

CHAPITRE VI

MALADIES DE LA CHOROÏDE

I. — INFLAMMATION DE LA CHOROÏDE.

§ 77. — L'inflammation de la choroïde (choroïdite), lorsqu'elle est limitée à cette membrane, ne cause ni manifestations inflammatoires extérieures, ni douleurs. L'œil garde un aspect normal et la maladie ne se trahit pour le patient que par les troubles visuels, pour le médecin que par les lésions ophtalmoscopiques. Si l'affection frappe la partie antérieure de l'uvée, elle se manifeste extérieurement par les symptômes de la cyclite et de l'iritis — *iridochoroïdite*. La choroïdite se divise en une choroïdite non suppurative et une suppurative, suivant que l'exsudation disparaît par résorption ou devient purulente. La forme ordinaire de la choroïdite est la non suppurative, que l'on appelle choroïdite exsudative. L'iridochoroïdite non suppurative a d'habitude une marche torpide, c'est l'iridochoroïdite chronique (p. 375). Dans la choroïdite suppurative, l'inflammation ne reste que rarement limitée au segment postérieur de l'œil. Généralement, il s'agit d'une inflammation purulente des membranes internes de l'œil, laquelle, dans les cas graves, porte à bon droit le nom de panophthalmite.

A. — CHOROÏDITE EXSUDATIVE (non suppurative).

Symptômes. — La choroïdite exsudative se présente le plus souvent sous forme de foyers isolés disséminés à la surface de la choroïde (fig. 161). Tant que ces foyers sont récents, ils apparaissent à l'ophtalmoscope comme des taches jaunâtres, à limites peu nettes, appliquées sur le fond de l'œil rouge sous les vaisseaux de la rétine. Ce qui paraît jaune est l'exsudat qui recouvre le rouge des vaisseaux choroïdiens; de plus, la rétine sus-jacente est grise et trouble; elle estompe donc d'un léger

voile le foyer choroïdite sous-jacent. A mesure que l'exsudat disparaît par résorption, la choroïde réapparaît, mais sous un autre aspect: elle est atrophiée, privée de son pigment, et çà et là transformée en tissu conjonctif cicatriciel. C'est ainsi que l'on voit le point malade devenir plus clair après la disparition de l'exsudat jaune. Quand la choroïde est tout à fait atrophiée, on trouve à sa place une tache blanche, qui est la sclérotique blanche devenue apparente. Dans d'autres cas, on peut reconnaître des restes de vaisseaux et de pigment choroïdiens dans la cicatrice

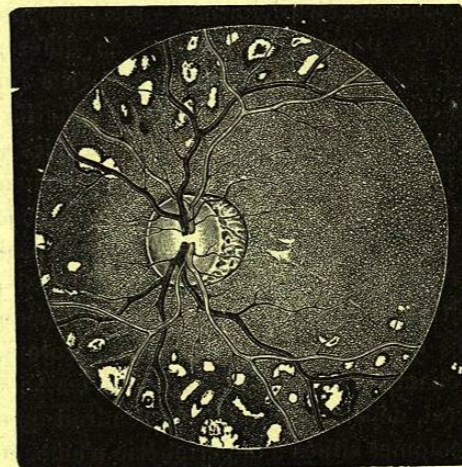


FIG. 161. — *Choroïdite disséminée*, d'après Wecker. — La choroïdite a envahi un œil myope; cela se reconnaît au croissant atrophique qui embrasse la papille à son côté temporal. Le croissant est bien limité du côté de la papille par l'anneau sclérotical, du côté temporal par un anneau pigmentaire; il laisse voir, dans toute son étendue, les restes des vaisseaux choroïdiens ainsi que du pigment. Les foyers choroïdites occupent particulièrement la région équatoriale du fond de l'œil. Ils sont blancs, et bordés d'un liséré pigmenté tantôt large, tantôt étroit; beaucoup d'entre eux portent des taches pigmentaires. Les vaisseaux rétiens, passant très nettement sur les taches et le pigment, sont donc situés plus en avant.

blanche. Plus tard, le pigment prolifère souvent, de façon que les plaques de choroïdite sont bordées par un cercle de pigment noir ou tachetées de noir (fig. 161). Les taches dépigmentées ou colorées en noir, qui ont persisté après la disparition de la choroïdite, peuvent être justement considérées comme des cicatrices de la choroïde.

Il est facile de comprendre que la rétine, en contact immédiat avec la choroïde, est également entreprise par l'inflammation dans l'étendue des points affectés. Lorsque la participation de la rétine à l'inflammation est particulièrement évidente, on désigne l'affection sous le nom de rétinochoroïdite. D'ailleurs, l'exsudat fourni par la choroïde ne s'arrête pas seulement dans la rétine, mais traverse cette membrane et envahit le corps vitré. Aussi des opacités du corps vitré produites de cette façon accompagnent presque constamment la choroïdite.

C'est à cause de la participation de la rétine et du corps vitré à l'inflammation que se manifestent des *troubles visuels* de diverse nature, qui éveillent l'attention du malade. L'acuité visuelle est diminuée dans son ensemble par le trouble de transparence du corps vitré et l'hyperémie de la rétine. Aux endroits occupés par les foyers inflammatoires, la vue peut être entièrement perdue, de sorte qu'il existe des lacunes en forme d'îlots — des scotomes — dans le champ visuel (voir p. 37). Comme, au niveau des foyers inflammatoires, la rétine est soudée à la choroïde, et que ses éléments n'occupent plus leur situation normale, les objets dont l'image tombe sur ces points peuvent être déformés — métamorphopsie. C'est ainsi que des lignes droites paraissent courbées de différentes manières. D'autres fois aussi, les objets paraissent plus petits (micropsie). Tant que l'inflammation est récente, des symptômes irritatifs se manifestent également du côté de la rétine ; il existe entre autres des sensations lumineuses subjectives (photopsies), telles que du scintillement, la vue d'étincelles, de boules de feu, etc. Ces phénomènes incommodes et effrayent quelquefois les patients à un haut degré. — Lorsqu'après la disparition de l'inflammation, l'atrophie a envahi la choroïde ainsi que la couche avoisinante de la rétine, il se manifeste, au lieu de phénomènes d'irritation, des symptômes qui indiquent l'existence de scotomes, c'est-à-dire de lacunes dans le champ visuel. L'influence que les scotomes exercent sur la vue, en général, dépend avant tout de l'endroit qu'ils occupent sur fond de l'œil. Les scotomes situés à la périphérie n'amènent qu'un trouble modéré de la vue, même quand ils sont assez nombreux, et, s'ils sont isolés, ils échappent habituellement à l'observation du patient. En revanche, lorsque le scotome occupe la tache jaune, les troubles visuels en sont d'autant plus prononcés. Alors la vision directe est entamée et l'œil est incapable d'exécuter aucun travail minutieux. Le premier cas se réaliserait dans la choroïdite représentée par la figure 161, le second dans celle représentée par la figure 163.

La *marque* de la choroïdite est chronique. Il faut plusieurs semaines pour que les foyers exsudatifs soient devenus atrophiques. Quant aux opacités du corps vitré, elles persistent encore beaucoup plus longtemps et souvent ne disparaissent plus jamais. C'est surtout par ses tendances à la récurrence que la choroïdite est dangereuse. Par suite de cette circonstance, il survient constamment de nouveaux foyers malades dans la choroïde, tellement qu'à la fin elle est entièrement occupée par des taches vieilles et récentes. Il s'y ajoute finalement de l'atrophie de la rétine et du nerf optique, de sorte que les cas opiniâtres de choroïdite se terminent par une cécité partielle ou complète de l'œil. Lorsque l'affection de la choroïde est avancée, le cristallin ne manque presque jamais de s'opacifier — cataracte compliquée.

Étiologie. — La choroïdite exsudative est une affection fréquente et qui s'observe à tout âge. La syphilis, tant acquise qu'héréditaire, est une de ses causes habituelles. On a également observé des cas de choroïdite congénitale dépendant de syphilis héréditaire. En outre, la choroïdite peut se développer à la suite de troubles de nutrition de diverses sortes, tels que l'anémie, la chlorose, la scrofule, etc. Dans un grand nombre de cas, la cause de la choroïdite reste obscure.

Très souvent, la myopie se complique d'altérations de la choroïde, qui ne se trouve qu'exceptionnellement normale dans les degrés élevés de la myopie (fig. 163). Mais les altérations que l'on observe ici dans la choroïde sont en tous cas bien moins celles d'une choroïdite proprement dite que d'une atrophie primitive de cette membrane. Celle-ci résulte de la distension subie par la choroïde, quand tout le segment postérieur de la sclérotique se distend en arrière, comme c'est le cas dans la myopie élevée.

Le *traitement* de la choroïdite doit surtout être dirigé contre le facteur étiologique. Lorsqu'on peut atteindre la cause, comme par exemple dans la syphilis, on obtient de prompts succès. La choroïdite syphilitique fournit, en effet, le meilleur pronostic : par une cure antisyphilitique énergique, on peut obtenir une prompte amélioration et souvent même une guérison complète. Mais on ne peut prévenir les fréquentes récurrences, qui, en définitive, peuvent amener la perte de la vue.

Le traitement des altérations locales doit avoir pour objectif d'obtenir une prompte résorption des exsudats de la choroïde, de la rétine, ainsi que du corps vitré. Dans ce but sont indiqués l'iodure de potassium ou, éventuellement, des frictions mercurielles, qui, même dans les cas non syphilitiques, peuvent rendre de bons services par leur action résolutive ; ensuite des cures sudorifiques et les injections sous-conjonctivales de sel marin. Si le fond de l'œil est très injecté, on peut recourir à une soustraction sanguine, au moyen de six à dix sangsues placées à l'apophyse mastoïde. Il faut y ajouter ce qu'on appelle la diététique oculaire, c'est-à-dire l'abstention de tout effort de l'œil, la soustraction de l'organe à l'action de la lumière par l'usage de lunettes fumées, et, éventuellement, le séjour dans une chambre noire.

La différence entre les exsudats de fraîche date et les vieilles taches atrophiques de la choroïde se reconnaît aux signes suivants : les exsudats sont de teinte jaune ou blanc jaunâtre, à limites confuses, et ne laissent pas reconnaître les vaisseaux choroïdiens. Si, par hasard, des vaisseaux rétinien passent sur les exsudats, ils sont arqués ; ce qui démontre que la rétine présente à ces endroits une voussure produite par l'exsudat. Les taches atrophiques, au contraire, sont d'un blanc pur, irrégulièrement mais nettement limitées, souvent par un liséré pigmenté. Au milieu des plaques atro-

phiques même, il se rencontre des taches pigmentées; il arrive même quelquefois que la prolifération pigmentaire est si abondante que finalement les plaques deviennent entièrement noires. En outre, on peut remarquer dans les taches atrophiques des reliquats de vaisseaux choroïdiens. Les parois en sont fréquemment épaissies et d'aspect blanchâtre, ou bien on les voit complètement oblitérés et transformés en cordonnets clairs. — Dans les cas d'ancienne rétino-choroïdite, le pigment passe souvent de la choroïde dans la rétine. On reconnaît que le pigment est situé dans la rétine à ce que les vaisseaux rétiens, traversant ces endroits, sont cachés par le pigment, tandis qu'ils passent, sans perdre de leur netteté, au-devant du pigment situé dans la choroïde.

On rencontre des cas où l'atrophie n'atteint que l'épithélium pigmentaire, qui disparaît graduellement. Alors le stroma choroïdien avec ses vaisseaux et ses espaces intervasculaires est mis à découvert, et l'on voit l'image du fond de l'œil tigré (fig. 163), tel qu'on l'observe dans certaines conditions physiologiques. Cette image ophtalmoscopique se voit aussi bien dans les affections de la choroïde que dans celles des couches externes de la rétine, à laquelle appartient l'épithélium pigmenté. Cet état se présente encore dans le glaucome, dans la myopie élevée, dans la rétinite pigmentaire spécifique, etc. — Chez les vieillards, on trouve quelquefois dans la choroïde de toutes petites taches d'un blanc jaunâtre, qui sont souvent bordées d'un liséré foncé. Ces taches correspondent à des excroissances glanduleuses de la lame vitrée de la choroïde, au niveau desquelles l'épithélium pigmentaire a été détruit.

Les choroïdites qui ne se présentent qu'en foyers isolés se divisent en plusieurs formes, suivant la localisation de l'inflammation.

1° *La choroïdite centrale.* — Elle se distingue par la présence d'un foyer exsudatif, occupant la région de la macula lutea, et produit ainsi un scotome central. La cause la plus fréquente en est la myopie, qui, lorsqu'elle est élevée, est, dans un âge avancé, presque régulièrement la source d'altérations dans la tache jaune, altérations qui sont surtout de nature atrophique (fig. 163). Des altérations inflammatoires localisées à cet endroit se rencontrent souvent dans la syphilis, où la macula lutea est fréquemment occupée par un exsudat épais, se transformant, ultérieurement, en une masse de tissu conjonctif d'un gris bleuâtre. De même après les traumatismes atteignant l'œil en entier, tels que des contusions, pénétration de corps étrangers dans le corps vitré, etc., il peut se développer des altérations limitées à la région maculaire; on doit donc la considérer comme une portion particulièrement vulnérable du fond de l'œil. Enfin, chez certains vieillards, on observe une affection de la macula, qui, d'ordinaire, atteint les deux yeux à peu près de la même manière et qui dépend de modifications séniles.

2° *La choroïdite disséminée.* — Cette choroïdite se distingue par la présence de nombreuses taches arrondies ou irrégulières, disséminées sur le fond de l'œil (fig. 161). C'est une forme éminemment chronique, dans laquelle se produisent d'ordinaire sans cesse de nouvelles taches. Finalement toute la

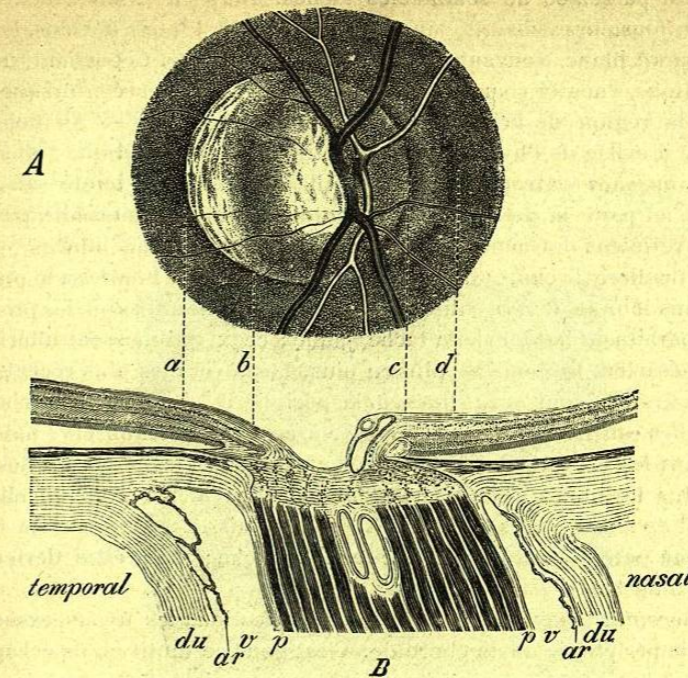


FIG. 162. — Papille optique dans la myopie.

A. Aspect ophtalmoscopique de la papille. — La papille est elliptique, à grand axe vertical. Elle montre dans sa moitié externe la grande excavation physiologique, au fond de laquelle se voit le pointillé gris de la lame criblée, tandis que les vaisseaux centraux émergent au bord interne de l'excavation. Le croissant pâle *ab* est accolé au bord externe de la papille, sans qu'il existe de limite nette entre eux. Ce croissant est blanc (tandis que la papille est rougeâtre) et parsemé de taches brunes allongées, reste du pigment du stroma choroïdien. Le bord temporal du croissant est tranché, et la choroïde qui l'avoiisine un peu plus pigmentée. Au contraire, dans le voisinage du bord interne de la papille, la choroïde montre une coloration un peu plus claire, de *c* en *d*, formant ainsi, au bord nasal de la papille, un croissant jaunâtre peu marqué.

B. Coupe longitudinale à travers la papille. Gross. 14/1. — Ce qui frappe d'abord le regard, c'est le tiraillement du nerf optique au niveau de l'orifice ménagé pour son passage dans la sclérotique et la choroïde. Les faisceaux du nerf optique, aussi loin qu'ils sont constitués par des fibres à myéline, sont colorés en noir à l'hématoxyline par la méthode de Weigert; entre eux, on reconnaît les travées restées claires et la coupe longitudinale de l'artère et de la veine centrale. La coloration noire s'arrête brusquement à la lame criblée. Au-devant de celle-ci, la papille montre l'excavation physiologique, sous forme d'une fossette dont la paroi, à l'endroit le plus profond, est constituée par la lame criblée. La paroi temporale de l'excavation se continue peu à peu dans la rétine, tandis que la paroi nasale tombe à pic et porte la coupe des vaisseaux centraux. Le tronc du nerf optique en totalité s'insère obliquement au globe, ce que l'on remarquera mieux si l'on compare cette figure avec la figure 10, mais la distorsion est la plus marquée au point où le nerf traverse la sclérotique et la choroïde. La paroi temporale du canal scléro-choroïdien regarde par conséquent un peu en avant. A cause de la transparence de la rétine, qui la recouvre, elle apparaît, vue de face (à l'ophtalmoscope), sous forme d'un croissant pâle, s'étendant de *b* à *a*, où commence l'épithélium pigmenté. Le pigment du stroma choroïdien s'étend un peu plus en dedans que celui-ci; c'est ainsi qu'on le voit sous l'apparence de taches brunes sur le croissant blanc. La paroi nasale du canal sclérotal est en revanche tournée en partie en arrière, de sorte qu'elle se place en *cd*, au-devant du nerf optique, reporté, pour la plus grande partie, du côté interne. Mais ce déplacement n'intéresse pas seulement le canal sclérotical, mais encore l'orifice ménagé dans la choroïde; aussi, celle-ci est tirée jusqu'en *c*, par-dessus le bord nasal du nerf optique. Comme la partie nasale de la papille, recouverte par la choroïde et la sclérotique, n'est pas clairement visible à l'ophtalmoscope, la papille paraît rétrécie dans le sens horizontal. Pourtant cette partie recouverte par la sclérotique et la choroïde transparait encore: de là ce croissant jaunâtre à limites vagues qu'on voit au bord interne de la papille (*A, cd*). Le tiraillement du nerf optique, au niveau de la choroïde, s'étend aussi à ses gaines. La gaine durale *du* et la gaine arachnoïdienne *ar*, qui lui est adjacente, sont éloignées du nerf, surtout du côté externe, et l'espace intervaginal *vv* est ainsi élargi, la gaine piale *p* reste, au contraire, intimement unie au tronc nerveux.