

Les corps étrangers du corps vitré sont libres ou fixes. Dans le premier cas, ils se déplacent de haut en bas comme les flocons membraneux dans les mouvements de l'œil, et entraînent généralement avec eux une exsudation membriforme, assez transparente les premiers jours, et qui finit peu à peu par devenir opaque. Les autres s'entourent aussi de produits membraneux qui les enveloppent plus ou moins.

Dès que l'on constate la présence d'un corps étranger dans l'humeur vitrée, il est prudent, pour peu qu'il soit volumineux, et surtout si le cristallin a été blessé, de dilater la pupille, puis de procéder sans retard à l'extraction par une ponction de la sclérotique. On peut s'éclairer avec l'ophthalmoscope pendant toute la manœuvre. Si l'on hésite et que l'on tarde, on a sans doute la chance bien rare que le corps étranger s'enveloppe d'exsudats et demeure dans l'œil sans produire de désordres bien graves; mais on a aussi presque la certitude d'avoir à combattre une inflammation qui va le plus souvent jusqu'au phlegmon de l'œil ou, au moins, jusqu'à l'atrophie lente et précédée d'affreuses névralgies. Jæger fils a fait les mêmes remarques (1).

L'œil, dans tous les cas, est presque constamment perdu, ou au moins gravement compromis. Chez une femme qui avait reçu par la sclérotique un éclat de capsule fulminante, je ponctionnai l'œil en arrière du cristallin et je fis l'extraction, sans trop de difficulté, du corps étranger; mais la vue, gravement altérée au moment de l'opération, se perdit tout à fait. L'œil fut conservé et ne s'atrophia pas dans la suite. Chez un chasseur, j'eus cette année l'occasion de voir avec l'ophthalmoscope un petit grain de plomb logé depuis vingt-quatre heures en dehors et en bas dans l'œil droit; l'inflammation était vive, la pupille un peu étroite, il y avait du sang dans le corps vitré. Je n'osai pas entreprendre l'extraction, qui aurait certainement échoué à cause du peu de lumière qu'il était possible d'envoyer dans la pupille, et l'œil fut détruit rapidement par une inflammation phlegmoneuse.

Entreprendre l'extraction d'un corps étranger dans le corps vitré est chose grave pour le malade et délicate pour le médecin; laisser le corps étranger dans l'œil et attendre, c'est se livrer sans se défendre aux chances les plus fâcheuses et les plus tristes.

(1) Voy. Jæger, *Oesterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde* Januar, 1857.

Nous nous sommes occupé ailleurs de la luxation du cristallin transparent ou opaque, nous n'y reviendrons pas ici (voy. p. 10). Nous nous bornerons à rappeler seulement que l'ophthalmoscope sert merveilleusement à reconnaître le lieu qu'occupe le cristallin récliné ou abaissé dans le fond de l'œil, et que l'on trouve un puissant secours dans l'usage de cet instrument dans les cas où, par suite d'une irido-choroïdite, on est dans la nécessité de pratiquer l'extraction de ce corps (voy. *Irido-choroïdite des opérés*, p. 371).

CHAPITRE IX.

MALADIES DE LA CHOROÏDE.

L'étude des maladies de la choroïde exige absolument le secours de l'ophthalmoscope; cependant nous décrirons d'abord la choroïdite sans nous occuper des signes fournis par cet instrument, afin que les praticiens non exercés à s'en servir puissent aisément reconnaître cette importante maladie.

Mais comme une description des maladies de la choroïde sans les signes fournis par l'ophthalmoscope serait plus qu'incomplète dans l'état actuel de la science, nous aurons soin d'indiquer par des renvois et par des articles spéciaux les altérations reconnaissables avec l'instrument de Helmholtz. Ces altérations sont nombreuses et peuvent exister indépendamment de lésions de la rétine, ce qui s'explique par l'indépendance du système vasculaire de ces deux membranes.

Les maladies de la choroïde sont communes; nous étudierons les principales: la choroïdite, la scléro-choroïdite postérieure, l'irido-choroïdite, les maladies du pigmentum, les exsudations plastiques, l'apoplexie, l'atrophie, les cysticerques, etc., etc.

ARTICLE PREMIER.

CHOROÏDITE.

L'inflammation aiguë de la choroïde n'est jamais isolée, et ne

peut l'être. On aura donc à étudier dans cette importante affection l'état des autres membranes de l'œil, et en particulier celui de la rétine, de l'iris, de la sclérotique et de la conjonctive.

Il peut au premier moment paraître difficile, sans le secours de l'ophthalmoscope, de reconnaître que l'inflammation a frappé spécialement la choroïde, qui, par sa position, échappe aux regards de l'observateur; cependant, avec de l'habitude, et par l'observation attentive des phénomènes pathologiques qui se passent simultanément dans les autres membranes oculaires, on arrive au degré de certitude le plus positif, de sorte qu'on peut souvent indiquer le point le plus enflammé de cette membrane et prévoir quelquefois les désordres qui surviendront en cet endroit.

Dans la plupart des affections qui précèdent, il nous a suffi de montrer les symptômes morbides arrivés à leur plus haut degré, pour donner une idée aussi exacte que possible de la maladie que nous avons à étudier; et nous avons laissé alors au praticien le soin de compléter notre description par l'observation des degrés intermédiaires. Il n'est plus possible, en ce qui touche l'inflammation de la choroïde, d'en agir ainsi, et nous n'en voulons pour exemple que la congestion simple de cette membrane, qui peut exister pendant un temps très long, et, sans passer à l'état d'inflammation, occasionner pourtant des désordres graves et produire une amblyopie.

La choréïdite à l'état aigu est assez rare, et n'est qu'exceptionnellement primitive: je veux dire que l'inflammation ne se montre presque jamais à son plus haut degré sans avoir passé d'abord par les degrés intermédiaires, ce qui n'arrive pas le plus souvent pour les autres membranes internes; elle est ainsi la terminaison ordinaire de la choréïdite chronique, qui, elle-même, est toujours précédée de la congestion de la choroïde: c'est donc de cette dernière que nous nous occuperons d'abord.

PREMIER DEGRÉ. — *Congestion simple de la choroïde.*

La congestion simple de la choroïde ne se trahit point au dehors par les signes ordinaires de l'inflammation; qu'on ne s'attende donc pas à trouver ici la rougeur, le gonflement et les autres signes de la phlogose. Au premier aspect l'œil semble être parfaitement sain, et ce n'est que par l'étude attentive de quelques phénomènes

anatomiques et physiologiques réunis qu'on arrive au degré de certitude nécessaire.

SYMPTÔMES ANATOMIQUES. — Le tissu cellulaire sous-conjonctival présente, plus particulièrement dans la direction des muscles droits, de rares vaisseaux le plus souvent isolés et tortueux, dont les sommets, dirigés vers la circonférence de la cornée, s'inclinent les uns vers les autres, à 3 ou 4 millimètres de cette membrane, en formant de grandes anastomoses en arcades, qui deviennent plus tard très apparentes lorsque l'affection passe à un degré plus élevé: ce seul phénomène anatomique suffirait pour faire reconnaître une congestion déjà un peu ancienne et arrivée à un certain degré. D'abord peu dilatés et d'une couleur rouge assez vive, ces vaisseaux augmentent de volume et prennent une coloration rouge sombre, à mesure que la congestion s'éloigne de son début: c'est alors qu'ils s'inclinent entièrement, pour s'anastomoser en se multipliant de manière à former autour de la cornée, et à 2 à 3 millimètres de sa circonférence, un cercle d'arcades complet. Le nombre de ces vaisseaux reste pourtant toujours très limité: rarement on en voit plus de huit, et toujours, ainsi que nous l'avons dit, ils apparaissent à peu près exactement dans la direction des muscles droits de l'œil: c'est là cette vascularisation que, d'après Beer, on a nommé *abdominale*.

Si la sclérotique est solidement organisée et capable de résister à la distension produite par la congestion interne, ces vaisseaux que nous venons de décrire n'existent pas, l'œil est au contraire d'un blanc très pur; mais alors la chambre antérieure diminue ou disparaît, et comme nous le verrons bientôt en parlant de la sclérotique, il y a des symptômes de compression de la rétine et des autres membranes internes.

La cornée, parfaitement saine, est ordinairement entourée d'un anneau bleuâtre très étroit, qui empiète à peine sur la sclérotique, et n'est autre chose que l'injection du canal de Fontana; ce phénomène se voit, au reste, dans toutes les inflammations aiguës ou chroniques de l'œil. L'iris n'est aucunement malade; la pupille, qui a conservé sa forme circulaire, présente ordinairement plus de mobilité qu'à l'état normal, ce qui s'explique facilement par la surexcitation sympathique de la rétine. Il est très difficile sans l'ophthalmoscope, au début de la congestion de la choroïde, de reconnaître si la maladie existe plus particulièrement dans cette

membrane ou dans la rétine, à cause du degré d'irritation de celle-ci.

La sclérotique, surtout dans la congestion très ancienne de la choroïde, offre une série de symptômes qui varient suivant les individus. Cette fibreuse, nous l'avons déjà vu (voy. t. I^{er}, p. 71 et 408), ne présente point la même épaisseur chez tous; souvent elle est mince et peu résistante: de là des phénomènes tout à fait opposés.

Si elle est organisée assez solidement pour résister aux efforts de dilatation de la choroïde congestionnée, tous les milieux de l'œil éprouveront une compression plus ou moins énergique; le corps vitré refoulé chassera en avant le cristallin, qui s'appliquera exactement contre l'iris, et celui-ci, poussé dans la chambre antérieure, formera une voussure quelquefois assez prononcée pour remplir entièrement cette cavité. La pupille deviendra moins mobile alors, et des phénomènes physiologiques sérieux apparaîtront du côté de la rétine.

Au contraire, si la sclérotique est très mince, les fibres en seront écartées d'abord d'une manière générale, et l'ensemble de la membrane présentera une remarquable couleur bleue, dans l'étendue surtout de 5 à 6 millimètres à partir de la circonférence de la cornée. Bientôt la compression continuant, et les fibres scléroticales se distendant davantage, quelques-unes s'écartent au point que la choroïde, qui communiquait à la fibreuse la couleur bleue dont nous venons de parler, commence au-dessous de la conjonctive à faire hernie au dehors, sous la forme de petites plaques blanchâtres et peu nombreuses, mais qui plus tard se multiplient. Ces plaques sont le plus communément situées dans les intervalles des muscles droits, parce que dans ces points la sclérotique n'est pas fortifiée par les insertions musculaires; et elles se rapprochent plus ou moins de la cornée, selon qu'elles sont formées par la choroïde proprement dite, ou par le corps ciliaire (*scléro-choroïdite* de Mackenzie). A un degré plus élevé de la maladie, nous les verrons constituer des staphylômes de la sclérotique ou du corps ciliaire. Lorsque la sclérotique cède ainsi aux efforts de la choroïde, les chambres de l'œil sont conservées, la pupille demeure longtemps ronde et très mobile, et la rétine n'éprouve aucune compression.

Avec l'ophthalmoscope on complète l'étude des symptômes anatomiques: on peut trouver une *hypérémie* simple de la couche

chorio-capillaire, représentant le premier degré que nous venons de décrire, l'*atrophie* partielle ou générale et ses divers symptômes, des *amas de pigmentum*, la *macération* du *pigmentum*, des *plaques exsudatives* et presque toujours en même temps d'autres maladies appartenant à la papille du nerf optique et à la rétine (voyez ces mots).

SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES. — Quelquefois la douleur est nulle au début; le plus souvent pourtant le malade en accuse une de nature gravative, accompagnée d'une tension pénible dans le globe. L'œil alors paraît lourd, et les mouvements en sont difficiles, pénibles, au point que les malades préfèrent tourner la tête que de mouvoir les yeux de côté; quelques-uns craignent la lumière vive. Sous l'influence d'un travail, même peu prolongé, sur de petits objets, ils sentent dans l'œil des élancements assez semblables à des coups d'aiguille, qui le traverseraient de part en part. Ces douleurs surviennent quelquefois spontanément, et alors tout travail est impossible; on comprend que dans ce cas la rétine présente des symptômes d'irritation (*Myodopsie*), et quelquefois même des désordres matériels (1). C'est alors que les malades aperçoivent des mouches volantes, des points noirs, persistant ou non, etc. D'autres fois, le travail est possible, et n'occasionne qu'une gêne supportable; mais alors on doit rechercher s'il n'y aurait qu'une maladie de l'accommodation. Ces différences trouvent leur explication naturelle dans la plus ou moins grande résistance de la sclérotique dont nous avons parlé plus haut, comme aussi dans le plus ou moins d'activité de la congestion, l'irritabilité du malade, etc.

MARCHE. — TERMINAISONS. — La marche de la congestion choroïdienne est ordinairement fort lente, et souvent très insidieuse; les malades, après avoir souffert quelque temps, sont parfois des mois entiers sans ressentir la moindre gêne. La congestion de la choroïde a disparu alors; mais pour peu qu'elle ait été ancienne, elle laisse toujours comme trace de son passage quelque symptôme anatomique saisissable; ces signes seront d'autant plus apparents que les attaques se seront plus souvent répétées et auront été plus vives et plus longues. Lorsque la congestion

(1) Voy. Édouard Jæger, planches d'*ophthalmoscopie*, pour l'étude des lésions de la rétine qui accompagnent la choroïdite. Voy. aussi d'Ammon, *loc. cit.*, pl. XIX, fig. 2, 5, 6, 10, 12, 14, 15.

est le résultat de l'inflammation d'une des membranes oculaires, elle peut disparaître complètement ; mais il n'en est pas ainsi lorsque c'est par la choroïde que le mal a débuté, parce qu'alors, du moins le plus souvent, la cause principale est dans une congestion de l'encéphale même. Fréquemment donc la congestion de la choroïde se reproduit, à l'intensité près, pendant des années entières, en occasionnant des désordres visibles à l'ophtalmoscope dans le tissu propre de la membrane malade et dans celui de la rétine. La maladie produit alors une amblyopie et prend le nom de *choroïdite* (voy. deuxième degré).

ÉTILOGIE. — Les causes de la choroïdite à ce degré et aux degrés suivants sont nombreuses ; on les divise en *locales* et en *générales*. Ce sont les inflammations répétées de la conjonctive ou de toute autre membrane de l'œil, le travail sédentaire longtemps prolongé sur des objets petits et rapprochés, etc., enfin la congestion habituelle de la tête, et tout ce qui peut produire cette dernière affection, comme la suppression des règles chez la femme, par la grossesse ou toute autre cause, l'absence de leur apparition au moment de la puberté, la disparition d'hémorroïdes fluentes ou de tout autre écoulement accidentel chez les hommes, etc. Diverses constitutions semblent y prédisposer : les enfants scrofuleux, selon Mackenzie, et plus encore les sujets gouteux, suivant les ophthalmologistes allemands, paraîtraient en être plus fréquemment atteints que d'autres. Ce qu'il y a de certain pour nous, c'est que toutes les causes locales ou générales, capables d'entretenir vers l'œil une congestion active, déterminent l'apparition de la maladie qui nous occupe.

PRONOSTIC. — Il est en rapport avec les symptômes anatomophysiologiques que nous avons décrits, et conséquemment favorable ou grave selon qu'on prévoira la résolution de la congestion, ou son passage à l'état de choroïdite proprement dite.

DEUXIÈME DEGRÉ. — *Choroïdite chronique et sub-aiguë.*

SYMPTÔMES ANATOMIQUES. — Les vaisseaux que nous avons décrits dans la première forme présentent des arcades plus nombreuses, et sont d'une couleur plus sombre ; quelques auteurs leur donnent alors le nom de *varices* de la choroïde. Assez souvent on voit à leur sommet une des taches bleuâtres dont nous avons

parlé : elles se multiplient sur la sclérotique, mais ne s'élèvent que rarement au dessus de son niveau. Nous avons dit pour quel motif l'apparition de ces taches manque dans beaucoup de cas particuliers, et pourquoi la rétine offre des signes de compression dans la seconde forme.

La conjonctive, à ce degré de la choroïdite, ne présente pas rarement des signes de congestion. Elle est d'un rouge pâle qui augmente sous l'influence d'une lumière vive regardée un instant : l'œil est alors brillant, humide sans qu'il s'en échappe des larmes ; le pourtour de la cornée s'injecte légèrement ; puis, après quelques secondes, tout cela disparaît à peu près complètement. Le malade se plaint de gêne, de roideur dans l'œil, et le médecin, trop souvent dans l'erreur, prescrit une foule de moyens locaux parfaitement inutiles, souvent même dangereux. Je ne saurais trop appeler l'attention des praticiens sur les caractères de cette *conjonctivite symptomatique de choroïdite*.

La cornée demeure presque toujours saine, quoique le cercle bleuâtre qui l'environne devienne plus marqué ; mais à la longue elle présente assez souvent dans sa diaphanéité une altération qui semble provenir de légères suffusions albumineuses, formées sous la conjonctive kératique, et qu'il est parfois difficile de voir autrement qu'avec la loupe ou l'éclairage oblique. La convexité de la cornée est un peu augmentée : on dirait que cette membrane a subi un travail inflammatoire, qu'elle s'est ramollie, et que les humeurs comprimées dans le globe la distendent en la poussant en avant. Jamais pourtant cette voussure ne va jusqu'à la conicité proprement dite.

La choroïdite occasionne très exceptionnellement une *kératite vasculaire* que je n'ai rencontrée que bien rarement, j'en ai déjà parlé, pag. 257-258, vol. I^{er} de cet ouvrage. L'œil est longtemps sillonné de vaisseaux énormément distendus et qui siègent dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. Ils sont si nombreux quelquefois en cet endroit, comme je l'ai observé entre autres chez le frère du professeur Landouzy, de Reims, connu en ophthalmologie par ses belles recherches sur l'amaurose albuminurique, que le blanc de l'œil est strié de rouge d'une façon presque choquante. Mais, chez d'autres personnes, la cornée ne demeure pas toujours claire : elle se couvre de ces vaisseaux, puis d'épanchements qui amoindrissent ou compromettent la vue et empêchent, en tout cas, d'observer avec l'ophtalmoscope le fond de l'œil, dans lequel j'ai