

profonde, la tension oculaire est plutôt augmentée, alors qu'elle est abaissée d'une façon générale dans le décollement; toutefois ce signe n'est pas absolu.

§ 168. **Lésions traumatiques.** — Les lésions traumatiques de la choroïde proprement dites sont rares, si l'on excepte, bien entendu, les blessures de la zone ciliaire qui prêtent à des considérations spéciales. On doit distinguer les ruptures, les hémorragies et le décollement de la choroïde.

1° *Ruptures de la choroïde.* — Elles peuvent se produire sans que les enveloppes extérieures soient déchirées. Elles siègent habituellement au pôle postérieur de l'œil.

Lorsque le vitreum intact permet de pratiquer l'examen ophtalmoscopique, on constate alors la présence d'une déchirure simple ou multiple, à forme irrégulière, jaune rougeâtre et à bords liserés d'une infiltration sanguine; dans le voisinage d'ailleurs, il peut y avoir hémorragie choroïdienne. Lorsque la rupture est ancienne, on rencontre une déchirure étroite, irrégulière, blanche, avec irradiations des bords et bordure de pigment. Les vaisseaux rétiniens passant nettement au-devant de cette lésion, le diagnostic ne laissera aucun doute.

2° *Hémorragies de la choroïde.* — Celles-ci, généralement consécutives à un traumatisme, sont assez analogues à celles de l'artério-sclérose et de la scléro-choroïdite postérieure. A l'ophtalmoscope, on relève l'aspect ordinaire des hémorragies rétiniennes; leur diagnostic est parfois des plus difficiles, car, sauf la forme qui est régulière et arrondie dans les hémorragies choroïdiennes et la situation des vaisseaux rétiniens passant au-devant de la tache, les symptômes sont les mêmes. Or, le premier signe est inconstant et le second est parfois impossible à constater; on ne peut donc que rester en suspens, ce qui n'a d'ailleurs aucune importance thérapeutique. Les symptômes subjectifs consistent en scotomes dont le siège est indiqué par celui des hémorragies.

3° *Décollement de la choroïde.* — Il résulte d'accidents di-

vers; le décollement de la région ciliaire est seul spontané et consécutif à l'iridocyclite.

Les signes ophtalmoscopiques sont ceux du décollement rétinien, mais, pour la choroïde, il n'y a pas d'irrégularité, pas de ces plis, ni le tremblement qui se rencontrent du côté de la rétine.

Le décollement rétinien présente en outre une coloration grise avec reflet bleuâtre qui fait absolument défaut dans le décollement de la choroïde. Si l'œil est très brun, on peut parfois distinguer dans la partie décollée les vaisseaux choroïdiens. Les symptômes subjectifs sont considérables et la vision se perd complètement dans la majorité des cas. La rétine reste unie, pendant un temps parfois très long, à la choroïde décollée; ce n'est que dans les périodes ultimes qu'elle se sépare de cette membrane.

CHAPITRE VI

ANOMALIES CONGÉNITALES

§ 169. — Les anomalies congénitales que l'on peut percevoir à l'examen ophtalmoscopique intéressent toutes les parties internes de l'œil, membranes et milieux.

Iris. — Nous passerons rapidement sur le *colobome de l'iris*, qui est une brèche elliptique, fermée en bas, de la membrane irienne. Cette anomalie donne l'aspect d'une iridectomie qui serait demeurée incomplète.

On l'observe assez souvent aux deux yeux, en bas et en dedans, et simultanément avec le colobome de la choroïde.

La *membrane pupillaire persistante* se présente à l'ophtalmoscope comme un ou plusieurs fils tendus dans le champ pupillaire, en avant de l'iris. L'éclairage oblique, comme l'ophtalmoscopie, donne des indications d'ailleurs très précises.

Tout le diagnostic consiste à distinguer ces filaments congénitaux de synéchies postérieures étirées. La différence est la

suivante : les synéchies inflammatoires partent précisément du bord libre de l'iris ; les restes de la membrane pupillaire proviennent du petit cercle de l'iris et on les voit d'ordinaire au-devant du bord libre de la pupille.

Cristallin. — Le *colobome du cristallin* se présente comme une encoche transparente, en croissant, située en bas et se continuant avec la bordure du cristallin. Il peut exister simultanément un colobome irien, vitréen et surtout choroïdien.

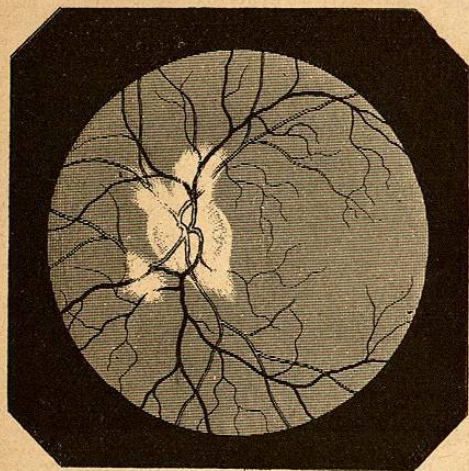


FIG. 148. — Fibres myéliniques, à double contour. Plaques blanches autour de la papille et le long des vaisseaux.

Des *cataractes*, polaires antérieure ou postérieure, en fuseau, zonulaire, etc., constituent, dans le champ éclairé de la pupille, des opacités à forme et structure correspondant à ces diverses cataractes.

Vitré. — Le *colobome du vitré* est représenté par

une sorte de cloison inférieure à reflet blanchâtre qui coexiste souvent avec d'autres colobomes.

La *persistance de l'artère hyaloïdienne* est caractérisée par la présence dans le vitré d'un cordon grisâtre ou rougeâtre partant de la papille pour aboutir à la région postérieure du cristallin. Parfois, en avant, le cordon flotte dans le vitré, ou se résout en filaments. Il est difficile de distinguer l'artère hyaloïdienne des vestiges du canal de Cloquet.

Rétine. — Les *prolongements anormaux de la lame criblée* sont des bandes fibreuses de forme irrégulière, petites, situées

autour de l'émergence des vaisseaux de la papille ; nous insisterons surtout sur les fibres *myéliniques*.

Normalement, près de la lame criblée, les fibres du nerf optique se dépouillent de leur enveloppe de myéline et, devenues transparentes, restent invisibles. Il arrive quelquefois qu'un certain nombre de fibres conservent leur myéline après leur entrée dans la rétine, d'où la formation de taches blanchâtres voisines de la papille et possédant périphériquement des dentelures ; on désigne cette anomalie congénitale sous le nom de taches myéliniques ou sous celui de persistance des *fibres à double contour*. Cette anomalie donne lieu à des taches blanches nuageuses, qui suivent les vaisseaux à leur émergence,

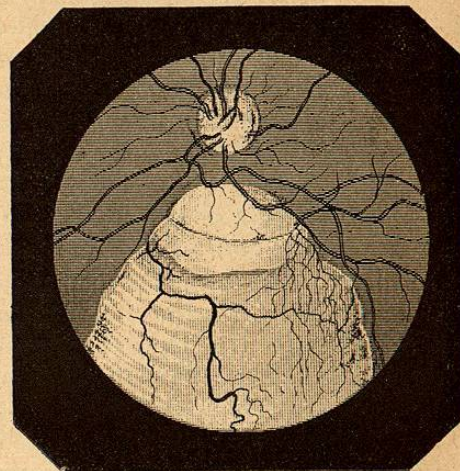


FIG. 149. — Colobome de la choroïde. Large plaque inférieure triangulaire et vascularisée.

en les enveloppant et les cachant par places. Leurs contours ne sont pas tranchants et nets ; c'est ce qui les distingue des plaques blanches d'atrophie choroïdienne ; l'acuité visuelle n'est généralement pas altérée du fait de leur existence.

Choroïde. — Nous n'étudierons dans ce groupe que le colobome de la choroïde avec le staphylome postérieur congénital, l'albinisme et le mélanose.

1° *Colobome de la choroïde.* — Cette affection résulte d'un arrêt de développement de la choroïde qui, dans les deux premiers mois de la vie intra-utérine, présente une fente

antéro-postérieure située en bas. Généralement le colobome est bilatéral. Il coïncide d'habitude avec une division congénitale de l'iris; le colobome isolé de la choroïde peut cependant exister à titre exceptionnel. Quelquefois l'œil est atteint de microphthalmie, ou bien la cornée est déformée; on a enfin signalé en certains cas un colobome cristallinien partiel concomitant. Le colobome occupe habituellement la partie inférieure de la papille et peut s'étendre jusqu'à l'iris. A l'ophtalmoscope on constate un ovale de couleur blanche, à bords nets, avec du pigment sur les bords. Le colobome contient des vaisseaux rétiniens formant coude (ce qui indique et permet même de mesurer la profondeur de la dépression), des vaisseaux de la choroïde et des vaisseaux de la sclérotique en filets irréguliers.

Le colobome peut se rencontrer au niveau de la macula. Ce *colobome maculaire* est plus ou moins étendu et bordé de pigment. La vision est moins affaiblie qu'on ne serait porté à le croire *a priori*. L'origine du colobome maculaire est difficile à interpréter avec l'hypothèse générale d'un défaut de fermeture de la fente choroïdienne; il faudrait admettre que celle-ci eût tourné d'un quart de cercle sur son axe.

Les troubles visuels entraînés par le colobome de la choroïde sont généralement de peu d'importance.

2° *Albinisme*. — Cette affection est caractérisée par l'absence de pigment choroïdien. L'albinisme peut être complet, incomplet ou partiel. Indépendamment de l'absence de pigment dans le système pileux, l'iris est dépourvu de pigment. On reconnaît, à l'examen ophtalmoscopique, tous les détails des vaisseaux choroïdiens. Le fond de l'œil, vu à la lumière directe, est rose. Il est généralement atteint de nystagmus joint à de l'amblyopie. La myopie concomitante est rare. Le traitement consiste en l'emploi de verres bleus ou fumés et en la correction exacte de l'amétropie. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que, par le fait de l'âge, il peut se développer du pigment, qui diminue l'amblyopie et que la guérison est presque la règle dans l'albinisme partiel.

3° *Mélanose*. — C'est l'état diamétralement opposé à l'albinisme quoique beaucoup plus fréquent.

Il est généralement partiel, pouvant exister sur l'iris, la conjonctive, la sclérotique, donnant lieu aux taches pigmentaires congénitales, mais parfois aussi total; il n'entraîne aucun trouble de la vision.

Nerf optique. — On peut compter, parmi les altérations congénitales du nerf optique, les prolongements anormaux de la lame criblée qui lui appartiennent aussi bien et même mieux qu'à la rétine, l'exagération de l'excavation physiologique de la papille qui va parfois jusqu'à simuler un état glaucomateux, enfin le colobome du nerf optique avec ses formes atténuées qui sont les croissants péripapillaires et les staphylomes congénitaux.

1° *Croissant inférieur de la papille*. — Il est blanchâtre, toujours inférieur, stationnaire, et semble compléter la papille. Croissant et papille sont généralement d'étendue inverse. Les deux yeux peuvent être affectés, et plus ou moins inégalement, mais souvent un seul œil est intéressé. D'après Fuchs, qui l'a décrit le premier, il s'agirait d'une ébauche de colobome optique; de Wecker admet plus volontiers un colobome très circonscrit de la choroïde.

2° *Staphylome postérieur congénital*. — Presque toujours temporal, il est constitué par un croissant qui semble compléter la papille et au niveau duquel la choroïde n'existant pas, la sclérotique apparaît blanchâtre. Souvent papille et staphylome sont comme fusionnés, et leur limite commune présente une bordure de pigment. Il s'agit alors d'une sorte de colobome temporal du nerf optique produit par des lésions exagérées du pôle postérieur de l'œil pendant sa période de développement, et il y a conformation myopique de l'organe (de Wecker). On trouve des staphylomes congénitaux plus ou moins étendus chez les myopes, mais on en rencontre chez les emmétropes et les hypermétropes.

3° *Colobomes*. — On les observe simultanément ou isolément sur le nerf optique, la choroïde et l'iris; ils proviennent de

l'occlusion imparfaite de la fente dite choroïdienne, sont héréditaires et coïncident souvent avec diverses autres malformations.

Le colobome est généralement constitué par un élargissement papillaire, un véritable développement ampullaire. Les vaisseaux sont comme déjetés en haut. La partie supérieure de la papille, correspondant à la papille normale, est rosée tandis que la partie inférieure, correspondant au colobome, est blanchâtre ou mieux blanc bleuâtre. Les bords du colobome paraissent souvent bordés de pigment.

On distingue l'excavation du colobome de celle du glaucome à son étendue, à son aspect ampullaire et à l'acuité souvent normale de l'œil.

CINQUIÈME PARTIE

TECHNIQUE DU LABORATOIRE

Les travaux du laboratoire d'ophtalmologie sont analogues à ceux des autres laboratoires médicaux ou chirurgicaux ; toutefois la structure complexe de l'appareil visuel, son organisation délicate comportent certains procédés ou réactifs particuliers. Nous exposerons ici la technique appliquée actuellement aux préparations normales ou pathologiques de l'œil et relatives :

- 1° A la conservation des pièces anatomiques ;
 - 2° Aux préparations histologiques ;
 - 3° Aux préparations bactériologiques.
-

CHAPITRE PREMIER

CONSERVATION DES PIÈCES ANATOMIQUES

Quel que soit le procédé adopté pour la conservation des pièces anatomiques, il repose toujours sur le principe général suivant : employer un liquide qui, en coagulant l'albumine des tissus, fixe les éléments cellulaires dans leur forme, et jouisse de qualités antifermentescibles, capables d'empêcher l'altération ultérieure due à l'intervention des microbes et des moisissures. Il est évident que, suivant la délicatesse du tissu à conserver, suivant le volume de la pièce, etc., la nature du liquide conservateur devra varier ;