ne donne que des résultats négatifs.

tifs, et qu'il faut s'en rapporter aux troubles fonctionnels pour reconnaître cette affection.

Symptômes. On les a plutôt déduits d'idées théoriques que de l'observation directe. Comment, en effet, déterminer si certaines sensations éprouvées dans l'œil, si certains troubles de la vision sont la conséquence d'une simple congestion choroïdienne plutôt que d'un état de souffrance commençant de la rétine? Quelquefois les vaisseaux sous-conjonctivaux sont distendus, ce qui annonce une gêne dans la circulation veineuse des membranes profondes de l'œil; quelques sujets présentent, autour de la circonférence de la cornée, cet anneau bleuâtre, indice d'une stase de sang dans le sinus de Hovius, et que Beer a désigné fort improprement du nom de *cercle arthritique*. Les sujets se plaignent de roideur et de tension du globe; par suite de l'action compressive des vaisseaux choroïdiens sur la rétine, ou parce que celle-ci est déjà elle-même dans un certain état morbide, la vision est troublée de diverses manières: il y a des obscurcissements passagers de la vue, parfois de la *photophobie*, apparitions de lueurs globuleuses dans l'obscurité, fatigue plus ou moins prompte quand le sujet lit, écrit ou travaille à la couture; perception de mouches; apparition de taches jaunâtres, ou verdâtres, ou bigarrées; quelquefois des névralgies ciliaires ou sur le trajet des autres branches de la cinquième paire.

Marche. Terminaisons. La congestion choroïdienne peut se dissiper au bout de quelques jours; alors tous les troubles que nous avons énumérés disparaissent. Bien plus souvent la maladie persiste, et l'on voit survenir une série de symptômes qui appartiennent à la choroïdite *atrophique*. D'autres fois la choroïdite congestive se termine par la formation d'un *staphylôme scléro-choroïdien*, une *cirsophthalmie*, un *glaucome*.

Causes. La choroïdite et les altérations qui en sont la conséquence sont le plus communes chez les adultes et les vieillards. Les congestions encéphaliques, l'application immodérée des yeux sur des ouvrages fins, l'usage de verres concaves ou convexes d'un numéro trop élevé, la suppression d'hémorroïdes, du flux cataménial, en sont considérés comme le point de départ.

Diagnostic. Au début du mal, c'est plutôt par les troubles fonctionnels que par l'examen ophtalmoscopique qu'on reconnaît la maladie. Lorsque le pigment choroïdien commence à se résorber et qu'il devient possible de découvrir à l'ophtalmoscope le réseau vasculaire de la choroïde, la turgescence des artères et surtout des veines ne laisse plus de doute.

Traitement. La première indication à remplir est de condamner les yeux à un repos absolu. Pour obtenir une déplétion des vaisseaux de la choroïde, on applique des ventouses scarifiées ou des sangsues, en petit nombre, à la région temporale. On entretient la liberté du ventre par l'administration, répétée à de courts intervalles, de purgatifs légers. S'il y a eu suppression d'un flux normal ou accidentel, on s'efforce de le rétablir. L'usage habituel d'un collyre légèrement astringent, ou des bains d'œil dans une solution légèrement astringente, sont d'un emploi utile.

ARTICLE II.

Choroïdite atrophique.

C'est une affection commune, parfaitement reconnaissable à l'ophtalmoscope, à caractères bien définis.

Signes ophtalmoscopiques. Ce qui frappe, au premier abord, l'observateur, et ce qu'on rencontre à tous les degrés de la maladie, c'est une décoloration plus ou moins prononcée du fond de l'œil (voir les figures 16 de la planche IV; 17, 18, 19 de la planche V de mon *Traité des maladies des yeux*). Chez les sujets blonds, l'image ophtalmoscopique ne présente plus cette teinte d'un beau rose qui se rencontre dans l'état normal. Chez les bruns, elle offre par places une teinte sale. Dans ces divers points, le pigment choroïdien est en voie de résorption. Dans d'autres, le fond de l'œil offre des plaques d'un blanc plus ou moins pur, de formes et de dimensions variables, parfois limitées à la circonférence, ou parsemées, de taches d'un brun très-foncé, ou noires; ces taches sont formées par une accumulation de pigment dont la sécrétion a été notablement activée. Là où se trouvent ces plaques d'un blanc brillant, les vaisseaux rétinien, qui passent au-devant d'elles, sont très-visibles, tandis que les vaisseaux de la choroïde, généralement très-distincts dans les parties peu décolorées, manquent complètement. Le système vasculaire de la choroïde a éprouvé des modifications marquées: les artères sont ténues; les veines, au contraire, sont manifestement turgescents et bien reconnaissables à leur disposition en tourbillon. Lorsque l'affection est arrivée à un degré avancé, la papille optique est plus petite que dans l'état normal; les vaisseaux de la rétine sont plus minces que chez un sujet indemne de toute lésion des membranes profondes de l'œil. Très-souvent, en examinant l'œil par l'éclairage latéral, après avoir au préalable dilaté la pupille, on reconnaît à la périphérie du cristallin des stries opaques qui restent stationnaires pendant des années. Les opacités du centre de la capsule postérieure ou de la capsule antérieure (*cataracte polaire*) sont très-rares.

Chez presque tous les sujets atteints de choroïdite atrophique, on trouve en outre les caractères de la *seléro-choroïdite postérieure* (voy. p. 177). Le corps vitré demeure généralement transparent, ce qui, joint à la résorption du pigment choroïdien, permet d'éclairer très-bien le fond de l'œil et de voir nettement tous les détails que nous avons mentionnés. Quelquefois on aperçoit, dans la partie la plus reculée du corps vitré, un corpuscule lamelliforme qui flotte au-devant de la papille optique, ou à une petite distance de celle-ci, sans jamais franchir les limites d'une zone limitée. D'autres fois le corps vitré renferme un plus grand nombre de corpuscules flottants, tout en conservant sa limpidité; dans quelques circonstances, il est plus trouble, ce qui rend difficile l'examen du fond de l'œil.

Symptômes. Ils sont variables. Au début, les sujets ne se plaignent que d'une sensation de fatigue, en travaillant, que le repos de l'organe fait dis-