inutilement tous essayés chez une femme atteinte de cette maladie, dont le pouls était plein et dur et le visage rouge et animé, se décida à lui faire pratiquer une saignée de deux palettes; le succès fut la récompense de cette heureuse inspiration : les vives douleurs dont la malade était tourmentée se suspendirent; le sommeil dont elle était privée se rétablit et la gangrène s'arrêta. Quinze jours plus tard, les accidents semblèrent vouloir se reproduire; le même moyen les fit encore cesser. Enfin la gangrène menaça de reparaître plusieurs fois, et chaque fois la saignée en empêcha le développement. Au bout de quelque temps, la malade était complétement guérie. Il ne faudrait donc pas balancer à imiter la conduite de ce savant professeur en pareil cas, et surtout lorsque l'artérite, bien que produisant la gangrène, sera accompagnée de vives douleurs, d'une grande tuméfaction, de plénitude et de dureté dans le pouls, et de coloration marquée du visage. Cette médication toute rationnelle a d'ailleurs reçu la sanction de l'expérience; plusieurs faits du genre de celui que nous avons rapporté se sont présentés depuis à Dupuytren, et le même traitement a été suivi du même succès. Nous espérons bien que l'on ne conclura pas de ce qui précède qu'il faut traiter toutes les gangrènes spontanées par les antiphlogistiques; qu'on se reporte à nos considérations générales sur l'artérite.

Lorsque, par l'emploi de ces moyens, on sera parvenu à borner la gangrène, il faudra s'occuper de faciliter la chute des escarres. Les topiques et les pansements auxquels il faut avoir recours pour obtenir ces résultats seront indiqués quand nous traiterons des gangrènes en général (voyez *Gangrène*).

### De l'aortite.

On connaît mieux l'inflammation de l'aorte que celle des autres artères. La science possède surtout un grand nombre de faits d'anatomie pathologique sur cette phlegmasie, et c'est principalement sur l'aorte qu'ont été observées les altérations de tissu que nous avons indiquées comme les caractères anatomiques de l'inflammation de ces vaisseaux en général : nous ne les exposerons donc pas une seconde fois.

L'aortite reconnaît les mêmes causes que la phlegmasie des autres artères; mais on la rencontre souvent sur les cadavres,



sans qu'aucune de ces causes ait existé : cela s'observe surtout à la suite des gastro-entérites très intenses, et dans les cas d'*hypertrophie* du ventricule gauche. Ne pourrait-on pas se rendre raison du développement de cette inflammation par l'effet des gastro-entérites violentes, en admettant que la forte irritation que le cœur éprouve dans ces phlegmasies se communique à l'aorte, et y prend le caractère inflammatoire? N'est-ce pas même à cette circonstance que certaines gastro-entérites doivent l'opiniâtreté avec laquelle elles résistent aux moyens antiphlogistiques les plus puissants? Quelques faits que nous avons observés à l'Hôtel-Dieu tendent à nous le faire croire, et la lecture de l'ouvrage de M. Bouillaud nous a fortifiés dans cette opinion (1). Ce médecin pense que la violence avec laquelle le cœur hypertrophié lance le sang dans l'aorte peut être regardée comme la cause de l'aortite dans quelques cas; cela est probable, mais on ne pourra jamais en acquérir la preuve. Cette inflammation n'est pas toujours bornée à l'aorte; elle s'étend le plus ordinairement à la membrane interne du cœur, quelquefois à l'artère pulmonaire et à ses ramifications, et même aux veines caves et pulmonaires; ce qui prouve de plus en plus que l'inflammation commence ordinairement par la membrane interne du cœur, d'où elle s'étend aux gros vaisseaux, et qu'elle est l'effet de l'inflammation d'un organe éloigné.

Il est rare que l'on parvienne à diagnostiquer l'aortite. La principale difficulté vient de ce qu'elle existe rarement isolée, et que ses symptômes, déjà fort obscurs, sont masqués par ceux de l'affection qu'elle complique. Le seul signe qui puisse la faire connaître consiste dans des pulsations plus fortes que dans l'état normal : elles se font sentir vers l'échancrure du sternum pour l'aorte thoracique, et à l'abdomen pour l'aorte abdominale; elles sont simples, ce qui les distingue des battements du cœur; en général, elles sont moins fortes que celles de la dilatation ou anévrisme de l'aorte; enfin, elles sont moins étendues.

L'inflammation de l'aorte est susceptible de guérison. MM. Bertin et Bouillaud en rapportent deux exemples (2). Son traitement

(1) Voyez l'ouvrage publié par cet habile observateur sous le titre de *Traité clinique des maladies du cœur*, 2e édition. Paris, 1841, 2 vol. in-8°.

(2) *Traité des maladies du cœur*. Paris, 1824, pages 76 et suivantes.

ne diffère pas de celui des autres phlegmasies; les saignées générales et locales, la diète et les boissons délayantes en font la base: le repos est de nécessité absolue; on emploie avec succès la digitale, dont on augmente graduellement la dose.

### De la phlébite (1).

La phlébite, ou l'inflammation des veines, est beaucoup plus fréquente que celle des artères, et comme en même temps elle attaque souvent les veines des membres, et que ces vaisseaux sont en général superficiels, on a pu l'observer avec soin et en tracer l'histoire assez complète.

*Causes.* La phlébite est, ainsi que nous l'avons déja dit ailleurs, un des accidents fréquents de la saignée : cette opération en est la cause la plus commune. Il n'est pas rare d'observer encore à la suite des grandes plaies, des grandes opérations, et principalement après les amputations, une série d'accidents graves que l'on a attribués à la phlébite; mais comme ce sujet offre encore de l'obscurité, nous en parlerons à l'occasion des plaies, où il sera mieux placé qu'ici (2); quoi qu'il en soit, la contusion des veines, les déchirements de leurs parois, les compressions, les ligatures, et l'injection des substances irritantes dans leur cavité, la produisent aussi quelquefois. L'état variqueux de ces vaisseaux les prédispose à l'inflammation; ils s'enflamment aussi par l'excision des varices, par le contact de parties enflammées, ulcérées et suppurées autour d'elles, et principalement lorsque ces parties viennent à être atteintes par la *pourriture d'hôpital.* (Voyez cette maladie.) Quelquefois la phlébite accompagne la phlegmasie des artères; plusieurs médecins l'ont observée dans le tétanos; enfin elle se développe dans quelques cas sans que les causes en soient appréciables.

(1) *De la phlébite utérine et de la phlébite en général considérée principalement sous le rapport de leurs causes et de leurs complications*, par M. Dance; *Archiv. génér. de méd.* Paris, 1829, t. XVIII, p. 473, t. XIX, p. 5, 16.—Voyez aussi le *Traité des maladies des artères et des veines*, par Hogdson, traduit par M. Breschet; et l'excellent article que MM. Breschet et Villermé ont consacré à cette maladie dans le *Dict. des sciences médicales*, t. XLI. — J. Cruveilhier, *Anat. pathol.*, livraisons XI, XIII, XVI, XXVII, XXXV, in-fol., fig. col.

(2) *Mémoire sur quelques accidents très communs à la suite des amputations des membres*, par M. Blandin (*Journ. hebd.*, t. II, p. 579, 1829).



*Symptômes, marche et durée.* Une douleur se développe dans le trajet de la veine, en commençant par le point qui a été immédiatement soumis à l'action de la cause; elle devient tensive, et augmente par le toucher; le tissu cellulaire voisin se gonfle et s'enflamme, et le membre entier participe quelquefois à l'état inflammatoire. Lorsque le vaisseau enflammé est superficiel, la peau rougit, devient sensible et rénitente tout le long de son trajet; les autres veines sous-cutanées se dessinent parfois aussi à l'extérieur par un réseau rouge. Dans quelques cas, si l'on pousse le sang vers le cœur par des frictions, on voit la colonne de liquide faire un léger mouvement rétrograde au moment où l'on cesse de frictionner. La veine enflammée forme plus tard une corde noueuse, roulant sous le doigt, tendue dans la direction du vaisseau, et qui borne les mouvements du membre dans certains sens; quelquefois il se développe des abcès le long du trajet de la veine, et un érysipèle superficiel envahit tout le membre. Nous avons dit que l'inflammation se propageait presque toujours dans la direction du cœur; la douleur que provoque la pression se fait sentir dans cette direction.

Lorsque la phlébite succède à la saignée, un picotement, qui devient bientôt douloureux, commence d'abord à se faire sentir dans la piqûre, quelques heures après l'opération. Cette douleur ne tarde pas à augmenter et à s'étendre; la petite plaie devient béante, puis ses bords se durcissent; il s'en échappe du sang altéré, de la sanie et enfin du pus. Les parties environnantes se gonflent et quelquefois s'enflamment : tout diminue ordinairement vers le sixième ou huitième jour.

On connaît peu les phénomènes sympathiques que provoque l'inflammation des veines lorsqu'elle est intense; cependant les auteurs s'accordent assez à ranger au nombre de ces phénomènes la fréquence et la dureté du pouls, la rougeur de la face, la céphalalgie et quelquefois le délire. Dans certains cas on voit se déclarer des symptômes ayant la plus grande analogie avec ceux du *typhus*. Cela n'a lieu que lorsque du pus s'est formé en assez grande quantité dans les veines enflammées, et qu'il est entraîné dans le torrent circulatoire. On voit alors en effet survenir fré-



BIBLIOTECA

quemment des frissons violents et subits, irréguliers en général, mais quelquefois affectant une sorte de périodicité; les traits de la face se décomposent rapidement, et les malades tombent dans un état de prostration extrême; ils délirent vaguement, et surtout pendant la nuit; ils éprouvent en diverses régions des douleurs survenant sans cause appréciable; la langue rougit, se dessèche, se recouvre d'un enduit noirâtre, le ventre se ballonne, le dévoiement se manifeste, la respiration est accélérée, anxieuse, entrecoupée par une petite toux rare et sèche, la peau se couvre fréquemment d'une sueur abondante, quelquefois il s'y fait une éruption de pétéchies, elle se gangrène avec une grande promptitude dans les points soumis à la pression du corps, souvent une parotide s'engorge; enfin le tremblement de la langue, les mouvements convulsifs des lèvres, les soubresauts des tendons se manifestent, le pouls devient lent, petit, dépressible, et les malades ne tardent pas à succomber. Enfin, au lieu de ces symptômes, on n'observe souvent que ceux d'une phlegmasie cérébrale, pulmonaire, gastro-intestinale ou hépatique, survenant d'une manière brusque et inopinée, et devenant rapidement très grave.

*Terminaisons et pronostic.* La phlébite se termine par résolution lorsqu'elle est peu étendue, et la veine reprend ses fonctions; mais ce cas est rare, et la suppuration en est la terminaison la plus ordinaire. Quelquefois les parois de la veine enflammée contractent des adhérences entre elles, ou bien le pus qui la remplit se concrète; dans l'un et l'autre cas elle s'oblitère, et si l'oblitération porte sur le tronc principal d'un membre ou d'une partie quelconque, ce membre ou cette partie s'infiltrent par le défaut d'absorption veineuse, et deviennent le siége d'une hydropisie en quelque sorte mécanique (1). Les veines s'ulcèrent quelquefois et finissent même par se perforer, et une hémorrhagie mortelle en est quelquefois la suite; elles ne se gangrènent jamais, lors même que toutes les parties qui les environnent sont elles-mêmes frappées de gangrène, et on les trouve ordinairement intactes, ainsi que les artères et les nerfs, au milieu des sphacèles

(1) *De l'oblitération des veines regardée comme cause d'hydropisie*, par M. Bouillaud (*Archives générales de médecine*, t. II, pag. 188, et t. V, page 94).



les plus profonds. La phlébite spontanée est souvent mortelle, à moins qu'elle ne soit peu étendue; elle devient surtout presque constamment funeste lorsque le pus est transporté en quantité un peu considérable dans le torrent circulatoire; elle est au contraire en général légère, lorsqu'elle est produite par une cause extérieure et locale, excepté cependant dans les cas où cette cause consiste dans la piqûre d'un instrument imprégné de matières putrides.

*Caractères anatomiques.* La dissection des veines enflammées les montre avec les altérations suivantes : rougeur de la tunique interne, épaississement, perte de la densité, aspect fongueux, décollement facile d'avec la tunique moyenne; injection, gonflement, infiltration sanguine et quelquefois purulente de la tunique externe; épaississement et accroissement de densité de la tunique moyenne; conversion de toute la veine en un cordon d'un rouge foncé; pus, couche de lymphe coagulée, lamelles concentriques de fibrine, caillots plus ou moins denses et adhérents dans l'intérieur de la veine, qui est quelquefois complétement oblitérée. Lorsque l'inflammation est chronique, on trouve toutes les parois de la veine épaissies, résistantes, plus denses que dans l'état ordinaire : la tunique interne est rugueuse, inégale, et se détache facilement de la moyenne; elle est d'un violet rougeâtre; du pus, des fausses membranes ou des caillots remplissent la veine, qui est tantôt dilatée et tantôt rétrécie. Il est à remarquer que l'ossification ne se rencontre pas dans les veines. Les varices sont souvent un effet de leur inflammation. (Voyez *Varices.*)

*Traitement.* La phlébite, bornée à une petite étendue, cède presque toujours assez promptement aux topiques froids dès le début, et, lorsqu'elle est plus avancée, aux fomentations émollientes et narcotiques, aux cataplasmes de même nature, aux bains locaux très prolongés, enfin à l'application de quelques sangsues sur le trajet de la veine, dans les cas où l'inflammation a quelque intensité. J. Hunter a employé avec succès la compresion au-dessus de l'endroit enflammé : cette pratique est rationnelle, puisque l'inflammation des veines se propage presque constamment dans la direction du cœur. M. B. Travers la regarde comme inutile, en raison de la difficulté avec laquelle s'établis-

BIBLIOTECA

sent les adhérences entre les parois de ces vaisseaux : cette objection nous semble porter à faux. En effet, si les parois veineuses contractent rarement des adhérences, c'est parce que le cours continuel du sang enlève sans cesse le pus ou la lymphe concrescible qui résultent du travail inflammatoire et qui sont les éléments nécessaires de l'adhésion ; mais lorsque la veine est comprimée, le cours du sang y est interrompu, les matériaux qui doivent former l'adhérence séjournent, et peuvent par conséquent s'organiser. Mais cette compression est-elle toujours un moyen sûr d'empêcher l'inflammation de s'étendre ? Il est permis d'en douter ; et lorsque la veine est facile à atteindre par les instruments, et trop peu considérable pour produire une hémorrhagie inquiétante, il serait peut-être préférable d'en opérer la section complète au-dessus du point enflammé, ainsi que le proposent MM. Breschet et Villermé (1).

M. Piorry a essayé la compression des artères radiale et cubitale dans un cas de phlébite de la basilique du bras ; en même temps il avait fait placer le membre dans une position déclive, le point enflammé occupant la partie supérieure du plan incliné. Le malade a guéri de sa phlébite ; mais comme on a employé concurremment avec les moyens ci-dessus une application de quatre-vingts sangsues et des cataplasmes émollients, on reste dans le doute sur la part que la compression artérielle peut avoir eue dans la guérison. Il serait bon de répéter cette expérience.

Lorsque la phlébite est très intense, et qu'elle provoque des sympathies, lorsque surtout elle s'est développée spontanément, il faut avoir recours à un traitement antiphlogistique plus énergique que celui que nous venons d'exposer. Les saignées générales surtout doivent être employées avec persévérance ; une diète absolue est indispensable ; les boissons aqueuses abondantes et les bains sont éminemment utiles.

Enfin, il se forme quelquefois des abcès le long des veines enflammées : il faut procéder immédiatement à leur ouverture.

1) *Dictionnaire et article cités.*



### De l'inflammation des sinus de la dure-mère.

M. Tonnelé a rapporté dans un mémoire intéressant (1) quelques faits qui tendraient à faire croire que les sinus de la dure-mère peuvent être frappés d'inflammation. Mais outre que la nature des désordres qu'il a observés est douteuse, il n'a pu rattacher encore aucun symptôme particulier à ces lésions, et encore moins a-t-il pu leur assigner un traitement. Deux faits nous paraissent seulement devoir être notés ici : l'un est la coïncidence fréquente de la teigne avec les altérations morbides des sinus ou du sang qu'ils contiennent ; l'autre consiste dans l'existence très commune aussi d'un épanchement plus ou moins considérable de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde, résultant de l'obstacle qu'éprouve le cours du sang dans les sinus plus ou moins complétement oblitérés. Nous renvoyons nos lecteurs au mémoire de M. Tonnelé.

### De la phlébite utérine (2).

Reconnue presque en même temps par Chaussier, Schwilgué, MM. Ribes, Husson, Clark et Wilson, signalée pour la première fois par M. Breschet, mais surtout étudiée et décrite avec soin par Dance, l'inflammation des veines de l'utérus paraît constituer la majeure partie des *métrites* qui surviennent après l'accouchement

*Causes.* On n'observe jamais la phlébite utérine qu'après l'accouchement ; quelquefois elle survient sans cause connue, mais le plus ordinairement elle succède aux accouchements laborieux, à l'exercice prématuré, au séjour prolongé de caillots sanguins, de débris de placenta ou des membranes de l'œuf dans la cavité de l'utérus. Il est facile de concevoir la manière d'agir de toutes ces causes. Après l'accouchement, plusieurs grosses veines utérines restent en quelque sorte béantes à la surface interne de la matrice, et s'il a fallu porter la main dans cet organe, soit pour

(1) *Mémoire sur les maladies des sinus de la dure-mère* (*Journal hebdomadaire de médecine*, 1829, t. V, p. 337). — *Recherches sur la phlébite des sinus de la dure-mère à la suite de l'otorrhée purulente* (*Archives de médecine*, 1841).

(2) Breschet, traduction du *Traité des maladies des artères et des veines*, par Hogdson. Paris, 1819, t. II, p. 433. — Dance, *mémoire cité.*

BIBLIOTECA

le débarrasser de caillots, soit pour décoller le placenta, si les orifices de ces veines sont restés en contact avec du sang ou des débris de placenta putréfiés, si des secousses ont été imprimées à l'utérus encore douloureux par l'effet d'exercices prématurés, on conçoit que l'inflammation s'empare de ces vaisseaux, comme cela arrive quelquefois après la saignée si on exerce trop tôt le bras, et souvent après les piqûres faites avec des instruments imprégnés de matières putrides.

*Symptômes, marche, terminaisons*, etc. Il est en général difficile de distinguer dans les commencements la phlébite utérine de la métrite ordinaire; ce n'est même dans le plus grand nombre des cas que lorsque les symptômes de résorption du pus se manifestent qu'il est possible de diagnostiquer la phlegmasie qui nous occupe; avant cette époque, en effet, le parenchyme de l'utérus participant presque toujours à l'inflammation veineuse, il est presque impossible de faire la part de chacune de ces phlegmasies. Voici cependant, d'après Dance, quels sont les phénomènes locaux qu'on peut rapporter de préférence à la phlébite utérine: le globe que forme naturellement l'utérus après l'accouchement, au lieu de diminuer chaque jour de volume, comme il devrait le faire, reste volumineux, et quelquefois même semble devenir de plus en plus considérable; il dépasse dans quelques cas de plusieurs pouces le rebord supérieur des pubis; en pressant sur la région hypogastrique, on provoque une douleur beaucoup plus vive que celle qui s'observe habituellement dans l'utérus pendant les premiers jours des couches; il s'écoule souvent par la vulve une matière purulente, épaisse, bleuâtre ou bien sanieuse et ordinairement fétide; le col utérin est chaud, tuméfié, entr'ouvert et sensible; enfin il existe quelquefois, comme dans la métrite ordinaire, un sentiment d'ardeur en urinant, avec de la difficulté à excréter les urines. Mais aucun de ces symptômes n'est constant: ainsi, lorsqu'il n'y a qu'un petit nombre de veines enflammées, l'utérus revient souvent à son volume naturel; il n'est pas rare que les malades n'accusent aucune douleur ou n'éprouvent qu'une faible sensibilité à la pression; les lochies n'ont souvent pas changé de nature, et sont seulement diminuées ou supprimées, etc.

Lorsque la suppuration commence à se former dans l'intérieur



des veines enflammées et que le pus est entraîné dans le torrent circulatoire, on voit ordinairement survenir tout-à-coup les accidents généraux que nous avons énumérés en traitant de la phlébite en général. Nous rappellerons que les principaux de ces symptômes consistent dans des frissons vagues, une altération profonde des traits, une prostration des plus considérables, du délire, un pouls fréquent et très dépressible, et tantôt une gêne considérable et imprévue de la respiration, tantôt un ictère, etc.

La phlébite utérine est en général une maladie grave; elle l'est plus que la métrite ordinaire. Il est probable cependant que si on parvenait à la diagnostiquer de bonne heure, on pourrait souvent la faire avorter par un traitement énergique. Sa gravité dépend au reste de l'étendue qu'elle occupe. Bornée à l'utérus, on conçoit qu'elle doive être plus facilement curable que lorsqu'elle se propage aux veines ovariques.

*Caractères anatomiques*. Augmentation du volume de l'utérus, épaississement et ramollissement de ses parois, qui sont en même temps d'une couleur brunâtre ou noirâtre; veines qui rampent dans l'épaisseur de l'organe, remplies de pus plus ou moins consistant; et dans le cas de résorption du pus, engorgements purulents dans les poumons avec inflammation des plèvres, quelquefois abcès dans la rate, le foie, le cerveau, inflammation et ramollissement de la membrane muqueuse digestive; suppurations autour et au-dedans des articulations (1).

*Traitement*. Le traitement de la phlébite utérine ne diffère pas de celui de la métrite aiguë; il consiste dans l'emploi des saignées générales, des applications de sangsues à l'hypogastre et à la vulve, des cataplasmes, des lavements et des demi-bains émollients, des boissons délayantes, de quelques narcotiques et de la diète. Les saignées générales doivent être préférées aux applications de sangsues. Ce traitement doit être employé dans toute sa rigueur et dans toute son énergie dès le début de l'inflammation, car il importe d'en arrêter promptement le cours, afin de prévenir la suppuration des parois veineuses et la résorption du pus. Lorsqu'on n'a pu y parvenir et que l'infection pu-

(1) Dance, *mémoire cité*. — Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*. Paris, 1829-1842, in-fol., fig. color., 4e, 11e, 27e livraisons.

BIBLIOTECA

rulente commence, on peut encore se promettre de grands avantages de l'emploi des saignées générales, puisque les expériences sur les animaux ont démontré que c'était le moyen le plus efficace de faire cesser les accidents que produit l'introduction des matières putrides dans la circulation. La prostration et la faiblesse du pouls ne doivent pas arrêter ; effets de la présence du pus dans le sang, et du contact de ce sang vicié sur les principaux organes, le cerveau et le cœur, on les voit diminuer chez les animaux soumis aux expériences au fur et à mesure qu'on les saigne; et l'analogie porte à croire qu'il en serait de même chez l'homme. Enfin, on secondera les bons effets par l'emploi intérieur des médicaments dits anti-septiques, si l'état des voies digestives permet d'y avoir recours.

La phlébite utérine est une affection si grave qu'on doit toujours tout tenter pour la prévenir. Lors donc qu'après l'accouchement l'utérus reste volumineux et que sa sensibilité paraît s'accroître, il faut immédiatement recouvrir l'hypogastre de cataplasmes émollients, et imposer un régime sévère à la malade. Si des caillots ou des débris de placenta sont restés dans la cavité de l'utérus, il pourrait être utile de porter des injections émollientes jusqu'au sein de cet organe lui-même. Enfin, lorsque ces corps étrangers se putréfient par leur séjour prolongé, on ajoute avec avantage quelques gouttes de chlorure d'oxide de sodium au liquide des injections tant que la sensibilité de l'organe n'est pas augmentée.

### De la choroïdite.

La choroïde étant une membrane essentiellement vasculaire, nous plaçons ici son inflammation.

L'histoire de cette maladie est un sujet neuf; M. Mackenzie est e premier auteur qui en ait décrit les symptômes et le traitement.

*Causes.* La choroïdite est plus commune chez les femmes que chez les hommes, plus commune chez les individus pléthoriques, sujets aux hémorrhoïdes ou à d'autres flux sanguins; chez les individus dont les yeux sont continuellement exposés au feu, ou qui travaillent avec des verres grossissants, ou sur des objets d'un petit volume; l'état de grossesse y prédispose, ainsi que toute compression des organes du bas-ventre, de la poitrine ou du col; on la rencontre enfin plus spécialement chez les individus dont les yeux sont saillants et dont les iris sont fortement foncés.



*Symptômes et marche.* L'examen des signes propres à la choroïdite est difficile à faire, à cause de la profondeur à laquelle est placée la membrane choroïde dans le globe oculaire; mais en général elle se trahit à l'extérieur par les caractères anatomiques et physiologiques suivants.

Le malade accuse, au début, une sorte de plénitude, de tension et d'augmentation de volume de l'iris; le toucher de l'organe y fait sentir une certaine rénitence qui ne lui est pas naturelle; de plus le regard est fixe et comme hébété. La membrane sclérotique prend une coloration bleuâtre, plus marquée dans certains points distincts (quand la maladie est partielle). Cette coloration bleuâtre, qui tient à l'amincissement de la sclérotique, à travers laquelle le tissu de la choroïde gonflée manifeste mieux sa présence, se montre sous forme de plaques, de lignes ou de stries plus ou moins saillantes qui finissent par devenir des tumeurs bosselées, bleuâtres ou brunâtres qu'on nomme staphylomes de la choroïde et crisophthalmie, suivant qu'elles sont partielles ou générales. La pupille est souvent déformée; mais à travers son ouverture, on peut voir que le fond de l'œil offre une teinte verdâtre ou une teinte rouge due à une exsudation sanguine; enfin la cornée est opaque à sa circonférence, et semble envahie par la choroïde; en même temps la conjonctive et le tissu cellulaire sous-conjonctival deviennent le siége d'une injection qui forme autour de la cornée une couronne semblable à celle d'une fleur radiée. Le malade voit comme à travers un brouillard ou de la fumée, et suivant M. Mackenzie, il est souvent affecté de diplopie et d'hémiopie. La photophobie s'observe rarement, ainsi que les visions d'objets colorés.

La marche de la choroïdite est aiguë ou chronique; souvent elle n'affecte qu'un seul œil d'abord.

Son *pronostic* est généralement grave; car si elle se termine quelquefois par résolution, plus souvent elle amène la perte partielle ou totale de la vue par les staphylomes qu'elle produit, par les épanchements auxquels elle donne lieu, et qui causent tôt ou tard la paralysie de la rétine par la pression qu'ils exercent sur cette membrane.

BIBLIOTECA