

optique. Il importe de faire remarquer que la production d'une tumeur, d'une saillie, n'est pas constante dans la scléro-choroïdite postérieure. Heymann, dans une autopsie qu'il a faite, dit qu'il n'a pas trouvé d'*ectasie* de la sclérotique au niveau de la partie affectée.

La sclérotique est amincie, atrophiée, au niveau du staphylôme; quelquefois le tissu en a disparu par places. Ph.-Fr. von Walther a noté, dans certains cas, une saillie du corps vitré, à travers les éraillures de la sclérotique, dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. La choroïde adhère complètement, ou en partie, à la sclérotique; elle est distendue, amincie. Sichel l'a trouvée recouverte, par places, de lymphes plastiques. La couche superficielle de pigment disparaît d'abord; plus tard c'est le pigment du stroma qu'on ne retrouve plus. Les vaisseaux de la choroïde s'atrophient. A une période avancée, il ne reste, à la place de la choroïde, qu'une mince couche de tissu cellulaire.

La rétine est normale, dans les cas peu avancés; on peut la séparer de la choroïde, au niveau de la tache blanche; quelquefois on trouve entre cette membrane et la choroïde une hydropisie. Plus tard, la membrane sentante de l'œil est altérée dans sa structure; à la place des éléments anatomiques qui la composent, on trouve des éléments *fibro-plastiques*. Plus tard encore elle s'amincit et peut même disparaître complètement.

D'après J. van Roosbroeck, on a constaté parfois une oblitération des artères ciliaires longues et une ténuité plus grande des nerfs ciliaires.

L'humeur vitrée peut être liquéfiée et renfermer des corpuscules; elle est parfois trouble, ce qui rend l'examen à l'ophtalmoscope difficile. Il a été question précédemment des opacités périphériques du cristallin (p. 113). La conjonctive n'est pas altérée, au début, dans la portion qui correspond au staphylôme; plus tard, elle est épaissie, adhérente par places à la sclérotique; plus tard encore, elle est amincie, quelquefois en partie résorbée.

Chez un grand nombre de sujets atteints de scléro-choroïdite postérieure, on trouve, autour de la partie affectée, des traces de choroïdite atrophique disséminée.

**Symptômes.** C'est une opinion généralement reçue que les sujets atteints de scléro-choroïdite postérieure sont *myopes*. Pour peu qu'on les examine avec soin, on ne tarde pas à reconnaître qu'il ne s'agit pas, dans tous ces cas, d'une *véritable myopie*. Non pas que les sujets affectés de scléro-choroïdite postérieure ne puissent être *myopes*, c'est-à-dire que chez eux, l'œil étant réellement allongé ou la cornée trop convexe, les rayons lumineux forment leur foyer au-devant de la rétine. Mais indépendamment de la myopie, il y a chez eux une véritable diminution de l'*énergie visuelle*, c'est-à-dire que la rétine sent moins bien les impressions visuelles que chez ceux qui sont dans des conditions normales; c'est là le véritable motif qui les force à *regarder de près*, parce que les détails des objets, à grandeur égale, sont vus nettement à une distance d'autant moins grande que la sensibilité de la rétine est plus affaiblie. (Pour plus de détails, consultez mon *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 381.)

Les altérations des membranes de l'œil exposées plus haut démontrent

que la scléro-choroïdite postérieure n'est pas une maladie constituée simplement par un allongement de l'organe, mais que la rétine et la choroïde sont plus ou moins gravement compromises.

Lorsqu'il existe un véritable *staphylôme postérieur*, et que ce dernier a pris un certain volume, la tumeur occupant le plus souvent le côté externe du nerf optique, la cornée se dévie en dedans, c'est-à-dire qu'il y a un *strabisme convergent*. Chez ceux où le staphylôme est situé au côté interne du nerf optique, le strabisme est *divergent*. Dans ces cas, l'œil peut être redressé par la volonté du patient, lorsqu'il ne fixe un objet qu'avec l'œil affecté; s'il regarde au contraire avec les deux yeux à la fois, l'œil malade redevient à l'instant même *strabique*. En faisant porter cet œil fortement en bas et en dehors, en cas de strabisme convergent, on reconnaît quelquefois la présence de la saillie qui forme le staphylôme.

**Marche. Terminaisons.** L'affection peut rester stationnaire pendant des années, même pendant toute la vie. Elle peut s'améliorer, en apparence au moins, parce que, par les progrès de l'âge, la myopie diminuant, permet de voir plus loin. Il est douteux qu'elle guérisse, ainsi que le prétendent quelques ophthalmologues. Au début, les sujets ne se plaignent que d'une sensation de fatigue en travaillant, que le repos de l'organe fait disparaître. Plus tard, les yeux se fatiguent plus rapidement, il survient même chez les jeunes gens un phénomène que van Roosbroeck a observé comme nous: l'impossibilité de voir de loin, de suivre les démonstrations au tableau, et la nécessité de prendre des verres concaves seulement pour la vision à distance. D'autres fois la maladie s'aggrave; les sujets voient de moins en moins bien, et finissent même par devenir tout à fait aveugles. On a encore signalé, en cas de staphylôme postérieur proprement dit, l'augmentation progressive de la tumeur, qui finit par se rompre; la production d'un *staphylôme du corps ciliaire*, la possibilité de la production d'*hémorragie de la rétine et de la choroïde*, ou d'une *hydropisie sous-rétinienne*. Ce sont là des complications assez rares relativement au nombre considérable de scléro-choroïdites postérieures qu'on rencontre.

**Diagnostic.** Il est facile, à la condition toutefois d'examiner le fond de l'œil à l'ophtalmoscope. Les caractères présentés par l'image rétinio-choroïdienne sont tellement précis, qu'il est impossible de s'y tromper.

**Causes.** L'affection paraît être quelquefois héréditaire. Toutefois il n'est pas rare de la rencontrer chez des enfants dont le père et la mère sont indemnes de toute lésion oculaire de ce genre. On observe aussi, dans une même famille, des enfants nés des mêmes parents dont les uns ont une *scléro-choroïdite postérieure*, pendant que d'autres ne présentent rien de semblable. La plupart des sujets font remonter le mal à l'enfance, ou tout au moins à la jeunesse, de telle façon qu'on est porté à se demander si la scléro-choroïdite postérieure n'est pas une affection congénitale, ou tout au moins existant déjà à un faible degré à la naissance, progressant plus tard sous l'influence des travaux auxquels l'œil est soumis.

On a attribué à l'exercice des yeux une grande part sur la production du staphylôme postérieur; mais on l'a expliqué de diverses manières. Van



Roosbroeck pense que les travaux excessifs et prolongés des yeux chez les écoliers déterminent, dans la choroïde, une congestion sanguine qui finit par se transformer en travail inflammatoire; des adhérences se forment entre la sclérotique et la choroïde, qui subissent un ramollissement partiel. Ces membranes cèdent à la pression des humeurs de l'œil, de dedans en dehors, et finissent par former une saillie au niveau de la portion ramollie. On peut invoquer en faveur de cette étiologie, la rareté du staphylôme postérieur chez les gens de la campagne et chez les artisans, leur grande fréquence chez les jeunes garçons assidus au travail des études classiques. Les recherches ophthalmoscopiques de Liebreich confirment également la nature inflammatoire de cette affection. Le professeur Arlt fait jouer le plus grand rôle, dans la production du staphylôme postérieur, à la fatigue prolongée de l'accommodation dans la contemplation d'objets petits et rapprochés, surtout à l'âge de la puberté, où la sclérotique présente moins de résistance que plus tard. Les muscles de l'œil et l'orbiculaire se livrent à des efforts qui refoulent la partie postérieure du corps vitré en arrière, d'où une concentration sanguine dans le fond de l'organe. D'après Sithel, sous l'influence de la contraction des muscles de l'œil, la partie amincie des membranes internes cède et se soulève peu à peu, en formant une tumeur sur le côté externe du nerf optique. D'autres enfin attribuent ce rôle à la contraction exagérée du muscle droit interne de l'œil, ce qui peut être seulement considéré comme circonstance adjuvante; car, ainsi que le fait remarquer Deval, des yeux atteints de strabisme convergent, même invétéré et intense, ne sont pas plus exposés au staphylôme postérieur que ceux qui ont une rectitude physiologique.

D'après Noizet, les hommes de lettres, les imprimeurs, les graveurs, les bijoutiers, tous ceux enfin qui déploient une activité exagérée de l'organe de la vision sont sujets au staphylôme postérieur.

**Pronostic.** Il est toujours grave, parce que la vision n'a jamais une grande énergie; que, sous l'influence du travail auquel beaucoup d'individus se livrent, la lésion augmente d'étendue, ce qui entraîne un affaiblissement progressif de l'organe. Dans les conditions les plus heureuses, on peut compter tout au plus sur un état stationnaire du mal.

**Traitement.** Il est plutôt hygiénique que médical. On conseille un exercice modéré des yeux. Il serait bon de donner aux jeunes gens atteints de staphylôme postérieur une profession qui ne les force pas à regarder tous les jours, pendant dix ou douze heures, de petits objets. On interdit les études prolongées. On rejette, pour les filles, l'état de brodeuse, de fleuriste, de piqueuse de bottines, de lingère. Dans tous les cas, on recommande à ceux qui travaillent le soir à la lumière des lampes l'usage de lunettes à verres bleus. Si les yeux se fatiguent rapidement, si les sujets se plaignent d'éprouver dans ces organes de la tension, s'ils sont pris de larmoiement, si la vue devient confuse au bout de peu de temps, on prescrit le repos absolu; on administre quelques révulsifs sur le canal intestinal; on conseille de baigner les yeux dans une solution légèrement astringente. A un degré plus avancé, si on constate une hyperhémie prononcée de la choroïde, et à

plus forte raison des exsudats, on fait une application de sangsues à la région temporale.

Il est de la plus haute importance de surveiller l'usage des lunettes. Celles-ci ne conviennent qu'à ceux qui sont réellement *myopes*. Dans ces conditions seulement on permet l'usage des verres concaves, dont on proportionne la force au degré de la myopie. Il est évident que les mêmes verres ne peuvent convenir pour la vision de près et pour la vision des objets éloignés. Si l'essai méthodique de verres concaves n'améliore pas la vision des objets rapprochés, on les interdit. A une période plus avancée encore, si la vision se fatigue promptement et devient de plus en plus mauvaise, on prescrit les toniques à l'intérieur et des onctions stimulantes autour de l'orbite. Des instillations de sulfate d'atropine, recommandées par quelques médecins, affaiblissent la vision, loin de la fortifier.

## CHAPITRE IV.

### TUMEURS DE LA CHOROÏDE.

#### ARTICLE I.

##### Hémorragie de la choroïde.

Cette lésion occupe le plus souvent l'épaisseur de la choroïde. Elle se présente, à l'ophthalmoscope, sous la forme de taches d'un rouge sombre disséminées sur le fond de l'œil. Elle se distingue de l'hémorragie de la rétine, en ce que les vaisseaux de cette dernière membrane passent sans interruption au-devant de la suffusion sanguine (voy. les figures chromolithographiques 9 et 10 de mon *Traité des maladies des yeux*). Elle est parfois le résultat d'une cause traumatique; elle peut aussi se produire spontanément. Le pronostic en est grave, attendu que, lors même que le sang infiltré se résorbe, les parties correspondantes de la choroïde restent atrophiées et la vision ne se rétablit pas.

Au début du mal, on fait une saignée générale, on applique des sangsues à la tempe, on insiste sur les purgatifs, on recommande d'éviter toutes les circonstances de nature à favoriser la congestion oculaire.

#### ARTICLE II.

##### Décollement séreux de la choroïde.

C'est une affection très-rare, ce qui tient à ce que la choroïde et la sclérotique sont unies plus intimement l'une à l'autre que la choroïde et la rétine. On la reconnaît, à l'ophthalmoscope, aux signes suivants: tumeur