

choroïde est parsemée de semblables taches. Alors elles deviennent confluentes en plusieurs endroits, au point que, dans les cas anciens, le fond de l'œil paraît blanc, souvent dans une grande étendue. Cependant, malgré ces altérations, l'acuité visuelle peut être assez bien conservée, lorsque, bien entendu, la région de la macula lutea reste préservée. — Au début de l'affection, il existe de l'hyperémie de la rétine et du nerf optique; plus tard, ces deux organes s'atrophient. La pupille acquiert une teinte sale, gris rougeâtre, et perd la netteté de ses contours (atrophie choroïdique); les vaisseaux rétiniens deviennent plus rares et beaucoup plus minces. — Une forme particulière de choroïdite disséminée est celle que Förster a le premier décrite sous le nom de choroïdite *aréolaire*. Dans cette affection, les premiers foyers apparaissent autour de la tache jaune; ceux qui naissent ultérieurement s'en écartent toujours de plus en plus. Les foyers les plus récents sont donc toujours ceux qui sont situés à la périphérie. La marche de chacune de ces taches est diamétralement opposée à celle que l'on observe habituellement dans les plaques de choroïdite. Ici, les taches les plus récentes sont noires, plus tard elles s'élargissent lentement, en même temps qu'elles se décolorent du centre vers le bord. Elles apparaissent alors sous la forme d'un anneau noir circonscrivant une tache blanche; enfin, elles deviennent tout à fait blanches.

3° *La choroïdite antérieure.* — Dans cette affection, les foyers exsudatifs occupent la périphérie de la choroïde. C'est pour ce motif qu'ils échappent facilement à l'observation, quand on néglige d'examiner, à l'ophtalmoscope, les parties antérieures du fond de l'œil. La choroïdite antérieure se rencontre le plus souvent dans les yeux fortement myopes. Chez les jeunes gens, la choroïdite antérieure s'observe souvent à la suite de syphilis héréditaire. Habituellement la périphérie du fond de l'œil est couverte alors de taches arrondies et noires comme de l'encre (voir p. 223). Maintes fois, la choroïdite antérieure s'accompagne d'une large zone d'atrophie choroïdienne entourant la papille. — Chez les vieillards, on rencontre souvent de simples altérations pigmentaires dans les parties antérieures de la choroïde.

La choroïdite, qui atteint d'une manière *diffuse* toute la choroïde, est constamment compliquée d'une affection concomitante de la rétine et est désignée d'ordinaire, pour ce motif, sous le nom de rétino-choroïdite ou de chorio-rétinite. Cette affection, sous sa forme typique, décrite d'abord par Förster, s'observe dans la *syphilis*. Dans les cas de fraîche date, on trouve la rétine trouble et, de plus, tout le fond de l'œil voilé par une opacité du corps vitré ressemblant à une fine poussière. En outre, on peut rencontrer dans la choroïde et la rétine des exsudats circonscrits. Ceux-ci occupent de préférence la région maculaire et se montrent d'abord sous l'aspect de taches, tantôt plus grosses, tantôt plus petites, irrégulières, d'une coloration grise ou jaune sale, mal délimitées, de telle sorte que souvent on ne les peut découvrir que par un examen attentif à l'image droite et après dilatation de la pupille. Dans les stades plus avancés, le trouble de la rétine disparaît pour faire place à l'atrophie. De plus, du pigment s'infiltré dans la rétine et y trahit

sa présence sous forme de nombreuses taches noires, situées surtout vers la périphérie, de façon à présenter un aspect très semblable à celui de la rétinite pigmentaire (voir § 97). Un pareil aspect se rencontre parfois dans les cas d'affections chroniques du foie (inflammations ou néoplasmes) avec ictère. Ici, il existe de l'héméralopie et une inflammation chronique de la choroïde et de la rétine avec pigmentation de cette dernière.

Les altérations provoquées par la *myopie* consistent en une atrophie de la choroïde au pourtour de la papille et en foyers pathologiques sur d'autres

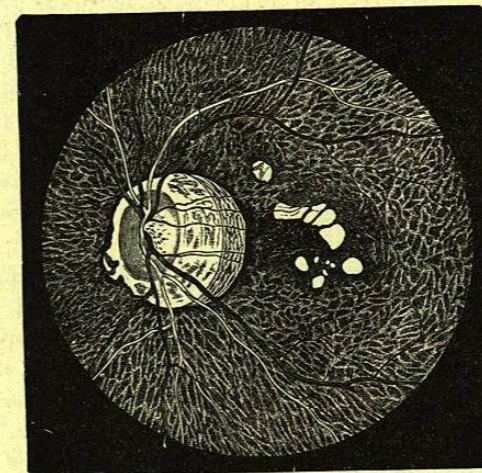


Fig. 163. — Fond de l'œil dans la myopie élevée, en partie d'après Wecker. — La papille a la forme d'un ovale à grand diamètre vertical et présente une excavation physiologique en dehors du point d'entrée des vaisseaux rétiniens. Elle est complètement entourée par la choroïde atrophiée, le staphylôme postérieur. Celui-ci est très large au côté temporal, et y est constitué de deux portions dont l'externe montre les restes manifestes, fortement pigmentés, des vaisseaux choroïdiens. Au côté nasal, le staphylôme est plus étroit, entouré d'un liséré pigmenté et irrégulièrement limité. Dans une anfractuosités de celui-ci, on remarque une artère ciliaire postérieure qui pénètre de la sclérotique dans la choroïde. Le reste du fond de l'œil est tigré, de façon qu'on reconnaît nettement le réseau vasculaire de la choroïde. La région de la tache jaune est occupée par des altérations choroïdiques, qui consistent en partie en prolifération pigmentaire (les petites taches noires), en partie en atrophie (les plaques blanches).

points de la choroïde, spécialement au niveau de la région de la macula lutea.

a) Les altérations au pourtour de la papille débutent, au côté temporal, sous la forme d'un mince croissant pâle (appelé cône par Jäger [fig. 162, A, ab]). Stilling en explique la genèse par un étirement de la papille optique vers le côté temporal. On rencontre souvent de tels croissants dans des yeux normaux, nous en avons expliqué la nature à la page 20. Dans les yeux myopes, le nerf optique est étiré plus régulièrement et plus fortement. L'écartement de la paroi du canal scléro-choroïdien, du nerf optique, au côté temporal, correspond à une égale traction de la choroïde et de la sclérotique par-dessus le nerf optique au côté nasal (fig. 162, cd). Le nerf y transparait à travers la sclérotique et la choroïde, et, à l'ophtalmoscope, on voit, au bord nasal

de la papille, un croissant jaunâtre un peu flou. En Allemagne, on désigne le premier croissant (fig. 162, *ab*) sous le nom de « distractionssichel », et ce dernier (*cd*) sous le nom de « supertractionssichel ». A l'étiement des bords de l'orifice réservé au nerf optique, s'ajoute plus tard l'atrophie de la choroïde avoisinante, qui, alors, permet de voir la sclérotique blanche. C'est ainsi que le croissant blanc, situé au côté temporal du nerf optique, gagne de plus en plus d'étendue, s'étend vers le haut et le bas et finit par occuper tout le pourtour de la papille : alors celle-ci est entourée entièrement d'une zone blanche, appelée *atrophie circumpapillaire* ou staphylôme annulaire (fig. 163). Le nom de staphylôme, au sens propre, s'applique à l'ectasie de la sclérotique et, dans un sens plus étendu, à l'atrophie choroïdienne qui est consécutive à cette ectasie. L'atrophie circumpapillaire reste d'habitude plus large au côté externe où elle a commencé. Dans la région atrophiee, le fond de l'œil ou bien est d'un blanc absolu, si la choroïde y est complètement détruite et permet de voir la sclérotique, ou bien montre des restes de tissu choroïdien, tels que des vaisseaux et du pigment, en quantité variable.

Les débutants en ophtalmoscopie tombent régulièrement dans cette erreur d'attribuer à la papille la zone atrophique qui l'entoure et de considérer toute la surface arrondie pâle, comme une papille particulièrement grande. La limite entre la papille et l'atrophie péripapillaire n'est, il est vrai, pas très nette, mais pourtant la papille se distingue par sa coloration rosée; il arrive même que, par contraste avec cette surface blanche, la papille paraisse tellement rouge qu'on la croit hyperémiée. — Dans les cas d'atrophie plus ou moins grande, la papille prend une forme elliptique; le petit axe de l'ellipse coïncide avec le plus grand diamètre de la zone atrophique. Celui-ci étant d'ordinaire horizontal, parce que l'atrophie s'étend le plus en dehors, la papille forme une ellipse verticale (fig. 163). Cette altération de forme provient en partie de ce que l'ectasie de la sclérotique fait prendre à la papille une situation oblique et que nous la voyons en raccourci, en partie de ce que la sclérotique et la choroïde sont attirées au côté interne par-dessus le bord de la papille. — Les vaisseaux sortant de la papille sont minces et se distinguent par leur trajet rectiligne.

Parfois, on remarque dans l'atrophie péripapillaire deux ou même trois zones, qui se distinguent par leur différence de pigmentation et souvent siègent à des niveaux différents; ils indiquent que la naissance et le développement du staphylôme se sont faits en plusieurs étapes (fig. 163). — En cas de prolifération pigmentaire, il se développe des croissants de teinte brune ou même tout à fait noire. La délimitation entre la zone atrophique et le bord de la choroïde intacte est souvent nette, surtout quand elle est constituée par un liséré pigmenté. D'autres fois, il n'y a pas de limites exactes, ce qui signifie que le staphylôme est en train de se développer et qu'il est à craindre que la myopie ne progresse.

L'étendue de l'atrophie est sans doute, en général, en rapport direct avec le degré de la myopie, mais il existe néanmoins de nombreuses exceptions à

cette règle : par exemple, on rencontre de hauts degrés de myopie sans atrophie de la choroïde, et réciproquement. Il n'est pas rare non plus qu'on observe des croissants blancs et même une zone atrophique annulaire dans des yeux emmétropes et même hypermétropes.

Ce que l'on désigne, en ophtalmoscopie, sous le nom de staphylôme, c'est-à-dire l'anneau blanc entourant la papille, est bien produit par l'ectasie de la sclérotique, mais est moins étendu qu'elle. Souvent, dans les cas de myopie élevée, on peut reconnaître à l'ophtalmoscope les limites du staphylôme proprement dit, sous forme d'une ligne large, sombre, arquée, qui tranche habituellement, en dedans du bord nasal de la zone atrophique et concentriquement à celle-ci, sur le fond rouge de l'œil. Dans les cas développés, on constate, par la déviation parallaxique ou par une courbure que font les vaisseaux rétiniens quand ils franchissent cette ligne sombre, que celle-ci répond à un brusque changement de niveau du fond de l'œil.

On rencontre encore des croissants blancs au niveau du bord *inférieur* de la papille (fig. 164). L'aspect en est semblable à celui des croissants produits par la myopie, mais leur signification est entièrement différente. Ils sont en effet congénitaux (probablement en rapport avec la fente oculaire fœtale, qui est située à la partie inférieure du globe), souvent accompagnés d'astigmatisme et, presque toujours, d'une acuité visuelle imparfaite.

Il ne faut pas confondre l'atrophie circumpapillaire de l'œil myope avec les atrophies de la choroïde autour de la papille résultant d'autres causes. A ces atrophies appartiennent celle qui se développe après une choroidite et celle observée dans le glaucome, et qu'on appelle halo glaucomateux.

b) Les altérations de la choroïde dans la région de la *macula lutea* se manifestent au moment où la myopie a acquis un degré plus élevé. On rencontre des taches claires, aussi bien que pigmentées (fig. 163), et assez fréquemment des lignes blanches ramifiées. Ces taches se développent peu à peu et finissent par devenir confluentes et par former une grande plaque atrophique, qui, en fin de compte, se confond avec le staphylôme péripapillaire et ne fait plus qu'un seul tout avec lui. Dans les cas de myopie très élevée, le segment postérieur de l'intérieur de l'œil est presque complètement transformé en une large tache blanche. — Des hémorragies se déclarent aussi dans les yeux myopes, de préférence au niveau de la tache jaune. Une autre altération plus rare des yeux myopes consiste dans la formation, précisément dans la macula, d'une tache ronde, d'un noir de charbon, qui grandit peu à peu jusqu'à atteindre les dimensions de la papille. — Les altérations de la macula lutea constituent, avec le décollement rétinien, le principal danger pour l'œil fortement myope. Si elles ne menacent pas l'œil d'une cécité absolue, comme le décollement, elles n'en entraînent pas moins une incapacité complète pour tout travail quelque peu délicat. Par contre, ces altérations sont beaucoup plus fréquentes que le décollement rétinien, et peu de myopes d'un degré un peu élevé arrivent à un âge avancé sans en être atteints.

Soustractions sanguines. — Pour combattre les choroidites récentes avec

hyperémie de la rétine, nous avons antérieurement recommandé de pratiquer des émissions sanguines, par l'application de sangsues à l'apophyse mastoïde. Tandis que les soustractions sanguines ont été assez abandonnées en thérapeutique générale, elles ont été conservées jusqu'ici en oculistique, et à bon droit, parce que dans certains cas déterminés elles sont d'une efficacité évidente et impossible à méconnaître. On peut extraire le sang à l'aide de sangsues, ou bien par la sangsue artificielle de Heurteloup. Dans le premier cas, on applique six à dix sangsues. Lorsque l'on se sert de la

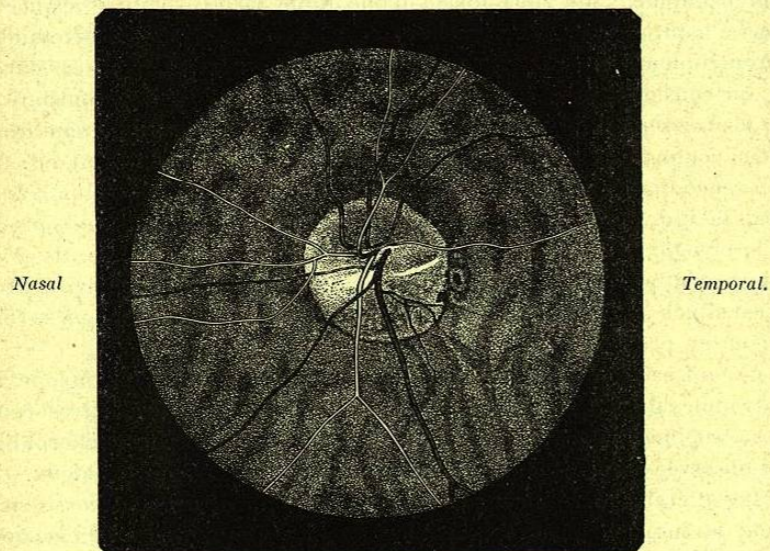


FIG. 164. — Croissant inférieur. Image droite. — Le disque clair, qu'au premier abord on pourrait prendre pour la papille agrandie, se compose de deux parties. La portion supérieure, plus foncée, rougeâtre, est la vraie papille, qui a la forme d'un ovale irrégulier. Son contour supérieur est en forme de demi-cercle, le contour inférieur presque rectiligne, les deux extrémités légèrement arrondies. Les vaisseaux émergent près du bord inférieur de l'ovale et se dirigent tout d'abord vers le bas. Les branches destinées à la moitié supérieure de la rétine forment donc un crochet pour reprendre la direction requise. De là résulte que la disposition des vaisseaux dans la papille présente un aspect anormal, tout particulier. La portion inférieure du disque clair est constituée par le croissant, dont la limite avec le bord inférieur de la papille est marquée par un liséré plus pâle. Dans ce cas, le croissant offre des dimensions peu habituelles et présente une coloration en partie grise, en partie blanche, contrastant avec la papille rougeâtre. Il est circonscrit par un mince liséré pigmenté; une petite tache de pigment siège encore près du bord temporal du croissant. Le fond de l'œil montre la pigmentation de l'œil tigré.

ventouse de Heurteloup, on la remplit de sang une ou deux fois. On les applique soit sur la tempe, soit à l'apophyse mastoïde. Quand il s'agit d'inflammation de la conjonctive, de l'iris ou du corps ciliaire, on préfère la tempe parce que les vaisseaux de la conjonctive se vident dans les veines de la face, et que, d'autre part, les veines ciliaires antérieures s'anastomosent largement avec celles de la conjonctive. Dans les affections profondes, au contraire, telles que la choroïdite, la rétinite, la névrite optique, ou l'inflammation de l'orbite, on choisit pour l'émission sanguine l'apophyse mastoïde, parce que là débouche une veine émissaire de Santorini (du trou

mastoïdien), qui reçoit le sang du sinus transverse. Celui-ci, à son tour, est en communication avec le sinus caverneux, dans lequel se déversent les veines ophtalmiques.

B. — CHOROÏDITE ET IRIDOCOROÏDITE SUPPURATIVE, PANOPHTALMITE.

§ 78. — Le signe caractéristique commun à ces affections est l'exsudat purulent du corps vitré. Celui-ci est l'analogue de l'hypopyon de la chambre antérieure, seulement avec cette différence que l'hypopyon peut disparaître sans laisser d'altérations durables, tandis que la suppuration dans le corps vitré produit de graves lésions incurables et même la perte de l'œil. Comme pour l'hypopyon, le pus est fourni par les membranes délimitant l'espace vitréen, le corps ciliaire et la rétine, tandis que la choroïde participe en seconde ligne à l'inflammation. L'expression usitée de choroïdite suppurative n'est donc pas tout à fait exacte (voir p. 367). Selon l'étendue et le degré de l'inflammation, on distingue les formes cliniques suivantes :

1° *Choroïdite suppurative*. — On désigne ainsi les cas où l'inflammation reste circonscrite aux membranes postérieures de l'œil, rétine et choroïde. Comme elles ne possèdent pas de nerfs sensibles, l'affection évolue sans douleurs et sans phénomènes réactionnels visibles. L'œil paraît normal extérieurement et l'on ne voit qu'un exsudat gris dans le corps vitré à travers le cristallin, c'est l'abcès du corps vitré (fig. 143 et 144). Celui-ci se transforme plus tard en une couenne, dont la rétraction entraîne le décollement de la rétine et le ramollissement de l'œil. — *atrophie du globe*. La vue, fortement altérée dès le début par l'exsudat vitréen, finit généralement par se perdre. C'est tout à fait exceptionnel qu'une partie de la rétine reste en place et qu'il persiste un peu de la vision. — Les cas de choroïdite suppurative, qui évoluent sans signe extérieur, sont rares. Le plus souvent, l'inflammation envahit bientôt également les parties antérieures de l'uvée, spécialement le corps ciliaire et l'iris. On obtient alors l'iridochoroïdite suppurative.

2° *Iridochoroïdite suppurative*. — Celle-ci est due à une extension de l'inflammation d'arrière en avant, mais il arrive également qu'une iridocyclite se propage vers les parties postérieures, de façon que le pus se déverse dans le corps vitré. L'aspect clinique de l'iridochoroïdite suppurative est celui d'une iridocyclite aiguë grave, avec accumulation de l'exsudat purulent dans le corps vitré. On ne peut s'en assurer avec la même certitude que dans la choroïdite purulente simple, parce que l'exsudat de la chambre antérieure (trouble de l'humeur aqueuse, hypopyon, membrane pupillaire) arrête le regard bien souvent. Pourtant, lorsqu'on