

qui craignent la paracentèse, surtout pendant la période aiguë. Il est hors de doute que si l'on égratigne timidement la surface d'un staphylôme, on n'obtiendra que quelques gouttes de liquide, et partant qu'il y aura plus d'irritation ; mais si l'on ouvre les bosselures, de manière à affaisser légèrement le globe par la sortie d'une portion de l'humeur aqueuse, et qu'au besoin on répète plusieurs fois la ponction dans la même journée, le gonflement inflammatoire devra nécessairement tomber, et les douleurs disparaître en même temps que les symptômes généraux. Dans une circonstance aussi grave, on ne doit pas se laisser effrayer par l'action traumatique de la ponction : d'ordinaire elle est nulle, je dirai même qu'elle est presque impossible, puisque en définitive la plaie qu'on a faite empêche le gonflement de survenir, en laissant suinter pendant quelque temps une certaine quantité de liquides.

Si l'on craint l'emploi de ce moyen, on pourra, dans la forme névralgique aiguë, essayer d'abord le valérianate d'ammoniaque de Pierlot à la dose d'une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau sucrée, trois ou quatre fois par jour. J'ai retiré d'excellents effets de ce médicament.

ARTICLE II.

BLESSURES DE LA CHOROÏDE.

Les plaies de la choroïde sont de trois sortes : les *piqûres*, les *coupures* et les *déchirures*. La sclérotique est toujours intéressée dans ces lésions ; mais n'ayant pas, faute d'espace, traité, dans un chapitre spécial, les blessures de cette membrane, nous n'y pouvons renvoyer pour compléter ce que nous allons dire ici.

Les *piqûres* sont en général peu graves, à moins qu'elles n'aient atteint les vaisseaux principaux de la membrane, ou quelque filet nerveux important ; alors il peut en résulter ou une hémorragie intra-oculaire, ou un mydriasis traumatique. J'ai observé cette dernière affection sur un enfant, qui s'était blessé au côté externe de l'œil avec la pointe d'un couteau.

La piquûre de la choroïde ne se cicatrise pas toujours immédiatement ; l'humeur vitrée s'échappe avec une extrême lenteur, l'œil devient un peu mou, et quelquefois on remarque un tremble-

ment de l'iris et un abaissement notable dans la vision. Ces complications s'observent plus particulièrement quand la piquûre siège près de la cornée. J'ai traité un petit garçon, qui a porté quatorze mois une fistule semblable (voy. *Fistules de la cornée*, vol. II, p. 323).

La piquûre de la choroïde devient quelquefois la cause d'accidents capables de compromettre l'œil en provoquant une choroïdite aiguë. C'est un fait trop connu que l'opération de la cataracte à l'aiguille met souvent en évidence. On peut étudier aisément la choroïdite traumatique en piquant les yeux d'un lapin, et alors juger des désordres que cette maladie peut produire (voy. *Choroïdite traumatique*, p. 415).

Les *coupures* ne sont pas toujours très graves, surtout lorsqu'elles n'intéressent pas les nerfs et les vaisseaux. Celles dont la direction est dans le sens antéro-postérieur, le sont en général beaucoup moins que celles en sens opposé. Lorsque dans une coupure le corps vitré s'est échappé, et que la coque oculaire s'est affaissée en se remplissant de sang, le cas est très dangereux, et l'atrophie de l'œil, le plus souvent à la suite d'une violente inflammation traumatique, en est assez ordinairement la conséquence ; presque toujours aussi alors la capsule du cristallin a été blessée, ce qui produit une cataracte. Si au contraire une petite partie seulement du corps vitré est sortie, il y a lieu d'espérer que l'œil conservera sa forme, et que peut-être même la vision pourra s'accomplir aussi bien qu'à l'état normal.

Les *déchirures* de la choroïde sont un accident plus grave que les coupures, surtout quand elles sont très étendues, comme dans les plaies contuses très larges. Le plus souvent alors le cristallin s'échappe avec le corps vitré ; parfois il demeure entre les lèvres de la plaie, d'autres fois il se glisse entre la sclérotique et la conjonctive, ou bien il tombe à terre au moment même où le coup a été porté. Les déchirures sont le plus souvent la suite de contusions violentes.

Le *traitement* des blessures de la choroïde est le même que celui de la sclérotique et de la cornée. Les piquûres n'exigent d'autres soins que des applications d'eau froide, et un traitement antiphlogistique proportionné à la gravité de la lésion. On doit se garder, pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent l'accident, de porter un pronostic trop favorable, parce que, si la capsule a été lésée, il peut survenir une cataracte et tous les

désordres qui se montrent quelquefois après l'abaissement de la lentille, et qu'en outre on a toujours à craindre une choréïdite aiguë.

Les coupures et les déchirures exigent une précaution de plus : les lèvres de la plaie seront affrontées avec la plus grande exactitude possible, et l'œil devra être tenu fermé au moyen de bandelettes de taffetas d'Angleterre, comme après l'extraction de la cataracte.

ARTICLE III.

IRIDO-CHOROÏDITE.

Cette affection, portant sur la totalité de la membrane uvée, a été décrite sous le double titre d'iritis et de choréïdite ; cependant l'inflammation simultanée a un tel cachet symptomatologique et des résultats si particuliers à elle-même, qu'une description en est absolument indispensable.

Le mal débute le plus ordinairement par l'iris, et jusque-là rien d'exceptionnel n'attire l'attention du praticien ; mais bientôt, et quoique l'inflammation du diaphragme ne soit pas toujours très élevée, au contraire, il s'y joint des névralgies considérables siégeant dans toute l'étendue de la cinquième paire et tourmentant nuit et jour le malade. On a beau agir contre l'inflammation par les antiphlogistiques et contre les douleurs par les opiacés et les antipériodiques, on n'obtient qu'un repos très court et le mal revient avec son intensité première.

Cette forme de la maladie s'applique le mieux aux opérés de cataracte.

Dans d'autres cas, une iritis ayant existé et s'étant terminée par quelques adhérences à la capsule, la circulation de l'œil est gênée par ces exsudations, et l'organe, devenu sensible à la moindre variation dans la température et surtout aux variations hygrométriques de l'atmosphère, est pris de récidives très fréquentes ; les douleurs sont généralement peu vives, cependant il n'est pas rare de les voir s'élever aussi haut et durer aussi longtemps que chez les opérés de cataracte. A chaque attaque une exsudation nouvelle se dépose dans la pupille et peu à peu, cette ouverture finit par s'oblitérer plus ou moins complètement.

Les désordres s'accompagnent presque toujours de décoloration

de l'iris ; le tissu de cette membrane est devenu d'une teinte grise ou sale ; ses fibres convergentes, fixées à leurs deux extrémités, sont tendues ; le petit cercle est saillant, le grand couvert de taches, et dans cet état l'iris ressemble d'une manière frappante à la moitié d'un melon cantaloup dont la queue brisée serait représentée par la pupille.

Cette décoloration profonde de l'iris ne peut jamais exister sans désordres considérables du côté de la choréïde, et, avant que la pupille soit entièrement fermée, ou après que l'on a ouvert une pupille artificielle, on peut constater une macération très étendue du pigmentum et tous les autres caractères de la choréïdite chronique.

L'affection, si l'on voit le malade après que les signes de l'inflammation ont disparu, ne doit pas être confondue avec les fausses membranes pupillaires, suites d'iritis simple. Dans ces cas l'iris a conservé ses couleurs brillantes, il n'y a ni plaques grises, ni saillie de son petit cercle, et la maladie n'a eu qu'une durée ordinaire. Dans l'irido-choréïdite, au contraire, tous ces caractères existent, et le mal, se reproduisant avec une désespérante ténacité, s'est très souvent accompagné de ces névralgies dont nous avons parlé.

Que l'irido-choréïdite ait été ou non spontanée ou consécutive à une opération de cataracte, le traitement en dehors des moyens généraux applicables aux causes est le même : il faut se hâter d'exciser une partie de l'iris, c'est-à-dire pratiquer une pupille artificielle pour arrêter les récidives et avec elles la destruction de l'œil par atrophie lente (voy. *Opération de l'irido-choréïdite*, p. 371).

On choisit, pour exécuter cette opération, un moment de calme, comme on en voit souvent dans la marche de la maladie ; mais on doit, si le mal ne cède à aucun moyen, attaquer hardiment l'œil et exciser l'iris au plus fort des douleurs et de l'inflammation, comme on le ferait pour l'extraction d'un corps étranger ou d'un cristallin gonflé après une blessure. De cette manière, on éteint les douleurs immédiatement et l'on est assez heureux quelquefois pour rétablir ainsi la vision. Si l'opération échoue et que l'œil s'atrophie rapidement ou se prenne de phlegmon, on a encore rendu au malade un service véritable en abrégeant ses souffrances, puisque, avec le temps, l'organe se serait infailliblement perdu.

Cette excision de l'iris, même pendant l'inflammation, doit sur-

tout être pratiquée sans hésitation si l'œil qui reste au malade commence à souffrir sympathiquement. Bien souvent, dans un but semblable, j'ai dû enlever ou détruire un œil qui s'enflammait perpétuellement et qui était atteint d'amaurose par suite d'irido-choroïdite, et j'ai vu, tout aussitôt après, le calme reparaître dans l'œil opposé en même temps que le retour de la vision normale.

L'irido-choroïdite me paraît reconnaître pour cause directe la plus fréquente l'adhérence partielle qui se forme entre l'iris et la capsule dans une iritis, même légère; aussi doit-on établir comme règle générale en thérapeutique oculaire, quand il existe une inflammation interne ou même une inflammation externe un peu aiguë, de se hâter d'obtenir la dilatation de la pupille par le sulfate neutre d'atropine, et de la maintenir en cet état quelque temps encore après que tout signe extérieur d'inflammation a disparu.

ARTICLE IV.

STAPHYLOME POSTÉRIEUR. — SCLÉRO-CHOROÏDITE POSTÉRIÈRE.

DÉFINITION. — On désigne sous ces deux noms une maladie excessivement commune, surtout chez les personnes atteintes de myopie.

Dans cette affection, la sclérotique et la choroïde s'amincissent et forment en arrière, au côté externe du nerf optique, un relief conique qui se dessine en creux dans l'œil.

Ce relief, allongeant le diamètre antéro-postérieur de l'organe, a pour premier effet d'augmenter la myopie si elle existe, ou de la provoquer si elle n'existe pas. En outre, il chasse un peu l'œil en avant et en dedans, l'empêche de se diriger facilement en dehors et rend plus saillant le côté externe de la sclérotique près de la commissure des paupières.

Le staphylôme postérieur existe à divers degrés; il s'accompagne assez souvent d'accidents graves pour la vision, plus souvent encore il demeure stationnaire après avoir seulement diminué la longueur du foyer. Si un myope vient consulter pour ses yeux, et que tout d'abord on constate qu'ils sont très convergents, que la sclérotique devenue bleuâtre forme une bosse près de la commissure quand le patient regarde en dedans, et qu'il porte

habituellement des verres concaves d'un numéro un peu fort, on a déjà de sérieuses présomptions pour l'existence de la scléro-choroïdite postérieure. Mais si à ces signes on ajoute que la vue s'est raccourcie, qu'il y a des mouches volantes, que la lumière est mal supportée, etc., etc., on est arrivé à une certitude presque complète; avec l'ophthalmoscope, on ne peut plus conserver le doute un seul instant, car c'est l'une des maladies qui se reconnaissent le plus sûrement avec cet instrument.

CARACTÈRES OPHTHALMOSCOPIQUES. — Le mal siège près de la papille du nerf optique, c'est donc vers ce point que l'on doit d'abord diriger toute son attention. Là, suivant le degré de la maladie, on aperçoit une tache blanche semi-lunaire, immédiatement appuyée sur le nerf, ou l'entourant complètement. C'est toujours au côté externe qu'elle se montre d'abord, puis elle s'étend peu à peu.

Dans le premier degré du mal, le côté externe du nerf optique est en rapport immédiat avec une tache blanche de forme semi-lunaire, paraissant saillante, bien que les autopsies démontrent qu'elle est creuse. Les cornes de la demi-lune se séparent à peu près au niveau d'une ligne verticale qui partagerait le nerf optique en deux moitiés; la partie la plus large correspond au diamètre transversal du nerf. Cette tache blanche est brillante; sa limite externe est souvent déchiquetée, mal dessinée, et généralement

N, nerf optique.

D, tache blanche semi-lunaire placée au côté du nerf, et constituant le premier degré de la scléro-choroïdite postérieure.

A, A, artères.

V, V, veines.

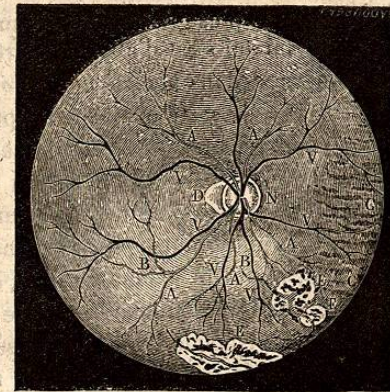
B, B, endroits de la choroïde plus blancs, et dans lesquels le pigmentum est en moindre quantité qu'ailleurs.

E, E, E, deux plaques blanches sur lesquelles on voit des taches noires, formées par des amas de pigmentum.

C, C, parties saines du fond de l'œil.

(Ce dessin est de M. le docteur Baldwin Lyman, des États-Unis. — Il a été pris sur l'œil droit de madame Manfrina, opérée de cataracte dont l'histoire est plus haut, p. 391.)

Fig. 58.

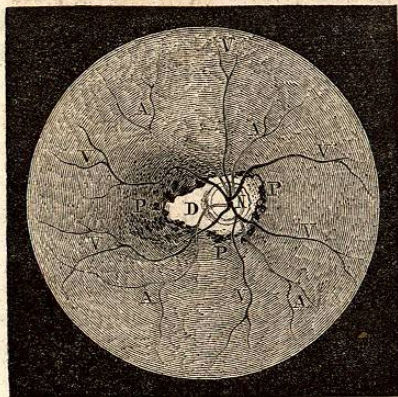


accusée par une traînée noire ou grise, formée de grains plus ou

moins serrés les uns contre les autres et dus à une accumulation de pigmentum (fig. 58).

Lorsque la maladie prend un plus grand développement (*deuxième degré*), la tache s'étend en dehors et un peu en bas, et forme un triangle tronqué à son sommet ou mieux une sorte de cône dont la pointe est très arrondie. Plus tard, lorsque le staphylôme postérieur est très développé, la pointe arrondie s'éloigne de plus en plus du nerf optique, tandis que les deux cornes finissent par se rejoindre au côté interne du nerf qui, dès ce moment, se trouve entièrement enveloppé dans la tache blanche, étroite encore en dedans, mais très large et très allongée en dehors et en bas (voy. fig. 59).

Fig. 59.



N, nerf optique.

D, tache blanche de la figure précédente très agrandie; elle entoure déjà la papille tout entière et forme le deuxième degré de la maladie.

P, P, Quelques amas de pigmentum choroidien.

A, A, artères.

V, V, veines.

Dans des cas plus graves encore, un second cône, toujours plus petit que celui qui s'est d'abord montré en dehors, commence à se distinguer en dedans (*troisième degré*), parallèlement au premier ou à peu près, de sorte que le nerf optique est enveloppé par une énorme plaque blanche, très brillante, au milieu de laquelle il a une teinte un peu rosée. Peu à peu les côtés du double cône, considérés en général, se dessinent moins nettement, et l'on ne distingue plus guère autre chose qu'une tache blanche déchiquetée à ses bords, occupant le fond de l'œil, et dans laquelle, en dedans de son centre, on distingue la papille du nerf optique (fig. 60).

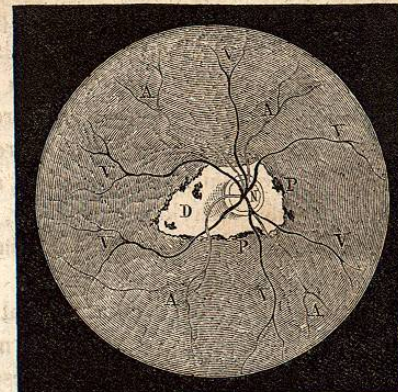
Cette forme conique de la tache, suivant Ed. Jæger (1), qui a publié sur cette maladie un travail remarquable, paraît due à la disposition anatomique des vaisseaux ciliaires qui traversent la

(1) Ed. Jæger, *Beiträge zur Pathol. des Auges*. Vienne, 1855.

sclérotique en dehors et en dedans de la papille pour entourer le nerf optique.

Les vaisseaux qui s'échappent de la papille n'éprouvent sur le vivant aucune déviation dans leur cours; ils passent sur la tache

Fig. 60.



N, nerf optique.

D, tache blanche plus agrandie encore; au côté interne, elle commence aussi à s'allonger sous forme conique (*troisième degré*).

P, P, quelques amas de pigmentum; on en voit un sur la tache blanche près de D.

A, A, artères.

V, V, veines.

blanche pour gagner les parties colorées physiologiquement sans paraître ni s'enfoncer ni faire aucune saillie apparente. Leur présence indique celle de la rétine sur la plaque blanche.

ALTÉRATIONS CADAVÉRIQUES. — D'assez nombreuses autopsies d'yeux atteints de staphylôme postérieur ont été faites: Scarpa le premier, avant la découverte de l'ophthalmoscope, en a rapporté deux cas (1) avec tous les détails que la science comportait à cette époque; à MM. Arlt, de Græfe, Heimann, Edouard Jæger, appartiennent les faits récents. Voici, en les résumant, les altérations que l'on a trouvées:

L'humeur vitrée est quelquefois ramollie; souvent elle contient de nombreuses opacités fines, mobiles et floconneuses. Le cristallin est souvent opaque, dans une petite étendue en arrière et au centre. La rétine est intacte, elle couvre complètement la tache blanche pathognomonique. Celle-ci est le siège de nombreuses échancrures et d'angles saillants, et en même temps de taches de pigment. La choroïde est amincie dans une étendue variable; dans la tache blanche, c'est-à-dire dans le staphylôme, il n'y en aurait plus que des rudiments couverts de pigmentum seulement au voisinage des vaisseaux. Cette dispari-

(1) Scarpa, *loc. cit.*, t. II. p. 190. Paris, 1807.

tion de la choroïde par places est admise par M. de Græfe, et absolument niée par M. Edouard Jæger : « On n'a remarqué nulle part, dit ce dernier (il a examiné vingt-trois fois cette maladie sur le cadavre), l'absence de la choroïde, mais la continuité de celle-ci était toujours complète, et jamais on n'a pu constater un manque des gros vaisseaux ou seulement leur oblitération (1). » La tache blanche est donc formée par la perte du pigmentum et par la lumière renvoyée par la sclérotique. Celle-ci est amincie, tendue, transparente dans l'endroit staphylomateux ; par places elle est adhérente à la choroïde, à laquelle la fixent des exsudations ; c'est dans la région correspondant à la *macula lutea* qu'elle est le plus saillante ; cependant, avec l'ophthalmoscope, dans les cas purs de staphylôme postérieur, il n'y a suivant Jæger, dans la région de la *macula*, aucun symptôme morbide autre que le prolongement de l'axe du bulbe.

L'axe de l'œil, qui à l'état normal varie entre 23 et 26 millimètres, s'allonge jusqu'à 28, 30 et même 32 millimètres, ce qui donne la raison de la myopie progressive. Le globe présente une saillie en arrière, composée elle-même de petites saillies partielles dont la plus grande correspondrait à la *macula lutea*.

CARACTÈRES PHYSIOLOGIQUES. — Tout malade atteint de staphylôme postérieur commence par se plaindre du raccourcissement de sa vue, accompagné d'un sentiment de tension dans le fond du globe. Les myopes, qui en présentent de si nombreux cas, surtout ceux qui se servent des verres les plus forts, sentent le besoin d'en prendre de plus concaves encore. Mais cette augmentation de la force du verre n'a pas un effet durable, et le malade ne tarde pas à reconnaître que les objets sont confus, que les lignes droites sont un peu tortueuses, les lettres d'un livre un peu effacées ou de travers, et que le champ de sa vue est troublé parfois de nuages voltigeants, de couleur plus ou moins foncée ou vive suivant l'état d'irritation de la rétine. Si l'on mesure la tache aveugle, on reconnaît souvent qu'elle est agrandie, et il n'est pas rare que les malades, quand on y met du soin, indiquent la forme d'une partie des contours de la tache blanche qui entoure le nerf optique.

Quand ces divers phénomènes n'existent pas, le malade se plaint de ses lunettes : il n'en peut plus trouver qui ne le fassent pas souffrir : il ne peut plus appliquer ses yeux à un travail qui

(1) Édouard Jæger, *loc. cit.*

exige une certaine attention ; il ressent des cuissons insupportables, des élancements, il larmoie. La lumière lui fait mal, quelques-uns se plaignent d'un mouvement perpétuel de trépidation dans l'air qui les fatigue, et qu'ils comparent au phénomène que l'on remarque en regardant au-dessus d'un fourneau de charbon allumé. Quand il est poussé à ce point, ce qui est heureusement assez rare, le mal devient une cause de perpétuel tourment pour les personnes qui en sont atteintes ; elles ne peuvent faire aucune lecture, aucun travail ; si elles sortent, elles se couvrent les yeux de lunettes noircies qui ne parviennent pas toujours à intercepter la lumière au gré de leur désir. Au moindre écart de régime, ou seulement au moindre rayon de lumière un peu vif, leurs yeux sont excités et elles sont, surtout la nuit, tourmentées de phantasmes lumineux.

MARCHE, DURÉE, COMPLICATIONS, PRONOSTIC. — La maladie demeure ordinairement stationnaire à un faible degré et, je m'en suis assuré en examinant beaucoup de myopes qui ne me consultaient pas, elle ne provoque pas toujours de la gêne. Il faut, pour qu'il en soit ainsi, qu'elle demeure au premier degré, c'est-à-dire bornée à une petite tache blanche semi-lunaire dont les cornes ne s'étendent pas encore jusqu'au diamètre vertical du nerf optique. Mais si le malade travaille beaucoup à lire ou à quelque occupation qui applique les yeux, et qu'il porte des lunettes concaves d'un bas numéro, sa vue se raccourcit en même temps qu'il ressent dans les yeux la gêne dont nous venons de parler. Bientôt il change de lunettes, cherche plus tard à travailler à l'œil nu ; puis découragé, il vient consulter. L'ophthalmoscope peut alors indiquer les progrès que fait le mal : le nerf optique demeure légèrement rosé, quand le mal est stationnaire ; il devient rouge, se voile de vaisseaux qui s'étendent sur la rétine, rouge aussi à divers degrés quand le staphylôme augmente. La choroïde est injectée à divers degrés, et présente les caractères ophthalmoscopiques que nous avons décrits en nous occupant de la choroïdite. Le bord extérieur de la tache blanche, au lieu d'être régulier, net et couvert de pigmentum, est dentelé et très irrégulier. ce qui indique que la choroïdite reprend une nouvelle marche et que le pigment s'en détache, pour ainsi dire grains à grains. Il y a dès lors de petits îlots blancs sur le bord de la tache blanche et des débris de pigmentum répandus çà et là.

La maladie, une fois développée, ne disparaît plus : je veux dire par là qu'une fois déclaré, même à un faible degré, et bien que demeurant stationnaire, le staphylôme postérieur est constamment reconnaissable à l'ophthalmoscope et qu'il laisse dans l'œil des traces ineffaçables.

Les complications sont nombreuses : 1° Le synchysis ou ramollissement de l'humeur vitrée est très fréquent ; il s'accompagne de flocons flottants dans ce corps pendant les grands et rapides mouvements de l'œil ; 2° plus rarement quelques taches dans le pôle postérieur du cristallin ; 3° dans les cas graves et accidentellement, le décollement de la rétine par un épanchement séreux ; 4° des ecchymoses sous-rétiniennes passant quelquefois dans le corps vitré en déchirant l'hyaloïde et provoquant l'état *jumentoux* que nous avons décrit ; 5° le staphylôme antérieur, assez rare cependant d'après mes observations, et dont les symptômes sont ceux décrits sous les noms d'*amincissement* et de *staphylôme* de la sclérotique (vol. II, p. 403 à 409).

Le pronostic de cette maladie est favorable au premier et même au deuxième degré. Mais quand la papille est entourée complètement de la tache blanche, les yeux sont généralement sensibles et souvent impuissants pour une application prolongée. L'observation réfléchie d'un nombre considérable de personnes atteintes de cette affection me permet d'affirmer qu'elle est beaucoup moins grave en général que quelques médecins ne l'ont avancé, et qu'il faut une sérieuse complication, par exemple l'hydropisie sous-rétinienne, pour que les malades soient atteints d'une cécité toujours grave, mais qui n'est presque jamais complète.

ÉTILOGIE. — La myopie, dans laquelle les muscles, et spécialement les muscles droits internes, plus forts que les autres, sont dans un état constant d'activité, me paraît la cause principale de cette affection. Cette contraction puissante presse le globe à son côté interne, le muscle épais et large protège cette partie de l'œil aux dépens du côté externe, dont les parois fléchissent, puis se laissent distendre. De son côté, l'accommodation pour les distances rapprochées, en mettant en jeu d'autres forces musculaires, agit dans le même sens, car il en résulte nécessairement une compression du système veineux de la choroïde, membrane qui est le siège des principaux désordres. Que le malade atteint d'un staphylôme postérieur au premier degré applique ses yeux

à regarder de près pendant de longues heures, surtout avec des lunettes, il se mettra assurément dans les conditions les plus favorables au développement du mal dont il porte le germe.

TRAITEMENT. — Si le mal est stationnaire, le malade doit se ménager, ne pas se servir de verres concaves, surtout pour lire, éviter la fatigue des yeux, porter de simples conserves bleues pour diminuer autant que possible la réflexion de la tache blanche scléroticale à travers la rétine souvent excitée, toujours excitable. L'hygiène lui est surtout recommandée ; on étudie l'état général, et l'on agit suivant les conditions les plus favorables pour produire une dérivation salutaire.

Dès que l'on reconnaît que la maladie fait des progrès, on applique près de l'œil des ventouses scarifiées ou des sangsues artificielles, on conseille au besoin des sangsues à l'anus, on prescrit des purgatifs, la diète, des bains de jambes.

J'emploie alors avec grand avantage, outre ces moyens, de nombreuses instillations d'une solution de sulfate neutre d'atropine (eau, 10 grammes ; sulfate neutre, 2 centigrammes), pour relâcher les muscles et diminuer autant que possible la compression veineuse.

Une demi-obscurité, pendant le temps que dure l'exacerbation, doit être sévèrement gardée.

Sous l'influence de ces moyens, le mal s'arrête, et après quelques semaines, on reconnaît que la couleur rouge de la rétine et de la papille fait place à la coloration rosée normale, que la choroïde pâlit, et plus tard que les bords déchiquetés de la tache blanche, agrandie à chaque attaque, deviennent plus droits et mieux tranchés. Le malade est alors en état de supporter une lumière convenable, mais il ne doit pas lire de longtemps encore, surtout avec des verres concaves.

ARTICLE V.

APOPLEXIE DE LA CHOROÏDE.

C'est une maladie très commune et que l'on rencontre souvent comme complication dans les choroïdites, dans le glaucôme et le staphylôme postérieur. Rarement elle est idiopathique.

L'ophthalmoscope permet aisément de constater les caractères suivants : On voit dans le champ rosé du fond de l'œil une plaque rouge, concave comme la membrane sur laquelle elle repose. Mais si le sang est accumulé en assez grande quantité pour sou-