

paraître. Plus tard, les yeux se fatiguent plus vite. Si le patient continue ses travaux, les yeux sont impressionnés péniblement par la lumière des lampes ou des becs de gaz; les vaisseaux de la conjonctive s'injectent, la tête est lourde et douloureuse au niveau de la région sus-orbitaire. La vue devient confuse, les malades se frottent les yeux et sont obligés d'interrompre momentanément leurs occupations. Un phénomène dont se plaignent les collégiens, c'est qu'ils ne voient plus de loin; qu'il leur est impossible de suivre les démonstrations au tableau. Ils deviennent *myopes* pour les objets un peu éloignés; on remédie à ce symptôme par des verres concaves d'un numéro moyen.

A un degré plus avancé, la vision devient plus mauvaise, même de près, et n'est pas améliorée par l'usage de verres concaves. En général, les malades lisent des caractères très-fins, en plaçant le livre à quelques centimètres des yeux; s'ils l'éloignent, ils ne les voient plus, alors même qu'ils mettent des verres concaves. La vision des objets éloignés, même de gros objets, est confuse, malgré l'emploi des verres négatifs. Il n'est pas impossible cependant que la *choroïdite atrophique* soit accompagnée d'une véritable *myopie*; quelquefois même le pouvoir réfringent des deux yeux est inégal. Dans ces cas, les verres concaves améliorent la vision des objets rapprochés.

Dans les cas où les lésions de la choroïde sont plus avancées, les sujets ne distinguent plus que de gros caractères d'imprimerie. Pendant la première période, ils accusent dans l'obscurité l'apparition de lueurs, d'étincelles; ils voient une auréole autour de la flamme d'une lampe. Plus tard, ils aperçoivent sur le papier blanc les figures les plus bizarres. Lorsqu'il existe un corpuscule lamelliforme de la partie profonde du corps vitré, les malades accusent la sensation d'une espèce d'araignée qui se déplace, et la vue se voile momentanément, quand le corps étranger flottant au voisinage de la papille arrive vers la région de la *macula*.

Marche. Terminaisons. Les suites de la choroïdite atrophique varient d'après la profession du sujet, ses occupations. S'il exerce les yeux avec modération, s'il s'abstient de l'usage de lunettes à verres disproportionnés avec le degré de myopie dont il peut être atteint, la vision, quoique mauvaise ou passable, peut se conserver au même degré, pendant toute la vie. Si au contraire il est obligé de se servir des yeux pour faire un travail minutieux, si surtout il les applique, comme certaines ouvrières, de huit à dix heures par jour, la vision diminue progressivement. Toutefois, à moins de lésions occupant une grande étendue de la choroïde, il est extrêmement rare que la cécité survienne. En général, lorsque la vision a notablement baissé, les sujets cessent spontanément de se livrer à un travail fatigant.

On voit, d'après ce tableau, que la choroïdite atrophique exerce une influence marquée sur les fonctions de la rétine. Les connexions de cette dernière membrane avec la choroïde justifient suffisamment cette participation. Comment expliquer autrement cette diminution de la vision, l'apparition de lueurs, les scotomes, etc.?

Diagnostic. Il est fondé sur les troubles fonctionnels et sur l'examen

ophtalmoscopique, qui donne des résultats assez précis, pour qu'il soit impossible de confondre la choroïdite atrophique avec aucune autre lésion.

Pronostic. Il est grave, en ce sens qu'il est difficile de faire rétrograder le mal, parfois même de l'arrêter dans sa marche.

Traitement. Le repos de l'organe est une condition de rigueur. S'il existe des signes manifestes de congestion dans les veines choroïdiennes, si celles-ci paraissent turgescents, on a recours à une déplétion sanguine locale très-modérée. Je préfère une dérivation sur l'intestin par la médication purgative continuée pendant quelques jours. Si les phénomènes congestionnels font défaut, on s'abstient de toute évacuation sanguine, celle-ci affaiblissant la vision, et on prescrit la médication tonique. Des frictions spiritueuses autour de l'orbite sont également indiquées. On recommande expressément l'abstention de lunettes à verres concaves, s'ils n'existent pas de signes certains de *myopie*. L'usage de *conserves* à verres d'une teinte bleue-claire est prescrit pour lire ou travailler à la lumière de la lampe ou des becs de gaz.

ARTICLE III.

Choroïdite exsudative ou plastique.

Elle est caractérisée par la production d'une certaine quantité de lymphé plastique sur la face interne ou dans l'épaisseur de la choroïde. C'est une forme bien moins fréquente que les deux précédentes.

Signes ophtalmoscopiques. Le fond de l'œil offre généralement une teinte rosée. De distance en distance, aussi bien dans le voisinage de la papille optique que vers la région de l'*ora serrata*, se voient des taches d'un blanc *bleuâtre* moins brillantes que celles qui caractérisent l'atrophie de la choroïde. Elles sont plus ou moins larges et de configuration variable. Il en est qui ressemblent à de petites papules (*choroïdite pointillée ou disséminée*). Les vaisseaux de la rétine passent au-devant de ces taches, ce qui ne permet pas de les confondre avec des exsudats rétinien. Lorsque l'exsudation est résorbée et que la portion correspondante de la choroïde est atrophiee, on aperçoit, comme dans la choroïdite atrophique, des accumulations de pigment à sa circonférence. Chez quelques sujets, on constate aussi les caractères propres à l'atrophie des vaisseaux de la rétine (voy. la figure 11 de la planche III de mon *Traité des maladies des yeux*).

Symptômes. Ils varient d'après l'étendue de la lésion: affaiblissement plus ou moins marqué de la vision; perception de scotomes; diminution du champ visuel. Il est rare que l'affection se termine par la guérison; le plus souvent, après la résorption des produits plastiques, la choroïde demeure atrophiee dans les points correspondants, et il en résulte toutes les conséquences de cet état morbide exposées dans l'article précédent.

Il est une variété de choroïdite exsudative qui mérite une mention spéciale, c'est celle qui se développe sous l'influence de la syphilis. Elle a été décrite par Galezowski. La maladie comprend trois périodes: dans la première, le corps vitré est trouble; il existe des exsudations périrapillaires

dans la choroïde et une infiltration de la papille; celle-ci est masquée à la façon d'une lune regardée pendant un épais brouillard. Dans la seconde période, le trouble du corps vitré diminue; la papille optique est infiltrée, à contours diffus; les parties voisines de la rétine sont opaques, pendant que le reste de cette membrane demeure transparent. Les vaisseaux rétinienens deviennent plus petits; la choroïde se couvre, à sa périphérie, d'exsudations multiples en forme de plaques rondes, blanches-grisâtres, représentant une sorte d'éruption sur le fond de l'œil. Dans la troisième période, le corps vitré reprend sa transparence; la papille se dégage des exsudations; la circulation se rétablit dans les vaisseaux de la rétine; la vision est recouverte avec diminution du champ périphérique; ou bien la papille et les vaisseaux rétinienens s'atrophient, et il se fait des infiltrations pigmentaires dans les parties périphériques de la rétine. Il ne nous est pas démontré que la *choroïdite syphilitique* se montre constamment sous cette forme éruptive; Liebreich, tout en accordant que cette espèce de phlegmasie se présente le plus souvent sous forme de *petites taches blanches claires*, reconnaît néanmoins qu'il n'existe aucune forme spéciale propre à la syphilis, et que cette espèce de choroïdite a tous les caractères de la choroïdite disséminée.

Quoi qu'il en soit, la choroïdite syphilitique apparaît en général peu de temps après les manifestations d'accidents secondaires, quelquefois à une période plus avancée; le plus souvent, d'après Galezowski, sans être précédée ou accompagnée d'iritis, et aussi fréquemment d'un seul côté que des deux à la fois.

Traitement. Les émissions sanguines locales, ventouses scarifiées, sanguines à la région temporale, seront employées de bonne heure. Une médication antiplastique, calomel à dose fractionnée, facilitera la résorption des produits plastiques. S'il existe des signes manifestes de syphilis, on administre la liqueur de van Swieten, en même temps qu'on fait pratiquer sur l'orbite des onctions hydrargyriques. Deval se loue de l'iodure de potassium dans la choroïdite exsudative et atrophique.

Abcès de la choroïde. Les collections de pus circonscrites sont rares dans la choroïde. Heymann en a rapporté un exemple.

ARTICLE IV.

Scléro-choroïdite postérieure.

La scléro-choroïdite postérieure n'est qu'une variété de choroïdite atrophique. Elle présente ceci de particulier, qu'elle a principalement son siège au niveau du pôle postérieur de l'œil, c'est-à-dire au voisinage ou autour de la papille optique. On l'appelle aussi *staphylôme postérieur de la choroïde* ou de la sclérotique, *sclérectasie postérieure*.

Signes ophtalmoscopiques. Chez un grand nombre de sujets, il est facile d'apercevoir l'image du fond de l'œil avec le miroir ophtalmosco-

pique seul. L'examen des milieux réfringents avec le miroir permet de reconnaître, dans un certain nombre de cas, qu'il existe dans le corps vitré des corpuscules de diverses grandeurs et de diverses formes se portant tantôt de haut en bas et de bas en haut pendant les mouvements de l'œil, en parcourant tout le diamètre vertical du globe; oscillant tantôt dans une portion limitée du corps hyaloïde. L'éclairage latéral à la lampe, ou l'examen avec le miroir fait reconnaître souvent des stries grisâtres ou blanchâtres à la périphérie du cristallin, rarement une *cataracte polaire*. Pour bien apprécier l'image du fond de l'œil, il faut se servir du miroir et de la lentille simultanément. Lorsqu'une altération est à un degré peu avancé, on reconnaît que la moitié externe et inférieure de la circonférence de la papille (voy. les figures 16 de la planche IV et les figures 17, 18 et 19 de la planche V de mon *Traité des maladies des yeux*) est bordée d'un segment semi-lunaire, dont la blancheur éclatante contraste avec la teinte blanche rosée de la papille. Celle-ci est ordinairement plus petite que dans l'état physiologique. Quelquefois la demi-lune dont nous venons de parler est limitée au niveau de son bord convexe par une traînée de pigment choroïdien. A une période plus avancée, la tache blanche s'étend progressivement tout autour de la circonférence de la papille, qui parfois s'en distingue assez difficilement, parce qu'elle-même a pâli, de façon qu'au premier abord la papille optique paraît énormément agrandie. Avec de l'attention, on arrive cependant à faire la part de celle-ci et de la plaque pathologique qui la circonscrit. La plaque blanche est parcourue par les vaisseaux rétinienens, dont la couleur rose ressort sur ce fond brillant; parfois on y découvre quelque vaisseau choroïdien, dont la direction diffère essentiellement de celle des vaisseaux de la rétine, et dont il est impossible de retrouver la continuité avec ceux qui émergent du centre de la papille. La plaque est généralement d'un aspect blanc brillant dans toute son étendue; on y voit parfois un pointillé noirâtre, vestige du pigment choroïdien. Au degré le plus avancé, la plaque blanche s'étend en tous sens, d'une manière quelquefois irrégulière, et présente une figure très-variable; ainsi elle peut être triangulaire, quadrilatère, trapézoïdale, ressembler à un cœur de carte à jouer. Dans les points correspondants à la plaque blanche existe une *atrophie de la choroïde*, ce qui permet de voir, à travers la transparence de la rétine, l'aspect blanc nacré de la sclérotique correspondante, aspect que dérobent, dans l'état normal, la vascularisation et la couche pigmentaire de la choroïde.

Anatomie pathologique. Le globe est souvent allongé dans le sens antéro-postérieur. Pendant qu'à l'état normal le diamètre antéro-postérieur est de 23 à 24 millimètres, ce diamètre peut atteindre de 28 à 35 millimètres. Lorsqu'il existe une seule tumeur staphylomateuse, elle est presque toujours au côté externe du nerf optique. Je l'ai vue en dedans de ce nerf. En général, la tumeur a une forme sphérique, et le centre se confond avec la *macula*. Le nerf optique est quelquefois refoulé en dedans, par le développement successif du staphylôme. Souvent le diamètre de ce nerf est plus petit que dans l'état normal. Lorsqu'il existe deux tumeurs staphylomateuses, la seconde est moins volumineuse et placée au côté interne du nerf