

du nerf optique, mais il ne faut pas oublier que cette hyperémie peut paraître exagérée par un effet de contraste, les parties avoisinantes du nerf optique présentant une teinte plus blanchâtre que d'habitude.

Quand la scléro-choroïdite postérieure envahit un œil qui jusque là n'avait pas de staphylome, les lésions qui se produisent sont absolument les mêmes, sauf que, au lieu de commencer au voisinage du staphylome, elles commencent au pourtour du nerf optique, principalement à la partie externe, vers la macula.

La plupart des individus atteints de scléro-choroïdite postérieure, possédant déjà un certain degré de myopie, accusent une augmentation du degré de leur myopie; les verres qui auparavant leur suffisaient pour voir de loin ne leur conviennent plus, et ils sont obligés d'en prendre de plus forts; en un mot, ils trouvent que leur myopie *progressive*, ce qui, du reste, est parfaitement juste. A l'atrophie des membranes profondes se joint bientôt leur défaut de résistance; elles se laissent distendre plus facilement par la pression intra-oculaire, d'où allongement de l'axe antéro-postérieur de l'œil et en réalité augmentation de la myopie. Ainsi s'explique la relation qui existe entre la *myopie progressive* et la scléro-choroïdite postérieure.

La plainte la plus fréquente des malades porte sur la présence de mouches volantes qui s'agitent constamment dans leur champ visuel. Ce symptôme, qui n'est pas grave par lui-même et n'entraîne pas un trouble fonctionnel considérable, les tourmente pourtant beaucoup, parce qu'il attire constamment leur attention. Or, plus celle-ci est éveillée, plus les mouches volantes sont perçues distinctement.

Bien qu'ils n'aient pas une photophobie intense, les malades évitent avec soin l'influence d'une lumière trop vive; s'ils s'obstinent à travailler le soir, les yeux deviennent larmoyants, douloureux, et ils sont obligés d'interrompre leurs travaux. Sans être douloureux, le globe de l'œil est plus sensible, les malades éprouvent un sentiment de pesanteur, de tension qu'ils localisent dans le fond de leur œil.

Enfin le degré de l'*acuité visuelle* diminue constamment. Ce symptôme est en rapport avec l'étendue et le siège des lésions du fond de l'œil, et si la macula est envahie, la vision centrale peut être entièrement abolie.

DIAGNOSTIC. — Les détails dans lesquels nous sommes entrés en faisant l'exposé des signes ophtalmoscopiques nous dispenseront d'insister sur le diagnostic différentiel. On évitera en effet la confusion avec le staphylome postérieur en constatant que, dans celui-ci, les limites de l'atrophie sont nettes et précises, tandis qu'au contraire elles sont diffuses et en voie de développement dans la scléro-choroïdite; dans le premier cas, l'image ophtalmoscopique vue à différentes époques sera toujours la même, tandis que, dans le second cas, l'image du fond de l'œil pourra notablement changer pendant l'intervalle des examens, ce qui permettra de constater ainsi la progression plus ou moins rapide du mal.

PRONOSTIC. — Bien que souvent fort lente, la marche de la scléro-cho-

roïdite est généralement progressive et peut devenir inquiétante, surtout si l'on n'écarte pas les causes qui lui ont donné naissance; livrée à elle-même, elle peut offrir une certaine tendance à se généraliser ou à envahir la région de la macula, circonstances qui rendent alors le pronostic fort grave.

ÉTILOGIE. — La scléro-choroïdite postérieure survient principalement chez les myopes à la suite de travaux de lecture exagérés; aussi l'observe-t-on principalement pendant la période de la vie consacrée aux études, c'est-à-dire de dix-huit à vingt-cinq ans. Elle est fort rare chez les gens de la campagne et chez ceux qui n'exigent de leurs yeux aucun effort soutenu d'accommodation. Chez les myopes, l'emploi de verres mal choisis en est aussi souvent la cause. De Graefe a insisté sur l'insuffisance musculaire des droits internes chez les myopes, qui, d'après lui, aurait une grande influence sur le développement de la myopie progressive, affection presque constamment liée à l'existence d'une scléro-choroïdite postérieure.

Autant les causes locales que nous venons d'énumérer ont une influence incontestable, autant est obscure l'action des causes générales sur la production de cette maladie.

TRAITEMENT. — On devra autant que possible condamner au repos l'organe malade et ne tolérer la lecture que pour les choses absolument nécessaires; les malades devront avoir pour leurs travaux un pupitre élevé, de façon à ne jamais incliner la tête et à éviter ainsi l'action congestive mécanique de la pesanteur. Enfin le choix des verres correcteurs chez les myopes sera fait avec tout le soin nécessaire.

Dans les cas où la maladie offre une marche plus aiguë, il sera utile de faire de temps à autre à la tempe des applications de ventouses, et principalement de ventouses Heurteloup, suivies d'un repos absolu dans l'obscurité pendant vingt-quatre heures et de frictions stimulantes autour de l'orbite. La plupart des auteurs recommandent aussi à l'intérieur l'emploi des mercuriaux, en particulier des préparations de sublimé à la dose de 1 centigramme par jour.

c. Scléro-choroïdite antérieure.

On décrit sous ce nom une forme particulière de choroïdite atrophique, dans laquelle le processus morbide se localisant dans les parties antérieures de la choroïde offre peu de tendance à se généraliser et à envahir la totalité de cette membrane.

SYMPTOMATOLOGIE. — On peut, au moyen de l'ophtalmoscope, arriver à constater l'existence de plaques atrophiques dans les parties antérieures de la choroïde, mais pour cela il y a deux précautions importantes à prendre: la première, c'est de dilater la pupille *ad maximum* au moyen de l'atropine; la deuxième, c'est de faire regarder le malade dans toutes les directions *extrêmes*. Si l'on néglige ces deux moyens,

des plaques atrophiques situées au-delà des régions équatoriales peuvent échapper aux investigations.

A part leur siège particulier, ces lésions anatomiques ne diffèrent pas de celles que nous avons décrites en parlant de la scléro-choroïdite postérieure; nous n'y reviendrons donc pas. Même teinte blanchâtre, de plus en plus éclatante suivant le degré d'atrophie; même accumulation anormale du pigment autour de ces plaques. Au début de la maladie, il est rare qu'elles occupent toute une zone circulaire de la choroïde; le plus souvent elles restent circonscrites sur un point, et ce n'est que peu à peu et dans une période assez avancée qu'elles s'étendent sur une zone circulaire. En dehors de ces lésions souvent difficiles à constater à cause de leur position excentrique, on ne rencontre parfois aucune autre altération du fond de l'œil; dans certains cas pourtant, il existe au pôle postérieur un état analogue à celui des parties antérieures, une scléro-choroïdite postérieure.

Il importe de signaler que le plus souvent on pourra constater à l'ophthalmoscope la présence de *corps flottants* dans le corps vitré, qui expliqueront très-bien les *mouches volantes* dont se plaignent constamment les malades. Ce dernier symptôme a une valeur telle, que, lorsqu'il est nettement accusé, on ne doit jamais négliger d'explorer les parties équatoriales de la choroïde, où l'on découvrira souvent le siège de la maladie.

Quand l'atrophie choroïdienne est peu accusée, l'aspect extérieur du globe oculaire n'offre rien d'anormal, mais au fur et à mesure que l'amincissement se produit et que le trouble nutritif s'étend au tissu sclérotical lui-même, on voit survenir des changements à la surface du globe oculaire. Ces changements consistent dans la coloration anormale que prend la sclérotique et dans la déformation qu'elle subit. Au niveau des points les plus amincis, l'enveloppe scléroticale prend une teinte bleuâtre qui devient de plus en plus foncée au fur et à mesure que l'amincissement fait des progrès; puis il se forme des ectasies, tantôt partielles, tantôt totales, suivant l'envahissement de la maladie.

Dans certains cas particuliers, qu'on pourrait presque considérer comme une *forme aiguë* de la maladie, la sclérotique s'injecte vivement et prend alors une coloration *rouge vineuse* tout à fait caractéristique. Si la maladie suit une marche progressive, la cornée perd sa transparence, son tissu s'opacifie lentement sur certains points sans présenter pourtant de traces d'inflammation ni d'ulcération. Ces opacités sont ici le résultat d'un trouble nutritif.

Au premier rang des *signes subjectifs* nous devons signaler l'apparition de *mouches volantes*. Celles-ci se présentent avec les formes les plus diverses: tandis qu'au début elles n'apparaissent que lorsque le malade regarde une surface uniformément éclairée, elles se montrent plus tard d'une manière permanente, et déterminent une gêne pénible. Le processus atrophique affaiblissant la résistance de l'enveloppe scléroticale, celle-ci

se laisse distendre par la pression intra-oculaire, l'axe antéro-postérieur s'allonge, et il survient de la *myopie*. La vision des objets éloignés devient de plus en plus confuse et il est facile de constater, au moyen de verres concaves, que ce trouble fonctionnel doit être rattaché en partie à un changement survenu dans le système dioptrique de l'œil.

Si l'on explore avec soin le champ visuel, on pourra constater souvent des *scotomes* correspondant aux parties malades et un véritable rétrécissement périphérique du champ visuel quand la maladie a envahi tout le pourtour de l'œil.

DIAGNOSTIC. — La seule erreur qu'on risque de faire en présence de la scléro-choroïde antérieure, c'est de la méconnaître. Son siège particulier, en effet, lui permet d'échapper souvent à une investigation superficielle; mais une fois les lésions constatées, elles sont tellement nettes et caractéristiques, qu'il est difficile de confondre l'affection avec aucune autre.

PRONOSTIC. — Bien que souvent limitée aux parties antérieures de la choroïde, la maladie peut se généraliser et envahir la totalité de cette membrane. D'autres fois, tout en restant limitée dans les parties antérieures, elle produit de telles lésions du côté de la sclérotique qui s'amincit outre mesure, et de la cornée qui devient de plus en plus trouble, que le pronostic est fort grave. Cependant, un traitement bien dirigé peut enrayer la marche du processus morbide et faire disparaître certains troubles, tels que les *mouches volantes*, si gênantes pour le malade. Quant aux parties qui ont été envahies, il est bien évident qu'elles ne peuvent jamais recouvrer leurs propriétés physiologiques.

Au point de vue de l'ÉTIOLOGIE et du TRAITEMENT, nous sommes obligés de renvoyer à ce que nous avons déjà dit pour les choroïdites atrophiques en général; car, à part cette particularité, en somme d'ordre secondaire, de la localisation du processus morbide, le point de départ est le même. Toutefois la forme aiguë, dans laquelle le tissu sclérotical injecté, rouge vineux, prend au moins une aussi grande part que la choroïde au processus morbide, paraît devoir être rattachée souvent à l'existence de la diathèse rhumatismale.

Dans le cas où la cornée s'opacifie, quelques observateurs ont tenté d'enrayer ce trouble nutritif en pratiquant l'*iridectomie*. Ce moyen paraît avoir donné parfois d'assez bons résultats, tandis que, dans d'autres cas, l'influence de l'opération a été, sinon funeste, tout au moins négative.

C. Irido-choroïdite.

Nous avons décrit isolément les maladies de l'iris et de la choroïde; toutefois, dans maintes circonstances, ces deux maladies peuvent exister simultanément et produire ainsi une *irido-choroïdite*. Les liens anatomiques étroits qui unissent la choroïde et l'iris expliquent bien l'enva-

hissement successif de ces deux membranes. L'irido-choroïdite apparaîtra donc souvent comme état morbide consécutif à une iritis ou à une choroïdite, mais elle peut aussi survenir d'emblée et subitement.

Quel que soit le mode d'apparition, nous trouverons ici comme symptômes l'ensemble de ceux qui appartiennent à l'iritis et à la choroïdite. Nous retrouverons aussi les mêmes variétés anatomiques : irido-choroïdites *séreuse, exsudative, suppurative*.

Ce serait répéter ce que nous avons déjà dit en parlant de l'iritis et de la choroïdite que de vouloir énumérer tous les symptômes observés dans l'irido-choroïdite. Cette dernière maladie n'a pas, en effet, de caractères qui lui soient propres. Ses symptômes résultent de l'association simultanée de ceux de l'iritis et de la choroïdite.

Nous noterons encore, comme présidant à la production de l'irido-choroïdite, les mêmes conditions étiologiques locales ou générales que nous avons signalées dans les pages précédentes. Nous ferons seulement observer qu'une des causes les plus fréquentes de l'irido-choroïdite se trouve dans l'existence de synéchies postérieures et antérieures qui entravent le jeu physiologique de l'iris et produisent un tiraillement dans son insertion ciliaire et dans les nerfs ciliaires.

On a vu que le moyen le plus efficace de faire cesser l'iritis chronique à rechute et qui a une grande tendance à se transformer en irido-choroïdite, consiste à détruire les synéchies, soit directement (*corectisis*), soit indirectement (*iridectomie* ou *coremorphosis*). L'application de ventouses Heurteloup, les instillations d'atropine, les mercuriaux, le traitement alcalin, arsenical, suivant les cas, trouveront ici les mêmes indications que précédemment.

2° Décollement de la choroïde.

Le premier cas de décollement de la choroïde diagnostiqué au moyen de l'ophthalmoscope a été signalé par de Graefe (1), mais l'autopsie de l'œil ne put être pratiquée.

Depuis, Ivanoff (2) a rapporté en détail la dissection d'un œil dans lequel il trouva la choroïde complètement détachée de la sclérotique et séparée d'elle par un liquide tout à fait analogue à celui que l'on rencontre dans les décollements rétinien. La choroïde et la rétine étaient intimement unies entre elles.

Le décollement de la choroïde, qui doit probablement succéder à des hémorragies se produisant entre cette membrane et la sclérotique, est une maladie extrêmement rare; c'est à peine si l'on en connaît quelques cas. Elle offre les caractères suivants : à l'ophthalmoscope, on voit dans le corps vitré une tumeur ayant une surface uniformément tendue, sans plis,

(1) *Archiv. für Ophthalm.*, t. IV.

(2) *Ibid.*, t. XI, fasc. I, p. 191.

d'une coloration foncée; outre les vaisseaux rétinien, on peut apercevoir, d'après Liebreich, les vaisseaux choroïdiens sous-jacents. La tumeur paraît fixée avec les parties voisines, elle n'a pas de mouvement propre, de tremblement particulier, quand on fait mouvoir le globe oculaire. Si c'est du sang épanché qui a décollé la choroïde, la portion de la sclérotique qui la recouvre peut changer de teinte, et il sera bon de rechercher l'existence de ce symptôme.

On pourrait confondre le décollement de la choroïde avec celui de la rétine, mais pour éviter l'erreur on s'appuiera sur les caractères différentiels suivants. Dans le décollement rétinien, la tumeur est plissée, flottante au moindre mouvement, elle a un reflet bleuâtre et transparent, au lieu d'être fixe, unie, d'un rouge foncé, comme dans le décollement de la choroïde.

Le diagnostic deviendra plus difficile quand il s'agira de déterminer si l'on a affaire à un décollement simple de la choroïde ou à une tumeur (*sarcome* ou *mélano-sarcome*). Les caractères ophthalmoscopiques sont en effet les mêmes, et, vu la rareté extrême du décollement simple, on devra être d'une grande réserve dans le diagnostic et le pronostic. Certains caractères cliniques permettront pourtant, dans certains cas, de rejeter l'existence d'une tumeur de la choroïde : d'abord la diminution de la tension intra-oculaire, augmentée au contraire, comme on le sait, dans les cas de tumeurs; l'absence de douleurs, enfin la tendance de l'œil à s'atrophier de plus en plus, ce qui est tout différent de ce que l'on observe dans la marche du sarcome.

Dans les quelques cas connus, la maladie a résisté à tout traitement et s'est constamment terminée par l'atrophie du globe oculaire.

3° Tumeurs de la choroïde.

Les tumeurs qui prennent naissance dans le tissu choroïdien sont des *mélano-sarcomes*, des *sarcomes*, ou enfin des *mélano-sarcomes carcinomateux*. Un seul cas de *myxo-sarcome* est rapporté dans le *Traité des maladies des yeux* de Wecker (t. I, p. 545).

SYMPTOMATOLOGIE. — Quand la maladie est à son début, que la tumeur est encore peu volumineuse, elle proémine sous forme de saillie dans le corps vitré et peut alors être aperçue au moyen de l'ophthalmoscope. Son point de départ se trouve habituellement dans la région ciliaire, d'où elle s'avance lentement vers le centre du globe derrière l'iris, et ce n'est que lorsqu'elle a envahi l'ouverture pupillaire qu'elle devient visible pour l'observateur (fig. 65).

La présence de la tumeur intra-oculaire ne tarde pas à augmenter sensiblement la tension du globe et à déterminer des *phénomènes glaucomateux*. C'est alors qu'apparaissent une injection périkeratique très accentuée et des douleurs très-vives; la cornée et les milieux transparents se troublent, le globe de l'œil est douloureux et dur au toucher. Cette

période pourrait encore être désignée sous le nom de période intra-oculaire de la tumeur.

Si l'art n'intervient pas, après une série de crises douloureuses souvent fort intenses, la tumeur perce la sclérotique et se propage rapidement dans l'orbite. D'autres fois, c'est à travers le tronc du nerf optique lui-même que se fait la propagation. Dès que le produit morbide a envahi le tissu cellulaire de l'orbite et apparaît à l'extérieur, il augmente avec rapidité et se montre sous l'apparence d'une masse fongueuse, bourgeonnante, saignant au moindre contact.

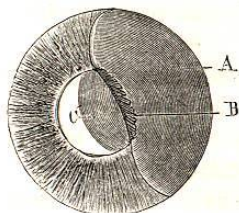


FIG. 65. — Sarcome de la choroïde. — A, B, portion de la tumeur refoulant l'iris contre la cornée; C, portion de la tumeur occupant le champ pupillaire.

DIAGNOSTIC. — Quand la tumeur est intra-oculaire et n'a pas encore provoqué d'attaques glaucomateuses, on pourrait la confondre avec un décollement simple de la rétine, qui d'ailleurs l'accompagne souvent. Pour établir le diagnostic différentiel, on tiendra compte de la mobilité qui existe dans le décollement simple, quand on fait imprimer un mouvement au globe de l'œil; tandis que la rétine décollée et appliquée sur une tumeur reste fixe. En outre, dans un décollement simple, la pression intra-oculaire est généralement diminuée; elle est augmentée, au contraire, quand il s'agit d'une tumeur. Le diagnostic est beaucoup plus difficile pendant la période glaucomateuse, quand les milieux de l'œil ont perdu leur transparence; on tiendra compte alors des antécédents, du caractère continu des douleurs, enfin de la tension excessive du globe, de la marche fatalement progressive de la maladie.

Certaines tumeurs intra-oculaires, comme les gliomes de la rétine, pourraient simuler le sarcome de la choroïde; mais les premières apparaissent exclusivement chez les jeunes sujets, tandis que les sarcomes se montrent de préférence à un âge avancé.

PRONOSTIC. — Tant que les tumeurs de la choroïde sont intra-oculaires et ne provoquent pas de phénomènes inflammatoires, leur marche est lente; mais dès que la sclérotique a été perforée, la production morbide envahit le tissu cellulaire de l'orbite et augmente alors avec une effrayante rapidité. Compriment, détruisant les minces lamelles osseuses qui servent de parois à la cavité orbitaire, la tumeur envoie des prolongements dans la cavité crânienne, et la mort ne tarde pas à survenir à la suite de complications cérébrales. C'est aussi quand la tumeur a envahi l'orbite que l'on voit la maladie se généraliser, infecter l'économie, et que des productions analogues se forment rapidement dans certains organes parenchymateux (foie, rate, ganglions lymphatiques). La mort est souvent due, dans ces cas, à cette généralisation rapide.

Le pronostic est donc fort grave, mais il peut être atténué par l'intervention du chirurgien. Si les sarcomes de la choroïde sont reconnus au

début et si l'énucléation du globe oculaire est faite avant qu'ils ne se soient propagés dans l'orbite, on a souvent la satisfaction de voir le malade sinon complètement guéri, du moins délivré d'un mal qui parfois ne récidive qu'à une époque très-éloignée. Mais dès que la tumeur s'est propagée dans l'orbite, on ne peut plus se flatter d'atteindre le même résultat, et, si complète que soit l'extirpation, la récidive est le plus souvent très-rapide.

TRAITEMENT. — Le seul traitement consiste à faire aussi rapidement que possible l'énucléation du globe de l'œil, quand la tumeur est intra-oculaire. Si elle a envahi l'orbite et si l'examen attentif des parties, l'absence de troubles fonctionnels du côté du cerveau, permettent de supposer qu'elle est encore exclusivement contenue dans l'orbite, on peut tenter l'extirpation, mais sans se faire illusion sur les chances probables d'une récidive. On devra s'abstenir de toute intervention chirurgicale, si l'on soupçonne quelque complication du côté de l'encéphale ou une généralisation de la tumeur.

4° Tubercules de la choroïde.

Les tubercules de la choroïde ont été signalés pour la première fois par Manz (1) sur le cadavre d'un sujet qui avait succombé à une phthisie granuleuse aiguë. Plus tard, Cohnheim (2), dans ses recherches d'anatomie pathologique, démontra que cette affection était beaucoup plus commune qu'on ne le croyait et devait être considérée comme une manifestation fréquente de la tuberculose aiguë généralisée. On ne possédait encore que des observations faites sur le cadavre, lorsque Galezowski (3), de Graefe et Leber (4) indiquèrent les signes ophtalmoscopiques à l'aide desquels on peut diagnostiquer sur le vivant les tubercules de la choroïde.

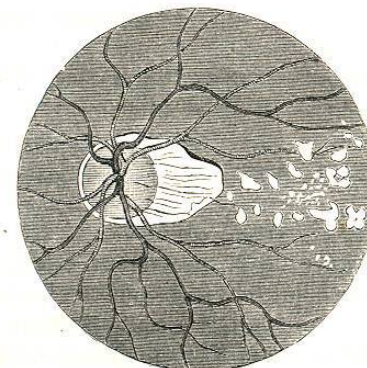


FIG. 66. — Tubercules de la choroïde sur un œil atteint de staphylôme postérieur.

Ils se présentent sous la forme de granulations grisâtres, tout à fait analogues à celles que l'on rencontre dans les autres organes, tantôt disséminées dans la choroïde, tantôt occupant de préférence le pôle postérieur de l'œil, quand elles sont peu

(1) *Archiv. für Ophthalm.*, t. IV, fasc. 2, p. 120, et t. IX, fasc. III, p. 133.

(2) *Virchow's Archiv*, mai 1867.

(3) *Archives générales de médecine*, septembre 1867.

(4) *Archiv für Ophthalm.*, t. XIV, fasc. 1, p. 183.

nombreuses. Les tubercules de la choroïde se développent d'abord dans la membrane chorio-capillaire, et ce n'est que lorsqu'ils ont acquis un certain volume qu'ils repoussent la rétine en avant et dépriment légèrement en arrière la choroïde et même la sclérotique. Ils apparaissent à l'ophtalmoscope sous la forme de points blanc-jaunâtres, autour desquels le pigment choroïdien est clair-semé. Quand ils sont plus volumineux, il est possible de constater, au moyen du déplacement parallaxique de l'image, la saillie qu'ils forment au fond de l'œil.

Le diagnostic de la présence des granulations tuberculeuses dans la choroïde n'aurait réellement d'importance que si l'on pouvait, par ce moyen, reconnaître de bonne heure la phthisie granuleuse aiguë; mais on doit avouer que les autres signes de cette maladie sont si accusés quand apparaît celui-là, qu'il perd beaucoup de son importance. Il peut être pourtant utile et décisif dans des cas douteux.

Ajoutons en terminant que Cohnheim a trouvé des granulations tuberculeuses de la choroïde chez des individus qui avaient succombé à la phthisie lente et chronique, et que, par suite, cette affection n'est pas exclusivement propre à la phthisie granuleuse aiguë.

§ VI. — Lésions vitales et organiques de la rétine.

1° Troubles circulatoires de la rétine.

La rétine peut être le siège d'*hyperémie* ou d'*ischémie*. L'*hyperémie rétinienne* se divise en *artérielle* et *veineuse*.

A. — *Hyperémie*.

a. *Hyperémie artérielle*. — L'*hyperémie rétinienne* accompagne les troubles de la circulation générale, et s'observe dans les palpitations cardiaques, l'hypertrophie du ventricule gauche. Le plus habituellement on la rencontre à la suite d'efforts exagérés de l'accommodation chez les *hypermétropes*. Elle complique souvent les maladies de la choroïde. Enfin l'exposition longtemps prolongée à une vive lumière paraît être aussi une cause occasionnelle assez fréquente de cette maladie.

L'*hyperémie artérielle* se révèle à l'ophtalmoscope par une coloration rosée du tissu papillaire, dont la blancheur normale disparaît sous l'injection des capillaires. On aperçoit parfois une striation rougeâtre qui suit la distribution des fibres nerveuses du nerf optique, et irradie à partir de la papille vers l'équateur de l'œil. Comme cette coloration est sujette à des variations individuelles fréquentes, il ne faut pas négliger quand un seul œil est malade d'examiner comparativement les deux côtés.

Les *troubles fonctionnels* consistent dans une hyperesthésie, une photo-

phobie plus ou moins accusée, une fatigue survenant rapidement dans les travaux de près, un sentiment de tension, de pesanteur dans le globe oculaire. L'acuité visuelle est rarement amoindrie; parfois même les malades présentent cette particularité curieuse de mieux distinguer les petits objets avec un faible éclairage.

Les déplétions sanguines locales, les dérivatifs sur le tube intestinal, l'emploi des verres teintés (bleu de cobalt ou fumés) sont indiqués. On ne devra jamais négliger de rechercher s'il existe une anomalie de la réfraction, car il suffira souvent de la corriger au moyen de verres convenables pour faire disparaître l'*hyperémie* de la rétine.

b. *Hyperémie veineuse*. — L'*hyperémie veineuse* ou *par stase* de la rétine survient lorsqu'il y a un trouble circulatoire dans le système veineux de la tête et du cou. Ses principales causes sont : les affections cardiaques, particulièrement celles du cœur droit, certaines anomalies congénitales telles que la persistance du trou de Botal. Liebreich lui a donné dans ce cas le nom de *rétinite cyanosée*. De Graefe a montré le premier que le développement de tumeurs cérébrales diminuant la cavité crânienne s'accompagnait des troubles circulatoires qui retentissaient sur la papille.

À l'ophtalmoscope, on voit, à côté des artères de la papille qui sont normales, des veines dilatées et tortueuses qui semblent parfois interrompues dans une portion de leur trajet. Les bords disparaissent dans une légère teinte blanchâtre, due à une suffusion séreuse qui s'étend le long des parois des vaisseaux. Dans les cas de cyanose, la teinte de la papille est tout à fait particulière; elle est rouge sombre, presque vineuse.

Avec l'exagération de la pression intra-veineuse disparaît le pouls veineux physiologique qui, à l'état normal, se manifeste du centre de la papille vers la périphérie.

B. — *Ischémie*.

L'*ischémie rétinienne* se produit expérimentalement en comprimant le globe de l'œil. Elle s'accompagne d'affaiblissement de la vision, plus ou moins accusé selon le degré de compression, pouvant aller jusqu'à la cécité complète. Ce trouble circulatoire peut se produire spontanément. Alfred Graefe (1) l'a observé sur un enfant de cinq ans qui pendant la nuit perdit complètement la vue. Le lendemain, on constata à l'ophtalmoscope que les artères étaient filiformes, animées de pulsations isochrones au pouls. Le cœur battait cent soixante fois à la minute et très-faiblement. Alfred Graefe diagnostiqua une *ischémie* de la rétine, due à une diminution de la tension générale artérielle, qui n'était plus en équilibre avec la pression intra-oculaire. Pour abaisser celle-ci, il pratiqua

(1) *Arch. für Ophthalm.*, t. VIII, 1^{re} partie, p. 443.