

artériel. Ce phénomène peut être produit à l'état physiologique par une forte pression sur le globe; la tension glaucomateuse seule ou aidée de la plus faible pression sur l'œil le réalise chez les glaucomateux. Le phénomène s'observe surtout facilement par l'examen à l'image droite qui donne un plus fort grossissement.

L'excavation n'est pas toujours, pas souvent même, égale des deux côtés. On reconnaît qu'il s'agit d'une excavation et non d'une saillie (ce qu'avait cru longtemps de Græfe) en remarquant le déplacement parallaxique de l'image par rapport au mouvement de l'œil. On peut aussi évaluer la profondeur de l'excavation en calculant la réfraction exacte des bords et du fond de ladite excavation et en tenant compte de la donnée connue que 1 millimètre de différence équivaut à 3 dioptries de réfraction.

§ 157. **Hémorrhagies, blessures, tumeurs.** — Les *hémorrhagies* de la gaine du nerf optique entraînent une cécité brusque à la manière de l'embolie de l'artère centrale de la rétine. C'est aussi, à peu près le même aspect ophtalmoscopique, avec cette différence que l'épanchement sanguin apparaît ordinairement sous la forme d'une tache noirâtre au bord de la papille ou dans le champ papillaire à travers la lame criblée; cet épanchement peut se diffuser vers la rétine. Dans les états anciens de cette lésion, on voit, au pourtour de la papille, des amas pigmentaires qui enserrant un disque optique plus ou moins atrophié. Il est même possible de reconstituer l'affection à l'aide de l'examen ophtalmoscopique.

Les *blessures* du nerf optique sont rares à l'état isolé. Elles compliquent le plus souvent des traumatismes tellement graves que l'état de la papille est de mince d'importance au début des accidents. Plus tard l'atrophie optique est à peu près la règle.

Les *tumeurs* se manifestent par deux ordres de signes ophtalmoscopiques qu'il suffit d'indiquer : 1° par de la stase papillaire si le néoplasme siège en deçà de l'entrée des vaisseaux centraux dans le nerf; 2° par de l'atrophie simple des

fibres sans œdème si la tumeur se trouve dans le fond de l'orbite, au delà des vaisseaux propres de la rétine.

CHAPITRE IV

RÉTINE

Les affections de la rétine sont le plus communément représentées, dans le début de leur évolution, par deux manifestations essentielles : les hémorrhagies et les exsudats. Ce n'est que plus tard que ces deux genres d'altérations se confondent en une seule lésion, assez semblable à elle-même dans tous les cas, et qui est l'atrophie. Les hémorrhagies ou apoplexies de la rétine surtout présentent des caractères très intéressants à connaître.

§ 158. **Hémorrhagies.** — La couleur des hémorrhagies rétinienne varie du rouge vif au rouge foncé presque noir, suivant l'épaisseur du foyer hémorrhagique. Leur forme doit être examinée avec le plus grand soin, car elle entraîne des considérations importantes relatives au siège de l'épanchement dans l'épaisseur de la membrane rétinienne. Elles sont diffuses ou localisées.

1° Tantôt de coloration rouge vineux, les taches sanguines sont peu nombreuses mais présentent une étendue considérable; on les désigne sous le nom d'*hémorrhagies en nappe*. Anatomopathologiquement, elles sont dues à la rupture d'un gros vaisseau de la rétine et siègent dans les couches les plus superficielles de la membrane ou même sous l'hyaloïde. A l'ophtalmoscope, on constate des placards d'un brun rougeâtre foncé, très opaques et irrégulièrement disposés. Ces taches sont simples ou multiples. Quand elles siègent directement sous la membrane hyaloïde, elles peuvent se condenser à la partie la plus déclive de la poche hyaloïdienne décollée et se comporter comme un épanchement liquide ordinaire dont la limite est plane,

Ultérieurement, les hémorragies subissent d'ordinaire une dégénérescence graisseuse, et l'ophtalmoscope permet d'établir le diagnostic rétrospectif en montrant dans le fond de l'œil des plaques blanchâtres à bords pigmentés et au niveau desquelles les vaisseaux rétinien semblent disparaître.

Ces hémorragies en nappe ou en flaqes produisent, à cause de leur étendue, des troubles subjectifs très variables

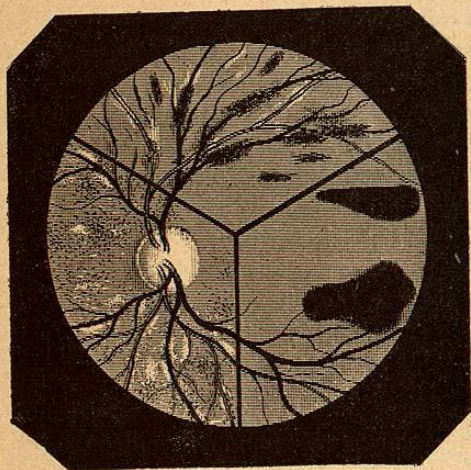


FIG. 141. — Diverses variétés d'hémorragies rétinien : en flaqes; en flammèches; en pointillé.

suisant la région. Si les hémorragies ne sont pas centrales, le malade accuse de la *micropsie*, de la *métamorphosie*, des *lacunes du champ visuel*; si l'hémorragie est centrale ou maculaire, on peut avoir une cécité absolue ou, en tout cas, une diminution considérable de l'acuité visuelle, les sensations lumineuses n'étant plus perçues que par les parties périphériques de la rétine.

2° Quelquefois les taches hémorragiques sont d'un rouge vif, en nombre considérable, mais peu étendues, et présentent l'aspect des barbes de plumes d'oie. On a donné à cette forme le nom d'*hémorragies en flammèches*. Dans quelques cas, ces hémorragies n'affectent même pas de forme déterminée, se réduisant à un fin pointillé sanguin; on dit alors qu'on a affaire à des hémorragies *en pointillé*; mais il faut bien remarquer que ce n'est qu'une variété peu importante des hémor-

rhagies en flammèches. Anatomiquement, ces hémorragies sont dues à la diapédèse de globules sanguins; dans ce cas les parois des vaisseaux ont pu ne pas subir de rupture. C'est dans la couche externe des grains que siègent ces deux variétés d'hémorragies.

Les hémorragies en flammèches ne s'accompagnent généralement d'aucune lacune du champ visuel, mais occasionnent fréquemment de la micropsie et de la métamorphosie. Remarquons cependant que les hémorragies de la rétine peuvent, lorsqu'elles siègent dans des régions rétinien para-centrales, n'entraîner que de légers troubles fonctionnels; chez des malades peu observateurs, ces derniers peuvent même passer absolument inaperçus.

Les hémorragies de la rétine se rencontrent dans les différentes formes d'inflammation de la rétine; c'est surtout suivant la nature des taches hémorragiques et leur disposition que s'établira le diagnostic différentiel.

Les hémorragies en nappe peuvent être le résultat d'un traumatisme, mais le plus souvent elles dépendent de l'état général et se produisent, ou peuvent se produire, lorsqu'il existe soit de l'altération du sang (diabète, albuminurie, paludisme, syphilis, etc.), soit de l'altération des vaisseaux (artério-sclérose).

Ayant étudié les hémorragies ou apoplexies de la rétine, il nous sera maintenant facile de passer en revue les rétinites diverses.

§ 159. **Rétinites.** — Sous le nom de rétinites, on désigne les maladies de nutrition de la rétine, caractérisées essentiellement par des exsudats et des hémorragies. Nous étudierons les rétinites albuminurique, diabétique, leucémique, artério-scléreuse et nous mentionnerons quelques formes exceptionnelles.

Rétinite albuminurique. — Cette affection est généralement un épisode tardif dans le cours du mal de Bright; dans quelques cas cependant, son apparition a été précoce et a permis de faire songer à l'albuminurie avant que les méde-

cins généraux aient été avertis par les troubles de l'organisme tout entier. Elle peut se produire dans le cours de toutes les maladies qui sont compliquées d'albuminurie (scarlatine, intoxication saturnine, etc.).

La rétinite albuminurique éclate souvent dans le cours de la grossesse (*rétinite albuminurique des femmes enceintes*). Elle est engendrée par des causes multiples qui sont tantôt iso-

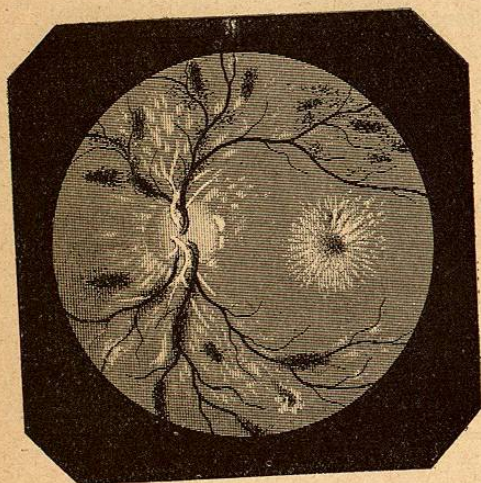


FIG. 142. — Rétinite albuminurique. Hémorragies, plaques laiteuses, étoile maculaire.

lées, tantôt combinées, et que l'on peut ranger sous quatre chefs : présence d'albuminurie dans le sang, hypertrophie du cœur, hypergénése des leucocytes, compression des vaisseaux rétro-utérins.

Cette rétinite est ordinairement binoculaire. Elle est caractérisée essentiellement par des hémorragies en flammèches et

localisées au pôle postérieur de l'œil, surtout sur le trajet des gros vaisseaux, et par des petites taches laiteuses ou chatoyantes apparaissant dans le pôle postérieur de l'œil.

Ces taches sont situées autour de la papille du nerf optique et autour de la macula, et cette localisation spéciale permet d'établir presque le diagnostic. Dans cette même région, une disposition caractéristique consiste en la présence de points blancs groupés en lignes rayonnant vers la fossette centrale. L'ensemble de la macula et des taches blanches forme alors une étoile à branches éclatantes,

La macula paraît rouge foncé mais non œdémateuse.

Les contours de la papille sont boursoufflés et la rétine présente dans toute son étendue un œdème qui, à l'ophtalmoscope, s'affirme comme un trouble grisâtre voilant en partie les vaisseaux.

Les artères de la rétine sont notablement rétrécies, et dans les cas graves où la vision ne doit pas se rétablir, transformées en cordons blanchâtres, minces.

Les veines rétiniennees sont hyperémiées.

Rétinite diabétique. — Cette affection est caractérisée par quelques symptômes essentiels pour le diagnostic.

Les hémorragies sont répandues dans toute l'étendue du fond de l'œil, en flammèches, en pointillé, et non localisées sur le trajet des vaisseaux. Elles sont très abondantes; tout le fond de l'œil en est rempli et semble éclaboussé de sang. Les contours papillaires et la rétine ne présentent pas de trouble grisâtre. Les taches jaunâtres ou blanches de l'albuminurie sont rares et n'ont pas de localisation marquée.

Les vaisseaux ne sont point altérés comme dans le cas précédent.

Rétinite leucémique. — Cette rétinite, curieuse mais très rare, peut être diagnostiquée en se fondant sur les signes sui-

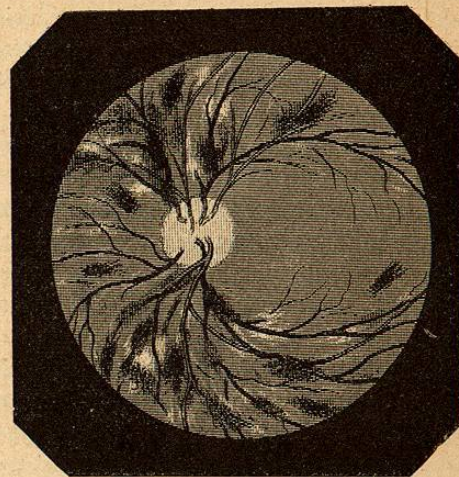


FIG. 143. — Rétinite diabétique. Hémorragies le long des vaisseaux.

vants : la couleur rouge du fond de l'œil est changée en une coloration citrine blanchâtre; la papille est entourée de taches blanches et possède habituellement un anneau d'apoplexies rétinienne concentrique au précédent et plus périphérique; les taches blanchâtres s'étendent jusqu'à l'équateur de l'œil.

Rétinite hémorragique par artério-sclérose. — Cette rétinite, qui se produit d'ordinaire chez les personnes âgées, n'entraîne comme troubles visuels, à moins de lésion maculaire, que la présence de scotomes partiels et la déformation des objets envisagés (métamorphopsie). Les hémorragies sont généralement en nappe et presque toujours la partie inférieure est plus foncée que la supérieure; elles siègent surtout vers la papille ou autour de la macula. Dans certains cas, elles sont très excentriques et peuvent même occuper une région périphérique au voisinage de l'ora serrata. On a constaté exceptionnellement la présence d'anévrysmes miliaires siégeant sur les vaisseaux rétinien et coexistant avec les hémorragies rétinienne.

Toutes les fois que l'on a affaire à des hémorragies en nappe, l'attention doit être portée sur l'artério-sclérose, car il est bien rare que l'on ne constate alors une dureté particulière des artères et un dérangement du rythme cardiaque. Parfois l'hémorragie rétinienne est le premier symptôme qui éveille sur ce point l'attention du médecin.

Fuchs a décrit une *rétinite circonée* caractérisée par une opacité grisâtre ou gris jaunâtre occupant la région maculaire et entourée de petites plaques blanches. Il existe alors un scotome central, avec vision affaiblie avec marche lente. C'est une affection très rare.

De Wecker l'a appelée *dégénérescence graisseuse*, car la forme circonée n'est pas nécessaire. Il la croit liée à des hémorragies et à des états divers. Pour lui, c'est une rétinite apoplectiforme.

La *rétinite proliférante* de Manz est caractérisée par des traînées blanchâtres qui suivent le cours des vaisseaux, les englo-

bent, forment un tissu compact et richement vascularisé qui s'étend jusque dans le vitreum. Cette lésion est due à d'anciennes hémorragies et paraît être une périartérite syphilitique.

§ 160. **Embolies rétinienne.** — Un caillot sanguin (embolus) peut pénétrer dans l'artère centrale de la rétine et y séjourner. On désigne cet état sous le nom d'*embolie de l'artère centrale de la rétine*. Une préparation célèbre due à M. Schweigger et reproduite dans tous les traités classiques montre la présence d'un caillot dans l'artère centrale, caillot siégeant à un millimètre environ en arrière de la lame criblée.

La cécité monoculaire est complète dans l'espace de quelques minutes. L'affection s'annonce par l'apparition brusque d'un brouillard qui s'épaissit de plus en plus. A l'ophtalmoscope, on constate un état particulier que l'on a désigné sous le nom d'ischémie de la rétine, et dans lequel les artères semblent vides de sang; les veines sont gonflées vers les parties périphériques de l'œil; la rétine est œdématisée et grisâtre en totalité; la papille est très pâle, à contours diffus, tandis que la macula apparaît, par contraste, sinon d'un rouge foncé du moins très rose, avec un point central plus rouge, ainsi qu'une piqûre de puce. Généralement, l'embolie ne se résorbant pas, la rétine reste privée de nutrition et s'atrophie. Les artères deviennent des filaments bleuâtres grêles, puis invisibles, et la papille prend une teinte blanche atrophique. Dans quelques cas heureux, le caillot, petit, a pu pénétrer dans une des branches de l'artère centrale et produire l'*embolie partielle de l'artère centrale de la rétine*. Dans ce cas particulier, un secteur seulement de la rétine présente les symptômes ophtalmoscopiques que nous avons décrits pour la rétine tout entière, c'est-à-dire un nuage grisâtre qui voile les détails du fond de l'œil et un rétrécissement marqué des vaisseaux, surtout des artères. Il faut remarquer toutefois que la macula a conservé son aspect normal et que les troubles fonctionnels se réduisent à une lacune du champ visuel correspondant à la partie de la rétine soumise à l'irrigation de l'artère obstruée.

§ 161. **Cirrhose ou rétinite pigmentaire.** — Nous pourrions étudier deux formes cliniques de cette affection caractérisée essentiellement par la présence d'amas de pigment dans la rétine, la rétinite pigmentaire congénitale et la rétinite pigmentaire acquise; mais une seule description peut suffire car l'affection ne présente deux types que par la suppression, dans certains cas, d'un des symptômes, la pigmentation, ou par cette circonstance que la maladie parfois est franchement congénitale et existe chez le jeune enfant avec tous ses signes, et d'autres fois commence à se manifester et à progresser dans l'adolescence seulement.

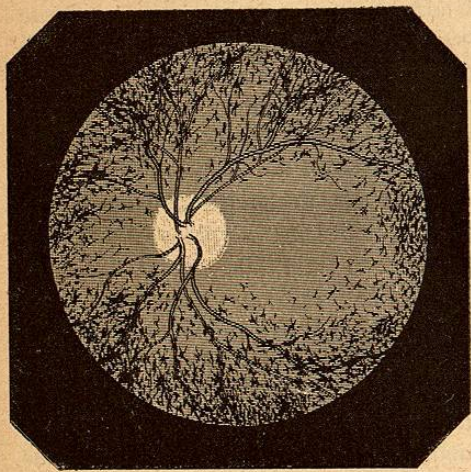


FIG. 144. — Rétinite pigmentaire. Papille blanche, amas de pigments périphériques.

La rétinite pigmentaire *congénitale* est quelquefois désignée sous le nom de *rétinite tigrée* ou de *rétinite héméralopique*, ces désignations découlant soit de l'aspect ophthalmoscopique, soit d'un trouble fonctionnel constant. Elle est la plus commune et peut servir de type à la description objective des lésions ophthalmoscopiques. C'est une dégénérescence pigmentaire de la rétine caractérisée par des troubles pigmentaires plus ou moins typiques, l'amincissement des vaisseaux et l'atrophie progressive du nerf optique.

1° La *pigmentation anormale* est variable et d'autant plus marquée que la lésion est plus ancienne. Parfois minime, elle atteint d'autres fois tout le fond de l'œil. Le plus communément,

et c'est là un siège pathognomonique, elle occupe la partie périphérique de la rétine jusqu'à une certaine distance de l'ora serrata et de la papille optique. Il faut que le patient regarde de côté, en haut ou en bas, pour que l'observateur aperçoive les parties pigmentées rétinienne. Elle est constituée par de petits amas de pigment étoilés avec de fins prolongements anastomosés, analogues aux corpuscules osseux dits ostéoplastes. Ces amas, rares au début et très périphériques, se multiplient et envahissent petit à petit tout le fond de l'œil. Les amas pigmentaires, réguliers dans la forme congénitale, sont un peu plus inégaux dans la forme *acquise*. Ils sont pâteux, analogues à des taches d'encre et accompagnés de plaques blanches atrophiques comme dans la chorio-rétinite syphilitique ordinaire.

2° Les *vaisseaux*, artères et veines, d'abord intacts, s'amincissent au fur et à mesure que la rétinite pigmentaire progresse. Ils deviennent d'une grande ténuité et se réduisent à des filaments grisâtres qu'on ne peut suivre, comme d'ordinaire, jusqu'à leur terminaison.

3° Dans l'*atrophie optique pigmentaire*, la papille pâlit, devient blanchâtre, parfois jaunâtre, sans excavation appréciable. Elle offre parfois une coloration spéciale, une teinte hortensia uniforme très particulière : c'est ce qu'on appelle la dégénérescence *jaune* de la papille.

Des troubles cristalliniens débutant par le pôle postérieur, quoique tardifs, ne sont pas rares.

§ 162. **Décollement rétinien.** — Traumatique quelquefois, le plus souvent accident d'une myopie élevée, le décollement de la rétine se présente ainsi à l'examen : l'œil, armé du seul miroir, aperçoit un reflet bleuâtre ou grisâtre qui obscurcit une partie ou la totalité de la pupille. Avec la loupe, le premier examen ne donne rien; on ne distingue quelque chose qu'en éloignant la loupe de l'œil, ce qui indique déjà que la lésion se trouve placée en avant du plan normal du fond de l'œil. L'examen, ainsi pratiqué, permet d'apercevoir, généralement en bas, un soulèvement bleuâtre de la rétine

et c'est là un siège pathognomonique, elle occupe la partie périphérique de la rétine jusqu'à une certaine distance de l'ora serrata et de la papille optique. Il faut que le patient regarde de côté, en haut ou en bas, pour que l'observateur aperçoive les parties pigmentées rétinienne. Elle est constituée par de petits amas de pigment étoilés avec de fins prolongements anastomosés, analogues aux corpuscules osseux dits ostéoplastes. Ces amas, rares au début et très périphériques, se multiplient et envahissent petit à petit tout le fond de l'œil. Les amas pigmentaires, réguliers dans la forme congénitale, sont un peu plus inégaux dans la forme *acquise*. Ils sont pâteux, analogues à des taches d'encre et accompagnés de plaques blanches atrophiques comme dans la chorio-rétinite syphilitique ordinaire.

2° Les *vaisseaux*, artères et veines, d'abord intacts, s'amincissent au fur et à mesure que la rétinite pigmentaire progresse. Ils deviennent d'une grande ténuité et se réduisent à des filaments grisâtres qu'on ne peut suivre, comme d'ordinaire, jusqu'à leur terminaison.

3° Dans l'*atrophie optique pigmentaire*, la papille pâlit, devient blanchâtre, parfois jaunâtre, sans excavation appréciable. Elle offre parfois une coloration spéciale, une teinte hortensia uniforme très particulière : c'est ce qu'on appelle la dégénérescence *jaune* de la papille.

Des troubles cristalliniens débutant par le pôle postérieur, quoique tardifs, ne sont pas rares.

§ 162. **Décollement rétinien.** — Traumatique quelquefois, le plus souvent accident d'une myopie élevée, le décollement de la rétine se présente ainsi à l'examen : l'œil, armé du seul miroir, aperçoit un reflet bleuâtre ou grisâtre qui obscurcit une partie ou la totalité de la pupille. Avec la loupe, le premier examen ne donne rien; on ne distingue quelque chose qu'en éloignant la loupe de l'œil, ce qui indique déjà que la lésion se trouve placée en avant du plan normal du fond de l'œil. L'examen, ainsi pratiqué, permet d'apercevoir, généralement en bas, un soulèvement bleuâtre de la rétine

avec des plissements dans lesquels ondulent les vaisseaux. Le décollement peut siéger dans toutes les parties de la rétine, mais c'est presque toujours par la périphérie qu'il débute. On en reconnaît d'ordinaire très complètement les détails, à moins qu'il n'y ait un trouble du corps vitré assez intense pour les cacher.

Le décollement peut aussi être moins

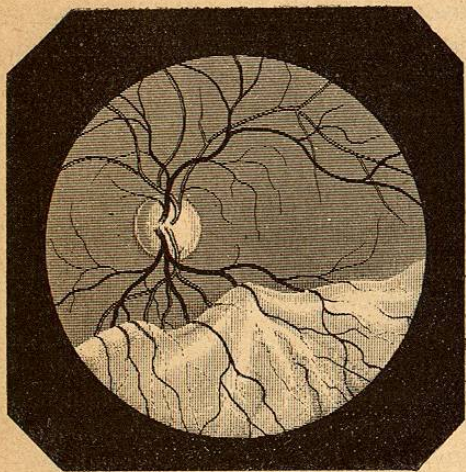


FIG. 145. — Décollement de la rétine. Partie inférieure ondulée soulevant les vaisseaux.

marqué et moins étendu, mais il se caractérise toujours par des plicatures de la membrane nerveuse, qui semble parfois agitée, pendant les mouvements oculaires, par des vagues bleuâtres. Dans les cas légers, ces plicatures sont à peine indiquées, comme des plis azurés; dans les cas graves, la partie décollée est flottante et se déplace en ondulant au moindre déplacement de l'œil; enfin, dans les cas extrêmes, la rétine n'adhérant que vers la papille et l'ora serrata, est entièrement libre et prend l'aspect d'un entonnoir membraneux et flottant. Dans ces conditions, la papille, recouverte par les plis du décollement, cesse d'être visible à l'ophtalmo-scope : c'est le décollement dit en parapluie.

Les vaisseaux, soulevés avec la rétine, sont onduleux et mobiles avec elle; ils présentent des changements de niveau manifestes dans leur parcours et ils disparaissent vers le

bord central du décollement pour reparaitre au delà, sur la partie restée adhérente.

C'est surtout par leur coloration que les vaisseaux compris dans le décollement sont remarquables. Ils ont perdu leur double contour, leur reflet brillant, et apparaissent, artères et veines, comme des linéaments opaques, ternes, plus ou moins foncés. On peut même ainsi distinguer les décollements à peine marqués et qui n'ont pas encore l'aspect bleuâtre des lésions un peu anciennes. Ces vaisseaux opaques et ondulés impliquent déjà, presque nécessairement semble-t-il, le soulèvement de la rétine.

Quand la rétine est décollée, non plus par un liquide épanché mais par une tumeur, on voit, outre les vaisseaux de la rétine, surgir une fine vascularisation propre, bien distincte de la ramification rétinienne normale. Le décollement est aussi moins diffus et plus limité, avec une forme spéciale, arrondie le plus souvent.

Les cysticerques sous-rétiens donnent lieu à des signes de décollement, mais on aperçoit généralement, par transparence, la tête et le col de l'entozoaire.

Outre les signes du décollement, on trouve encore les lésions qui l'ont précédé ou causé. Ce sont des atrophies choroïdiennes ou des déchirures de la rétine même, siégeant à la périphérie du fond de l'œil. On peut enfin relever à l'ophtalmo-scope des hémorragies, des exsudats vitréens, et divers autres signes de choroïdite qui sont des phénomènes concomitants et connexes de ceux du décollement.

§ 163. **Tumeurs de la rétine.** — Dans l'immense majorité des cas, ces tumeurs, rares d'une façon absolue, appartiennent à la forme anatomique désignée sous le nom de gliome.

Le *gliome* de la rétine est bilatéral dans la grande majorité des cas. Tout à fait au début, il apparaît sous l'aspect de plaques blanc jaunâtre, proéminentes sur la rétine. Peu de temps après, la rétine se décolle et la tumeur se présente sous forme de saillies blanchâtres avec un réseau vasculaire

propre. La présence de cette néoplasie donne à l'œil un reflet particulier; et, comme dès ce moment la vision est presque abolie, on comprend que Beer ait pu désigner cet état sous le nom d'*œil de chat amaurotique*.

Nous mentionnons seulement les *kystes de la rétine* et les *cysticerques* dits *sous-rétiniens*.

CHAPITRE V

CHOROÏDE

Dans la choroïde on trouve à observer, comme dans la rétine, des hémorragies, des exsudats aboutissant peu à peu à la période d'atrophie mais ces lésions; n'ont pas l'importance diagnostique qu'ils offriraient lorsqu'il s'agissait des affections rétiniennes proprement dites.

On peut diviser les choroïdites en deux groupes au point de vue de l'étude ophtalmoscopique :

- 1° La choroïdite exsudative et ensuite atrophique ;
- 2° La chorio-rétinite.

§ 164. **Choroïdite exsudative et atrophique.** — Les choroïdites de cette classe commencent par l'exsudat et se terminent par l'atrophie, si leur marche n'est pas rapidement enrayée.

L'ophtalmoscope permet de déceler à la périphérie de la choroïde une plaque d'un jaune blanchâtre, qui est généralement entourée de pigment; c'est une *plaque de choroïdite exsudative*.

Plus tard, la coloration blanc jaunâtre devient d'un blanc franc, le pigment apparaît autour de toutes les plaques, pendant qu'elles-mêmes s'affaissent, se creusent par la rétraction progressive du tissu cicatriciel et qu'il se forme une *plaque de choroïdite atrophique*. Comme phénomènes concomitants, il existe normalement des exsudations vitréennes qui se

manifestent sous l'aspect de fines poussières (*synchisis*) ou de filaments mobiles (*mouches volantes*).

Selon la localisation des plaques, on a donné des noms différents à cette affection. Il importe peu de connaître ces noms, car selon nous ils ne constituent pas des processus morbides différents, mais simplement des variétés d'une même maladie; nous devons cependant les indiquer.

Lorsqu'il existe deux ou trois plaques seulement situées à

la périphérie, on appelle cette lésion *choroïdite disséminée*. Lorsque les plaques existent en très grand nombre, aussi bien à l'équateur que dans le pôle postérieur de l'œil, on désigne cette affection sous le nom de *choroïdite généralisée confluente*. On réserve enfin le nom de *choroïdite maculaire* ou *centrale* à la présence d'une ou plusieurs plaques dans la région

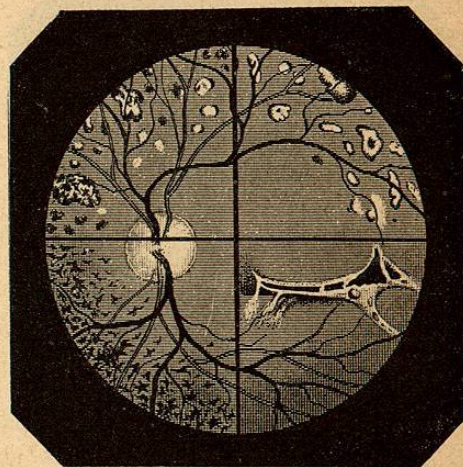


FIG. 146. — Variétés d'atrophie choroïdienne : choroïdite aréolaire; choroïdite pigmentaire; choroïdite disséminée; foyer traumatique atrophique.

de la macula. Si les plaques, au lieu d'être disposées avec irrégularité et sous forme tourmentée, sont nettement rondes ou ovalaires, si leur maximum de fréquence est près du pôle postérieur de l'œil, si enfin l'apparition du pigment est précoce et l'atrophie rapide, cette choroïdite sera appelée *choroïdite aréolaire*. Les foyers d'atrophie choroïdienne peuvent encore se manifester par une accumulation prédominante