

trouvé alors des amas de pigmentum, des taches blanches et des exsudations choroidiennes.

L'iris est sain pendant longtemps ; mais il finit par prendre une teinte sale, terne, plus marquée ordinairement vers son grand cercle, dans lequel on remarque parfois quelques petites taches vineuses, isolées et circonscrites. La pupille se déforme à la longue, perd sa mobilité, et devient plus large que de coutume ; quelquefois elle forme un angle rentrant qui correspond à un staphylôme plus ou moins éloigné, siégeant dans la sclérotique ; le plus souvent cependant cet angle existe sans qu'il y ait de staphylôme. Le fond de l'œil, lorsque cette affection date de loin et qu'elle a pris ce degré de gravité, n'est pas noir comme à l'état normal ; il offre une légère teinte sale, quelquefois grise, mais le plus souvent verdâtre ou rougeâtre, surtout lorsque le malade est âgé. A ces symptômes anatomiques, nous ajouterons la dureté du globe, qui produit souvent la sensation d'une bille de marbre quand on le touche à travers la paupière. Il y a alors des désordres dans le corps vitré, la rétine et la choroïde, visibles avec l'ophthalmoscope.

Tel est l'aspect que la choroïdite présente à l'état chronique. Malheureusement ce calme de l'œil ne persiste pas toujours, et, sous l'influence d'une cause quelconque, le plus souvent inconnue, un mouvement inflammatoire se fait remarquer dans l'organe malade. La sclérotique s'injecte vivement, surtout à la circonférence de la cornée ; l'ensemble du globe devient rouge, les paupières sont légèrement tuméfiées ; l'œil, douloureux au toucher, est photophobique, larmoyant. Un nuage léger semble voiler la cornée ; l'humeur aqueuse paraît trouble, ainsi que la pupille devenue tout à fait immobile, et cet état de choses peut durer pendant un temps souvent très long, après lequel la maladie revient le plus souvent à l'état chronique, ou passe à l'état aigu.

L'ophthalmoscope complète, pour ce degré comme pour le précédent, l'étude des symptômes.

SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES. — Il n'est pas rare de constater que la douleur gravative dont se plaignait le malade atteint de simple congestion, a disparu. Les mouvements du globe s'exécutent sans occasionner aucune gêne. Dans d'autres cas plus nombreux, la sensation de tension a fait place à des douleurs intermittentes très aiguës, dont le point de départ est dans l'œil, et qui s'irradient vers la tête, la tempe et tout le côté correspondant de

la face. Le retour de ces douleurs est surtout fréquent pendant la nuit, et ne s'accompagne pas toujours de l'injection du globe. La vision, qui présente des différences individuelles remarquables, subit parfois de nombreuses oscillations sur le même individu : tantôt elle n'a pas cessé d'être parfaite au milieu de désordres anatomiques très graves, tantôt elle a offert promptement des altérations sérieuses. Tel malade verra aujourd'hui suffisamment pour lire, qui demain pourra se conduire à grand-peine, et cependant la vision reparaitra à peu près aussi bonne, un ou deux jours et même quelques heures après ; tel autre perdra la vue tout à coup, ou éprouvera un abaissement très marqué dans la vision, sans que rien puisse ramener celle-ci à son état primitif. Quelques malades voient des points noirs, des mouches, des éclairs, etc., comme cela arrive lorsque la rétine participe à la maladie. Lorsque l'affection passe à l'état subaigu, le malade accuse les symptômes ordinaires de l'ophtalmie interne : douleurs s'étendant du fond de l'œil au sourcil, photophobie, larmoiement, sensation de gravier sous les paupières, etc.

L'étude ophthalmoscopique est indispensable pour trouver la valeur de ces symptômes.

MARCHE. — TERMINAISONS. — La marche de la choroïdite est extrêmement lente et insidieuse, au deuxième degré comme au premier ; la maladie peut exister pendant des années, et demeurer dans le même état. Mais lorsque tout à coup, sous l'influence d'une cause quelconque, une exacerbation a lieu, l'affection passe à l'état subaigu, et des désordres très graves surviennent en peu de temps, si un traitement convenable n'arrête pas le mal dans sa marche. Il en est de même, à plus forte raison, lorsque la choroïdite passe à l'état aigu que nous allons décrire : alors la perte complète de l'œil est imminente. Parmi les terminaisons les plus ordinaires de la choroïdite chronique, on doit noter l'amaurose, le synchisis, le glaucôme, la cirsophtalmie, etc.

TROISIÈME DEGRÉ. — *Choroïdite aiguë.*

Ce degré de la choroïdite n'est jamais primitif, à moins qu'il ne soit le résultat d'une blessure ; il suit, comme nous venons de le dire, la choroïdite chronique ou subaiguë, et frappe le plus souvent les vieillards. Le malade, dont l'œil offre depuis longtemps les symptômes indiqués au deuxième degré, est tout à coup pris

d'une inflammation assez forte accompagnée d'une photophobie très aiguë, qui, en général, dure peu de temps. La sclérotique s'injecte vivement au pourtour de la cornée; cette dernière, la conjonctive, l'iris et toutes les membranes internes participent à l'inflammation. Le volume de l'œil augmente, les paupières se gonflent, et cela indépendamment des staphylômes qui peuvent exister depuis longtemps. Des douleurs atroces tourmentent sans relâche le malade, souvent pendant vingt-quatre heures de suite et davantage; fréquemment accompagnées de vomissements, elles sont quelquefois lancinantes, et plus souvent pulsatives. De temps en temps elles disparaissent pendant le jour, pour revenir plus intenses la nuit. Parfois l'inflammation portant plus particulièrement sur le centre de la cornée, y détermine une perforation qui ne tarde pas à être suivie d'une procidence de l'iris, à la suite de laquelle il peut survenir une hémorrhagie considérable: tel a été le cas de la mère de M. le docteur Bordes, qui a été soignée par M. Velpeau et moi.

D'autres fois, la maladie suit une autre marche, et l'inflammation, s'étant développée avec une égale intensité sur toutes les membranes oculaires, se trouve portée à un tel degré, que le globe est frappé d'ophthalmite, et que l'atrophie en est la dernière conséquence. Chez certains sujets, un des staphylômes prend un volume si considérable, qu'on pourrait d'abord croire à une dégénérescence mélanique, si l'on n'était renseigné convenablement par tous les autres symptômes; quelquefois la tumeur est placée au côté externe de l'organe, et plus ou moins profondément dans l'orbite, de sorte que le globe perd ses mouvements: c'est la variété de staphylôme qui a reçu de Scarpa le nom de *staphylôme postérieur de la sclérotique* (voy. *Scléro-choroïdite postérieure*, p. 428). Lorsque des tumeurs nombreuses s'élèvent de toutes parts sur le globe, et qu'il présente un état variqueux bien prononcé, la maladie, comme nous l'avons dit déjà, a reçu de quelques auteurs le nom de *circsophthalmie*. Le globe, couvert alors de tumeurs d'un noir bleuâtre, et sillonné de gros vaisseaux rouges, prend un aspect tout particulier et véritablement repoussant. Lorsque l'inflammation qui a amené ces désordres est tombée, les tumeurs peuvent persister sans occasionner, pendant un temps très long, de gêne véritable. J'ai opéré des individus qui en portaient de semblables depuis plusieurs années. Au reste, la terminaison de la circsophthalmie est toujours fatale pour l'œil,

et cela s'explique suffisamment par le frottement répété des paupières sur les tumeurs, et par l'inflammation qu'il y détermine. La choroïdite reparait à l'état aigu, et de toutes parts surviennent des ulcérations qui pourraient faire disparaître l'œil par suppuration, si l'on n'en débarrassait promptement le malade.

Choroïdite traumatique. Elle présente en général les mêmes caractères que ceux du troisième degré, avec cette différence que les symptômes suivent rapidement la blessure et qu'ils s'élèvent en peu de temps jusqu'au degré le plus aigu. L'on ne peut faire erreur sur la nature de la maladie dès qu'après une blessure, surtout par piqûre, comme on en a trop d'exemples après les opérations de cataracte, on voit des symptômes d'inflammation intense de l'ensemble du globe s'accompagner de névralgies intolérables et incoercibles de la cinquième paire. Chez une femme qui a été longtemps observée à ma clinique, un coup sur l'œil avait développé une choroïdite accompagnée de douleurs qu'un traitement énergique parvint à faire disparaître. Pendant le cours de la maladie, on put voir avec l'ophthalmoscope la *pulsation spontanée* de la veine centrale; ce phénomène devenait plus marqué, lors des recrudescences du mal, et il s'affaiblissait avec l'inflammation. L'œil reprit peu à peu l'état normal, et la pulsation spontanée disparut.

SIGNES OPHTHALMOSCOPIQUES. — Ces symptômes sont très faciles à reconnaître pour la plupart; cependant quelques-uns exigent une grande habitude de l'instrument pour être perçus avec certitude. On distingue, avec l'ophthalmoscope, l'*hyperémie* de la choroïde ou mieux de la couche chorio-capillaire, la *macération du pigmentum* et ses conséquences, les amas de pigmentum disséminés à la surface de la choroïde et les taches blanches, suite d'*atrophie*, enfin les *plaques exsudatives*. Tous ces symptômes sont compliqués le plus souvent d'altérations ou au moins de signes morbides, soit dans la papille du nerf optique, soit dans la rétine.

L'*hyperémie* de la choroïde se distingue par une rougeur plus grande au-dessous de la rétine et qui, dans la plupart des cas, donne une couleur écarlate au fond de l'œil. La couche chorio-capillaire est injectée plus ou moins suivant l'intensité de la congestion. Les arborisations pigmentaires ont disparu ou sont moins visibles, et l'on a souvent l'autre œil comme point de comparaison. Mais, dans cette recherche relative aux quantités de pigmentum visibles, on ne doit pas perdre de vue les différences naturelles qui existent à l'état nor-

mal. Chez tel individu blond, par exemple, l'hypérémie masquera à peu près en totalité la couche pigmentaire, tandis que, chez un sujet brun ou noir de cheveux, elle ne la voilera qu'en partie.

L'injection est donc plus ou moins apparente sans qu'elle soit plus forte, et c'est là une appréciation assez difficile. Mais si l'on tient compte de l'état de la rétine et de la papille, car l'hypérémie de la choroïde n'est jamais isolée de la somme d'injection que présentent ces parties du fond de l'œil, on arrivera rapidement à poser un pronostic.

L'hypérémie de la choroïde est idiopathique ou symptomatique. On en constate la présence dans toutes les maladies du fond de l'œil; elle est d'autant plus grave, qu'elle aura duré plus longtemps. Les amas de pigmentum dans le fond de l'œil, entre la choroïde et la rétine, la décoloration progressive, par places, de quelques parties limitées qui prennent une teinte jaune orangée au fond desquelles on constate la présence d'un certain nombre de vaisseaux jaunâtres, sont la conséquence de la choroidite chronique. L'hypérémie simple est facilement étudiée dans quelques ophthalmies granuleuses. Outre l'injection de la choroïde, on voit dans ces cas celle de la papille et de la rétine.

L'hypérémie simple de la choroïde correspond au premier degré des symptômes anatomiques exposés plus haut; on l'observe à l'état aigu, le plus souvent à l'état chronique.

La macération du pigmentum, qui n'est autre chose qu'un commencement d'atrophie, est le résultat de l'hypérémie de la choroïde quand elle a duré longtemps. Elle est le principal symptôme de la choroidite chronique. Au début, elle se caractérise par l'apparition, dans le voisinage du nerf optique, d'une teinte jaune orangée, au lieu de la teinte rosée normale. Cette teinte jaune s'étend plus ou moins loin; quelquefois elle est réduite à une place limitée qui occupe assez souvent, pour le malheur du malade, la région de la *macula lutea*. Dans cet endroit, le pigmentum choroïdal a disparu ou notablement diminué, ce qui permet de voir quelques-uns ou un très grand nombre des vaisseaux choroïdaux jaune-orange, caractérisés par leur forme arrangée en lacis assez régulier.

La teinte jaune orangée se généralise rarement; dans la plus grande partie de mes observations, elle occupait toujours le voisinage du nerf optique; cependant lorsque des désordres graves existent déjà depuis longtemps près de cet organe, elle s'étend peu à peu, toujours par places, jusque vers les parties excentriques.

J'en conclus que la congestion choroïdienne a pour premier effet de produire, sur quelques points de la choroïde d'abord plus malades, de premiers désordres atrophiques qui se caractérisent par la teinte jaune orangée, et que cette teinte est le premier signe de la macération du pigmentum, qui elle-même n'est que l'un des caractères de l'atrophie de la choroïde.

Lorsque le mal continue, la teinte jaune pâlit, les vaisseaux choroïdaux deviennent pendant un temps plus visibles encore, puis peu à peu ils s'effacent pour faire place d'abord à une surface blanchâtre dans laquelle les artères de la rétine, qui n'ont pas cessé d'être visibles, semblent devenir plus sinueuses et plus profondément placées que les veines, et plus tard, à des plaques entièrement blanches que tous les ophthalmologistes ont d'abord prises pour des exsudations, mais que l'on a plus tard reconnues produites par la décoloration complète de la choroïde consécutive à la résorption de son pigmentum. Ces plaques blanches affectent assez souvent la forme ronde ou à peu près, tandis que les exsudations sont généralement allongées, en forme de bandes, et d'une teinte blanc bleuâtre très facile à distinguer.

Mais en même temps ou plus tard, le pigmentum qui a disparu complètement à certaines places, s'accumule sur d'autres points, de manière à y former de larges et épaisses taches grises ou complètement noires dont les bords sont toujours mal dessinés, comme frangés ou déchiquetés. Ces plaques, quelquefois de la grandeur de la papille ou environ, ne présentent dans certains cas que quelques points noirs, toujours parfaitement et facilement reconnaissables. On n'en voit qu'une très limitée dans un œil atteint d'un commencement de choroidite; dans d'autres on en voit un nombre si considérable que le fond de l'œil en est complètement moucheté comme la peau du tigre. Un œil dans cet état peut encore voir assez bien, si la région de la *macula* a été épargnée; il sera, au contraire, plus ou moins aveugle avec des désordres souvent légers en apparence dans cette région. On doit donc s'attacher surtout à reconnaître la somme d'altérations qui existent en cet endroit.

La macération du pigmentum s'accompagne encore d'extravasations de sang plus ou moins étendues, et dont la présence dure ordinairement très longtemps quand elles se manifestent. On voit alors des plaques d'un rouge vif entre les taches de pigmentum.

Les amas de pigmentum recouvrent les vaisseaux de la cho-

roïde et sont placés certainement entre cette membrane et la rétine, car on voit très distinctement dans beaucoup de cas les vaisseaux de cette dernière membrane passer par-dessus les taches noires. Ils sont quelquefois si nombreux, que le fond de l'œil est moucheté entièrement de plaques noires de toutes les formes possibles (*choroïde tigrée*).

Les malades atteints de macération offrent des exemples d'altérations diverses de la vision : les uns ont une suppression centrale de la vision ou simplement un affaiblissement plus ou moins considérable, d'autres sont aveugles ou à peu près. Tout dépend de l'état de la choroïde et de la rétine dans la région de la *macula lutea*, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Les *exsudations plastiques* ne sont pas rares dans la choroïdite chronique ; on en voit de fréquents exemples, en même temps que l'on constate la présence des amas de pigmentum dont nous venons de parler. On les observe aussi après les désordres un peu graves survenus dans le fond de l'œil, comme après les apoplexies sous-rétiniennes, les décollements par épanchements séreux, pendant le cours d'une scléro-choroïdite, etc. On les reconnaît à leur forme généralement allongée et représentant une bandelette ou une plaque d'un blanc bleuâtre très facile à distinguer des plaques blanches plus ou moins rondes qui indiquent une atrophie avec résorption complète du pigmentum, et oblitération des vaisseaux formant la troisième couche de la membrane.

Les deux figures suivantes que j'ai dessinées donneront un exemple des diverses lésions que nous venons de décrire. On verra sur les deux yeux de la même jeune fille, qui fait le sujet de l'observation, l'hypérémie de la papille et de la rétine, la macération du pigmentum, des amas pigmenteux, des exsudations plastiques très nombreuses et très étendues, les unes anciennes déjà, les autres plus récentes.

Observation. — Mademoiselle Augustine G..., âgée de vingt ans, de Montmorency, rue Saint-Jacques. Bonne santé, réglée à quinze ans, sans aucune interruption ; ses règles, il y a quelques années, duraient huit, dix jours ; depuis deux ans, cinq seulement. Elle a quelquefois des pertes blanches peu abondantes et qui durent peu de temps. Bonne digestion, sommeil régulier. Vie assez active ; aucun travail des yeux capable de les fatiguer. Apparence de la santé la plus florissante. Son père a souffert de quelques ophthalmies de longue durée et qui ont laissé des taches

sur les cornées. Il est mort à cinquante-quatre ans d'une maladie du foie. Sa mère et sa sœur ont de bons yeux, personne n'a été aveugle dans sa famille.

Elle ne tousse pas ; la poitrine est bonne ; le cœur n'a rien d'anormal, seulement les battements sont vigoureux et s'entendent fort loin dans la poitrine. Quand la malade monte vite un escalier, elle se sent essoufflée, surtout depuis quelques mois. Il n'y a pas de bruit de souffle dans les gros vaisseaux ; les muqueuses sont convenablement colorées.

Il y a environ huit mois, sans aucun symptôme précurseur autre qu'un peu de gêne dans les yeux, sans souffrance, sans rougeur ni sécrétion, la vue devint si faible en quatre jours, qu'une personne ne pouvait plus être reconnue à 2 mètres, et que tous les objets plus éloignés étaient dans un brouillard épais. L'œil droit s'améliora peu à peu en sept à huit semaines jusqu'au point de permettre de reconnaître une personne à 5 mètres environ ; les objets éloignés étaient à cette époque plutôt sentis que perçus nettement. L'œil gauche, au contraire, demeura très faible et se dévia légèrement en dehors. A l'examen au jour, les yeux n'offrent aucune altération appréciable.

A, papille presque invisible, l'origine des vaisseaux est cachée.

B, B, B, rétine très rouge et soulevée par une exsudation récente, à en juger par la courbure des vaisseaux qui semblent glisser sur une partie saillante environnant toute la papille.

C, C, C, parties de la rétine très injectées et limitant en haut la portion de cette membrane qui est saillante et soulevée par un exsudat blanchâtre.

D, D, D, D, vaisseaux rétiens.

E, E, E, E, E, fausses membranes tachées de pigmentum et reconnaissables à une teinte blanc bleuâtre très prononcée.

F, F, F, plaques blanches indiquant l'absence du pigmentum par atrophie.

G, G, G, amas noirs de pigmentum.

H, H, H, parties saines.

Fig. 55.



OEil gauche.

La malade vint me consulter pour la première fois le 4 no-