

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

arrondie, rouge-jaunâtre, à contours nettement dessinés, faisant saillie dans le corps vitré; la surface de la tumeur est sillonnée par les vaisseaux de la rétine, qui ne sont nulle part interrompus dans leur trajet. Sur un plan plus profond, se voit plus ou moins distinctement le tissu de la choroïde, reconnaissable à la disposition des vaisseaux et du pigment. Le diagnostic offre parfois des difficultés, lorsque la coloration de la tumeur est modifiée par la production d'exsudats et de matière plastique. On peut alors croire que le fond de l'œil est le siège d'une production de mauvaise nature.

## ARTICLE III.

## Tubercules de la choroïde.

Les tubercules de la choroïde ont été signalés par Manz et Ed. Jæger. D'après les observations de ce dernier, ils sont toujours accompagnés de tubercules dans d'autres organes de l'économie. Ils se présentent sous la forme de petits nœuds, d'un blanc ou d'un gris jaunâtre, arrondis ou légèrement irréguliers, opaques, mous au toucher et cependant consistants, du volume d'une graine de pavot à celui d'un grain de millet, développés dans le tissu choroïdien. Le stroma, le pigment et les petits vaisseaux de la choroïde sont en partie déplacés, en partie remplacés par la masse tuberculeuse. Au microscope, on trouve qu'ils ont la même organisation que les tubercules miliaires des autres parties du corps. Ils sont formés d'une masse fondamentale finement granuleuse, avec de petites agglomérations de noyaux. Les cellules ont différentes formes et une grandeur variable; quelques-unes ont subi la transformation graisseuse. On trouve aussi des noyaux libres et une masse amorphe très-consistante, des fibres ou du tissu conjonctif de nouvelle formation.

Les symptômes varient: tantôt les tubercules se développent sans inflammation de la choroïde; tantôt celle-ci offre une hyperhémie plus ou moins prononcée et des exsudats. La vision n'est altérée qu'autant que le produit morbide se forme dans la région de la tache jaune (Ed. Jæger).

A l'examen ophtalmoscopique, et à un grossissement de quinze diamètres, on aperçoit une masse d'un blanc jaunâtre ou d'un jaune citron, arrondie, ovale ou irrégulière, épaisse, du volume d'une lentille à celui d'une section qu'on ferait à travers le nerf optique, à surface veloutée, à bords recouverts en partie de pigment. On découvre une seule ou plusieurs masses, tantôt disséminées, tantôt en groupes.

## ARTICLE IV.

## Tumeurs diverses de la choroïde. Sarcome. Tumeur dermoïde.

## Ossification. Affection colloïde.

1° Le docteur Dor a rapporté une observation de sarcome avec mélanose de la choroïde. Une dame, à laquelle j'ai pratiqué l'extirpation de l'œil, était affectée d'un *cancer mélanique* de la choroïde.

2° Le docteur Follin a trouvé, dans l'œil du cadavre d'une femme de soixante et dix ans, entre la rétine et la choroïde, à la partie supérieure du globe, une production jaunâtre dont la face choroïdienne était chagrinée, grenue, traversée par des sillons comme la peau, et *recouverte de poils* de diverses grosseurs, au nombre d'environ vingt-cinq, prenant naissance dans la profondeur des sillons cutanés. Examinée au microscope, la production morbide a été trouvée composée de plusieurs couches analogues à celles qui représentent la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; les bulbes pileux venaient aboutir à la couche fibro-celluleuse la plus profonde.

3° L'*ossification* de la choroïde est rare: Scarpa et Mannoury (de Chartres) en ont rapporté des exemples.

4° *Affection colloïde de la choroïde.* Sous ce nom, Donders, H. Muller et Hulke ont décrit une altération des cellules pigmentaires de la *lame élastique* de la choroïde, consistant en une ossification de ces éléments. La dénomination n'est pas heureuse, parce qu'elle rappelle celle d'une variété de cancer avec laquelle la dégénérescence de la choroïde n'a aucune relation.

## SECTION XVIII.

## MALADIES DE LA RÉTINE ET DU NERF OPTIQUE.

## CHAPITRE I.

## ANOMALIES DE LA RÉTINE ET DU NERF OPTIQUE.

L'*absence congéniale* de la rétine a été signalée par Malacarne, Acharius, Klinkosch et Arnold. Le *décollement congénital* par d'Ammon.

La papille optique n'occupe pas toujours, dans l'œil, la place qu'on lui assigne généralement, c'est-à-dire 3 millimètres en dedans et 1 millimètre en bas du centre de figure de la rétine. On reconnaît facilement cette anomalie à l'examen ophtalmoscopique; pour découvrir la papille optique, il faut faire diriger l'œil plus en dehors que dans l'état ordinaire.

Parmi les modifications de structure de la rétine qui existent dans les cas d'*amblyopie congénitale*, il en est un certain nombre qui échappent à l'examen ophtalmoscopique. Il en est une, bien apparente, qui a été signalée par Liebreich sous le nom de *faisceaux nerveux à contour opaque* de la rétine; que d'autres ont appelée *fibres nerveuses à moelle*. On sait qu'à partir de la lame criblée, le nerf optique devient transparent, et que c'est à la faveur