

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-obscrité, 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-

lever la rétine, ce que l'on constate quelquefois au centre de la plaque, on reconnaît en cet endroit une légère convexité. Vers ses bords la plaque est d'un rouge clair uniforme très vif quand on dirige convenablement la lumière; le centre est rouge-brun foncé tirant sur le noir. Les vaisseaux de la rétine courent sans interruption sur cette plaque, ce qui indique nettement que la source du sang est, non dans ces vaisseaux, mais dans ceux de la choroïde. Si le sang placé entre cette membrane et la rétine vient d'un vaisseau rétinien, ce qui n'est pas rare dans les apoplexies de la rétine, on voit toujours sur l'un des vaisseaux de celle-ci une collection de sang plus épaisse qui indique le lieu où la rupture s'est faite.

La plaque rouge est loin d'être toujours unique, de sorte que l'on en voit dans le fond de l'œil un nombre souvent assez considérable. C'est surtout quand le sang commence à se résorber que la plaque principale, en se fragmentant, laisse voir des plaques plus petites en nombre plus ou moins grand.

Lorsque le sang se résorbe, on voit souvent à la place d'une plaque principale une ou plusieurs taches blanches qui indiquent la disparition d'une partie du pigmentum; quelquefois aussi on reconnaît, dans les endroits que le sang occupait, des traînées bleuâtres ressemblant à de légers glacis; d'autres fois la matière exsudée est plus compacte, et l'on reconnaît aisément des fausses membranes épaisses. Généralement le sang épanché entre la choroïde et la rétine demeure reconnaissable pendant un temps extrêmement long; je ne sais à quoi attribuer ce fait, que les plaques conservent leur même coloration rouge vif pendant des mois entiers sans aucun changement. J'ai maintes fois dessiné ces plaques avec une extrême attention et, après plusieurs mois, je les ai trouvées exactement dans les mêmes conditions. Dans d'autres cas, au contraire, elles se résorbent rapidement. Quand le sang est très abondant, il traverse la rétine et vient se répandre dans le corps vitré.

Le pronostic de l'apoplexie de la choroïde doit être réservé: j'ai vu, à la suite d'épanchements de sang considérables, une macération générale du pigmentum choroïdien accompagnée d'exsudations nombreuses et d'une destruction avancée de la rétine. La maladie, bien que limitée, est toujours plus grave dans la région de la macula que dans les parties excentriques, car j'ai observé de larges ecchymoses vers l'*ora serrata*, sans altération bien appréciable de la vue.

Le traitement est celui des épanchements analogues: des sangsues, des purgatifs, la diminution des aliments, des altérants de toute sorte, et en particulier l'iode et surtout l'iodure de potassium à l'intérieur et en collyre, la digitaline s'il y a une affection du cœur, ce qui est fréquent, l'aloès si l'on constate la présence d'hémorroïdes, etc.

Voici un cas remarquable d'apoplexie de la choroïde et de la papille dans lequel le sang n'avait pas complètement disparu après dix mois.

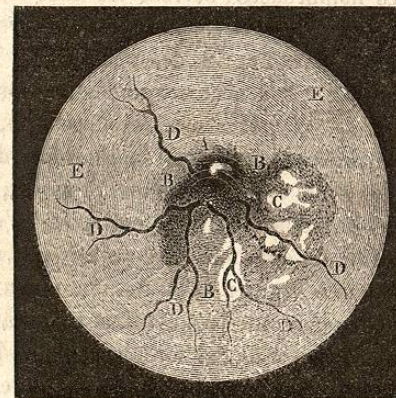
*Observation.* — M. de M..., soixante-trois ans, d'une bonne santé sauf une attaque de choléra en 1848, à la suite de laquelle il a été très affaibli par de nombreuses saignées.

Sa vue a toujours été excellente. En mars 1856, à la suite d'une violente colère, il éprouve une pesanteur sur l'œil droit, et il reconnaît, en voilant le gauche, qu'il ne voit plus du droit.

Je l'examine le 10 octobre 1856.

La papille est invisible. On voit seulement les vaisseaux du centre plus volumineux que de coutume. A la partie supérieure,

Fig. 64.



a, plaque rouge vif masquant la papille et couverte d'exsudations légères.

b, parties où le pigment est accumulé et dans lesquelles les exsudations sont plus épaisses et plus blanches.

c, plaques blanches par défaut de pigmentum.

e, e, parties saines.

d, vaisseaux dilatés et variqueux.

couvrant le nerf optique, il y a une plaque rouge encore manifeste, en partie recouverte d'une fausse membrane très transparente. Cette plaque fait corps avec une autre beaucoup plus large, indiquée dans le dessin, et qui est constituée évidemment par des amas de pigmentum, du sang non encore résorbé; le tout recouvert d'exsudations qui forment sur l'ensemble comme un glacis blanc bleuâtre, que le dessin en noir ne peut rendre qu'incomplètement. Le malade ne peut que compter que doigts et apercevoir les masses.

Le 15 janvier 1857, je revois le malade; la plaque rouge (A) est encore visible, mais le pigmentum (B) a notablement diminué, et l'on voit à sa place de nombreuses plaques blanches, dont quelques-unes sont formées par des exsudations. La vue est à peu près dans le même état.

## ARTICLE VI.

## MALADIES DIVERSES DE LA CHOROÏDE.

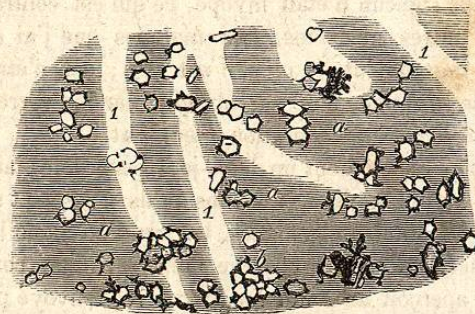
**Tumeurs diverses.** — La présence de tumeurs de diverses natures prenant leur point de départ soit dans la choroïde, soit dans la sclérotique, peut être facilement constatée à l'aide de l'ophthalmoscope par les changements de forme qu'elles impriment au champ éclairé. Le *staphylôme* est de ce nombre (voy. t. II, p. 404, et t. III, p. 405).

**Dégénérescence colloïde de l'hyaloïde de la choroïde.** — C'est une maladie le plus souvent observée chez les vieillards, assez rare d'ailleurs, qui occupe les points les plus excentriques de la rétine et qui se présente sous la forme de petites plaques très nombreuses, serrées les unes contre les autres et paraissant marcher de la circonférence au centre en rétrécissant le champ visuel. La figure 62, dessinée par M. Donders qui a fait à ce sujet des recherches nécroscopiques, en donne une idée très nette (voy. *Archiv. d'ophthalmol.* de Græfe, t. II, p. 107 à 118). On remarque à la surface de la choroïde, dit ce physiologiste, avec la loupe seule et parfois même à l'œil nu, « de petites taches blanches qui sont plus ou moins entourées d'épithélium de pigment noir comme du charbon. Ces taches sont représentées dans la figure avec une augmentation de vingt-deux diamètres.

« La choroïde (aa) est plus transparente qu'à l'ordinaire, et sur les vaisseaux de la choroïde (l, l), où le stroma est assez dépourvu de pigment, il n'y en a pas du tout par endroits. Les boules brillantes isolées, comme celles réunies en groupes, sont à des distances irrégulières, les unes dans les parties de la choroïde qui répondent aux gros vaisseaux, les autres entre ces parties et très intimement reliées à la choroïde, de sorte qu'on peut difficilement les en détacher avec le dos du scalpel fortement appuyé. Les cellules de pigment tout à fait noires, qui en partie entourent les boules et en partie les recouvrent, sont aussi très solidement attachées.... » Ces boules sont brillantes, elles reflètent fortement la lumière, elles ont une dureté extraordinaire; elles varient de grosseur

entre  $1/3$ ,  $1/2$  millimètre et  $1/80^e$  de millimètre. Elles ne se dissolvent dans aucun liquide, la cuisson ne les change pas. Donders, faute d'un nom meilleur, les appelle *boules de colloïde*; puis il fait des suppositions sur leur développement. On a pensé depuis qu'elles prennent leur origine dans l'hyaloïde de la choroïde.

Fig. 62.



Des recherches nouvelles éclaireront sans doute ce sujet obscur; en tous cas, ce mal est incurable, mais je l'ai vu toujours marcher avec une extrême lenteur. Aucun des malades sur lesquels je l'ai rencontré n'est devenu jusqu'ici complètement aveugle. Une fois je l'ai observé chez une femme de trente ans atteinte d'accidents syphilitiques tertiaires.

**Tubercules.** — On en découvre dans la choroïde avec l'ophthalmoscope. Presque toujours alors il en existe aussi dans les poumons. Ils sont isolés ou par groupes, ont la forme d'une masse blanc-jaunâtre arrondie ou ovale, à bords partiellement recouverts de pigmentum (voy. édit. Jaeger, *Oesterr zeitschrift*). Généralement ils se développent sans inflammation apparente et ne compromettent la vue que s'ils siègent dans la *macula*.

**Hydropisie.** — Il se forme des épanchements séreux entre la sclérotique et la choroïde, ou bien entre cette dernière membrane et la rétine. C'est le plus souvent à la suite de la choréïdite, ou après l'inflammation des membranes séreuses de l'œil, que survient cette maladie, dont quelques symptômes ont une certaine analogie avec ceux du glaucome et de l'encéphaloïde de la rétine au début. Comme l'hydropisie de la choroïde, qu'on ne peut reconnaître qu'à travers la pupille, a son siège derrière la rétine, qui présente alors un déplacement considérable en avant, nous la décrirons, dans le chapitre des affections de cette membrane sous

le nom d'*hydropisie sous-rétinienne*. De cette manière nous éviterons des subdivisions au moins inutiles.

**Albinisme.** — Les Albinos, par suite d'un manque de pigmentum de la choroïde et de l'iris, ont un aspect particulier qui mérite que l'on s'en occupe un instant ici. Ceux pour lesquels on m'a consulté étaient photophobes; quelques-uns, atteints en outre de nystagmus; aucun n'était myope, ce qui est contraire à l'observation d'autres médecins. Les malades que j'ai eu occasion d'examiner regardaient de près, il est vrai; mais c'était par impuissance de la rétine, non par myopie, car les verres concaves n'apportaient aucune amélioration à leur état.

Les Albinos recherchent un demi-jour pour voir; jamais ils ne se tournent vers la lumière, à moins qu'ils n'y soient absolument contraints. Ils ont les cils blancs, les iris d'un blanc bleuâtre, la pupille violacée. Si on les observe dans certaines conditions de lumière, on aperçoit un reflet rouge cuivre, renvoyé par le fond de l'œil, semblable, au reste, à ce que l'on voit sur quelques malades qui ont perdu le pigmentum choroïdien.

J'ai vu un seul Albinos amaurotique; les autres, au nombre de six ou huit peut-être, avaient la vue excessivement faible. Je me suis borné à leur conseiller des conserves bleu foncé complètement entourées de taffetas noir, et ils s'en sont trouvés soulagés.

**Atrophie.** — C'est une maladie des plus fréquentes et qui provoque constamment une amblyopie à divers degrés, quelquefois une amaurose complète par suite des altérations qui frappent consécutivement la rétine. On ne peut donc indiquer aucun signe physiologique précis qui puisse la faire reconnaître.

Elle est souvent la terminaison de l'inflammation chronique de la choroïde; on la voit se manifester sur des yeux qui en apparence n'ont jamais souffert.

Ses caractères ophthalmoscopiques varient singulièrement suivant la couche qui est atteinte. L'atrophie de la première couche se distingue d'abord sous la forme d'une plaque jaunâtre orangée qui remplace la teinte rosée normale, et que l'on trouve le plus souvent près du nerf optique, mais qui apparaît aussi à d'autres endroits. Plus tard, souvent pour peu de temps, si le mal continue, cette teinte jaune orangée est remplacée par une tache brune assez limitée. Si le mal se généralise, le fond de l'œil devient brunâtre sale; il se strie partout de raies blanchâtres sinueuses et ressemble assez à une peinture rouge que l'on aurait grattée inéga-

lement, ou bien encore à un tissu de belles couleurs différentes qui aurait déteint dans l'eau et dont on ne verrait plus que la trame salie et usée. L'atrophie de la seconde couche, ou couche capillaire de la choroïde, est rare; elle se caractérise par l'oblitération d'une partie du réseau capillaire, et par la disparition de la couleur rouge au-dessous de laquelle on voit les gros vaisseaux. L'atrophie de la troisième couche, ou couche vasculaire confondue avec le stroma, est souvent observée, soit sur une partie, soit dans une très grande étendue; il n'est pas probable que, même dans la scléro-choroïdite, la membrane disparaisse en totalité. C'est dans cette condition que l'on voit le pigmentum, distribué si régulièrement autour des vaisseaux dans l'état normal, s'accumuler par place, piquer le fond de l'œil, le moucheter comme la peau du tigre, et disparaître entièrement çà et là, de manière à laisser voir, comme dans la plaque blanche nacree, caractéristique de la scléro-choroïdite, d'autres plaques semblables, souvent très larges et très nombreuses, disséminées dans tout le fond de l'œil, et qui sont formées par la sclérotique vue par transparence à travers la choroïde amincie.

Indépendamment de ces caractères que nous avons déjà en partie étudiés plus haut (voy. p. 416), on doit encore rechercher les altérations diverses qui peuvent siéger dans la rétine, la papille, le corps vitré, etc.

L'atrophie de la choroïde est incurable; mais on comprend que si elle est partielle, bien limitée, ancienne, et qu'elle siège loin de la macula, la vision n'en soit nullement atteinte.

## CHAPITRE X.

### MALADIES DU CORPS CILIAIRE.

Si, avec Winslow, on regarde la choroïde et le corps ciliaire comme ne formant qu'une seule et même membrane, il sera facile de concevoir que les maladies de l'une réagissent sur l'autre, et que toutes les fois que la choroïde est enflammée, le corps ciliaire participe au mal à un degré variable, et réciproquement. Si, au contraire, on considère le corps ciliaire et la choroïde isolément, on pourra décrire des maladies parfaitement distinctes, quant au siège, mais qui ne seront en réalité jamais indépendantes les unes des autres. Rien n'empêche sans doute d'admettre, comme dans