

soigne un cas d'iridocyclite purulente grave, il est important de savoir si l'inflammation suppurative s'étend jusqu'au segment postérieur également, parce que le pronostic et le traitement en dépendent. S'il y a suppuration du corps vitré, l'œil est perdu et — s'il s'agit d'un traumatisme — l'énucléation est indiquée. Lorsqu'on ne peut voir directement l'exsudat vitréen, on doit appuyer le diagnostic sur la recherche de la sensibilité lumineuse (§ 156). Si celle-ci est perdue ou à peu près, la rétine ne fonctionne plus et on peut conclure qu'elle est en voie de suppuration. La terminaison de l'iridochoroïdite suppurative peut être, comme celle de la simple choroïdite suppurative, une atrophie progressive de l'œil. Mais dans les cas très graves, le pus accumulé dans l'œil se fait jour au dehors et alors se constitue la panophtalmite.

3° *Panophtalmite*. — L'œdème des paupières augmente, au point que le médecin peut à peine les écarter. L'aspect de l'œil est variable. Si la suppuration provient de lésions du segment antérieur — ulcère cornéen, blessure, — les symptômes de celles-ci sont le plus marqués, tandis que, dans les cas où l'inflammation a pris son origine en arrière, on ne voit que l'exsudat jaune derrière le cristallin, dont nous avons parlé plus haut. L'œil peut avoir un aspect normal, mais le symptôme capital de la panophtalmite est une forte protrusion du globe (exophtalmie) avec diminution de sa motilité. Les douleurs sont à peine tolérables et s'accompagnent souvent de photopsies incommodées. Il y a une fièvre intense, souvent accompagnée de vomissements, surtout au début. Ces phénomènes persistent jusqu'à ce que l'exsudat purulent de l'intérieur de l'œil se soit frayé un chemin au dehors en perforant la sclérotique. Celle-ci s'ouvre au niveau de son segment antérieur. On voit alors, en l'un de ses points, la conjonctive proéminer et laisser apparaître la sclérotique qui a gagné une teinte jaune. Enfin les deux membranes s'ouvrent et le pus s'échappe lentement. Dès que le globe oculaire s'est ouvert, les douleurs cessent, l'œil devient plus mou et, par rétraction, se transforme finalement en un petit moignon — *phtisie bulbaire*. Avant d'arriver à cette terminaison et avant que l'œil soit tout à fait indolore, il s'écoule au moins de six à huit semaines.

La panophtalmite est donc une iridochoroïdite suppurative passant à l'abcission et se caractérise par l'apparition de deux symptômes, la protrusion du globe oculaire et la perforation purulente de ses enveloppes. La protrusion provient de ce que l'inflammation s'est propagée aux tissus situés derrière l'œil, surtout à la capsule de Tenon. De même que dans les paupières et la conjonctive, il s'y développe un fort œdème inflammatoire qui refoule le globe oculaire en avant. Les violentes douleurs dépendent du tiraillement des nerfs, aussi bien dans le bulbe forte-

ment distendu par l'exsudat que dans l'intérieur de l'orbite, par suite du refoulement du globe.

Étiologie. — Les trois modalités de l'inflammation purulente du contenu de l'œil constituent au fond un processus unique, différent seulement par son extension (limité au segment postérieur ou occupant tout l'intérieur de l'œil), ou par l'intensité de l'inflammation (se terminant par une lente rétraction ou par une suppuration) Il en résulte qu'il n'y a pas de limite tranchée entre ces trois formes. De même l'étiologie est identique. Il s'agit toujours ici d'une infection du contenu de l'œil par des microbes pyogènes. L'infection peut venir de l'extérieur ou prendre sa source dans l'organisme même.

L'infection par cause *externe* (*infection ectogène*) s'opère : a) le plus souvent par des lésions perforantes de tout genre. Les opérations malheureuses appartiennent à cette espèce d'infection ; b) par le passage du pus de l'extérieur à l'intérieur, dans les ulcères cornéens perforants ainsi que dans les prolapsus suppurés de l'iris ; c) par le fait d'une cicatrice cornéenne avec enclavement irien, lorsque la cicatrice est amincie. Tels sont les enclavements iriens qui persistent assez souvent après les opérations de cataracte. Dans ces cas, l'infection a lieu par des germes qui, traversant la mince cicatrice, pénètrent dans l'iris enclavé et de là cheminent en arrière. Cette infection de vieilles cicatrices se fait à l'occasion d'une lésion insignifiante du revêtement épithélial de la cicatrice ou par la distension subite et la rupture de celle-ci.

L'infection par des agents qui proviennent de *l'organisme même* (*infection endogène*) a lieu : 1° par embolie, lorsque des substances septiques, provenant d'un foyer purulent, arrivent dans le torrent circulatoire, forment embolie et s'arrêtent dans les vaisseaux des membranes internes de l'œil. C'est ainsi que se développe l'*ophtalmie métastatique*. Elle constitue une complication de la pyémie, le plus souvent de cette forme que l'on observe pendant les couches et qui constitue la fièvre puerpérale ; 2° par la propagation de l'inflammation d'arrière en avant, dans le phlegmon de l'orbite et la thrombose des veines orbitaires ; 3° par la propagation à l'œil de l'inflammation des méninges, spécialement de la méningite cérébro-spinale. Ces cas s'observent surtout chez les enfants et se distinguent par leur marche comparativement bénigne, de façon que, dans un certain nombre de cas, l'œil conserve encore quelque acuité visuelle. Ici, la choroïdite est le plus souvent d'origine métastatique, mais elle peut survenir par propagation directe de l'inflammation des méninges au globe oculaire, le long des gaines du nerf optique.

Le *traitement* est impuissant à sauver la vue. Quand l'inflammation n'est pas trop grave, on se borne à adoucir les souffrances par les com-

presses chaudes et les narcotiques, jusqu'à ce que le moignon oculaire soit devenu indolore. En cas de fortes douleurs, mieux vaut, par une énucléation hâtive, épargner au patient une longue et pénible souffrance, surtout si l'affection menace de devenir une panophtalmite. L'énucléation est absolument indiquée dans tous les cas de choroïdite purulente traumatique, non seulement pour raccourcir la durée de la maladie, mais pour prévenir une ophtalmie sympathique. Au cours de la panophtalmite, l'énucléation n'est pas sans danger (à cause de la méningite consécutive). Il est plus prudent de se borner à ouvrir l'œil dans son segment antérieur, soit en enlevant la cornée, soit en incisant la sclérotique. C'est le moyen de diminuer la tension de l'œil, de favoriser l'évacuation de son contenu purulent, de raccourcir la période de souffrance et de hâter la marche de l'affection. — Une fois que l'œil s'est rétracté, d'ordinaire il ne s'enflamme plus et supporte l'application d'un œil artificiel. Mais si alors, exceptionnellement, des poussées inflammatoires se déclarent dans l'œil rétracté, l'énucléation s'impose.

L'ophtalmie métastatique est mono ou bilatérale. Les cas de la première espèce donnent un meilleur pronostic au point de vue de la pyémie en général, surtout lorsqu'il ne se manifeste pas d'autre métastase que celle de l'œil. Au contraire, les cas bilatéraux fournissent le plus mauvais pronostic quant à la vie. — Mains cas de panophtalmite, subits et en apparence spontanés, devraient peut-être aussi être rapportés à une pyémie dont le point de départ ne peut être reconnu. — Chez les enfants, la suppuration du cordon ombilical, parfois aussi la vaccination peuvent faire naître une pyémie avec métastase oculaire. — En dehors de la pyémie, la choroïdite purulente, sans doute d'origine métastatique également, survient, mais rarement, dans d'autres maladies infectieuses aiguës : ce sont le typhus, la variole, la scarlatine, le charbon, l'influenza, l'endocardite ulcéreuse, la diphtérie, l'érysipèle, la pneumonie, la maladie de Weil.

Le plus grand nombre de *panophtalmites* proviennent de lésions traumatiques. Lorsque la lésion est telle que l'œil est ouvert sur une grande étendue, l'exsudat peut s'évacuer par la plaie, c'est le cas pour la panophtalmite consécutive à une suppuration étendue de la cornée. Dans ces cas, le pus est soumis dans l'œil à une faible pression, l'affection a une marche bénigne, avec peu de douleurs et peu d'inflammation. De plus, elle se termine assez rapidement, parce qu'il n'est pas nécessaire que la sclérotique se perforé, ce qui demande toujours beaucoup de temps. Cependant il n'est pas rare de rencontrer des cas où le pus, tout en suintant à travers la plaie, se fraye, comme à l'ordinaire, une seconde voie à travers la sclérotique. — Après les traumatismes graves, la panophtalmite doit être considérée, sous certains rapports, comme une terminaison plus heureuse que l'iridocyclite plastique. La première, il est vrai, est plus douloureuse et amène un degré

d'atrophie plus élevé de l'œil ; mais, une fois que l'affection est terminée, le malade jouit d'un repos permanent. Au contraire, l'iridocyclite plastique peut manifester des poussées inflammatoires pendant des années et donner lieu à l'ophtalmie sympathique, lorsque le patient ne se décide pas à temps à l'énucléation.

Pour abrégé la durée de la panophtalmite, — en dehors de la simple incision de la sclérotique — on a proposé divers procédés, notamment l'énucléation et l'excision du segment antérieur avec curettage du contenu de l'œil. L'énucléation, dans la panophtalmite, a quelquefois pour conséquence de provoquer une méningite suppurative mortelle. Il faut admettre que, par suite de l'opération, les voies lymphatiques et sanguines de l'orbite sont largement ouvertes, ce qui rend l'infection facile. On se demande cependant si le curettage (exentération ou éviscération) de l'œil suppuré est moins dangereux, puisqu'on a également observé des cas où cette opération a été suivie de mort (Schulek). — Faisons observer cependant que l'on connaît quelques cas où la panophtalmite a entraîné une méningite mortelle, en dehors de toute manœuvre opératoire.

Diagnostic différentiel de la choroïdite suppurative. — Il y a certains cas de choroïdite suppurative qui peuvent être confondus avec des néoplasmes du globe. C'est quand la marche de l'inflammation est si traînante que tout symptôme inflammatoire extérieur fait défaut. Dans ce cas, l'œil est pâle, l'iris normal, l'humeur aqueuse et le cristallin transparents. Mais l'exsudat, épanché dans le corps vitré, refoule le cristallin et l'iris en avant, ce qui rend la chambre antérieure moins profonde. La pupille est dilatée et laisse voir l'exsudat situé au fond du corps vitré, l'abcès vitréen. On le voit même quelquefois de loin sous forme d'un reflet pupillaire vif et clair (blanchâtre ou jaunâtre) — *œil de chat amaurotique* (Beer). Des phénomènes absolument identiques peuvent se manifester dans les néoplasmes du corps vitré, surtout dans les gliomes qui naissent de la rétine (voir § 99) ; c'est pourquoi l'on a désigné sous le nom de *pseudo-gliomes* les cas de l'espèce précédente. Le signe différentiel le plus important réside dans l'état de tension de l'œil. En effet, dans le vrai gliome, au début, la pression intraoculaire est normale, plus tard elle augmente ; dans le pseudo-gliome, au contraire, il survient de bonne heure une hypotonie, qui précède l'atrophie de l'œil. A mesure que l'affection avance, le diagnostic devient plus certain ; en effet, le gliome finit par perforer la sclérotique pour se faire jour au dehors, tandis que dans le pseudo-gliome l'atrophie du globe oculaire va toujours en augmentant. Or dans le gliome l'indication impérieuse est d'extirper l'œil aussi tôt que possible. Par conséquent, dans les cas douteux, il n'est pas permis de retarder longtemps l'opération pour arriver à établir un diagnostic certain, car ce serait mettre la vie du patient en danger. Dans les cas douteux, il faut donc recourir à l'énucléation ; car alors même qu'on reconnaît après qu'il s'agissait d'un pseudo-gliome, le patient n'a pas perdu grand chose par l'énucléation, puisque l'œil serait quand même devenu aveugle et se serait fortement rétracté. — On ne peut d'ailleurs confondre le gliome avec une choroï-

dite suppurative trainante que chez les enfants, puisque le vrai gliome de la rétine ne s'observe que chez eux. Les causes les plus fréquentes du pseudo-

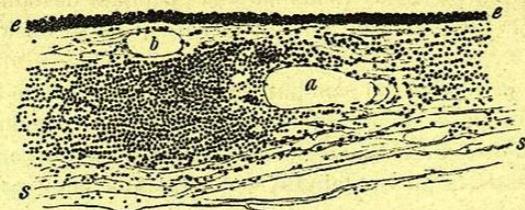


FIG. 165. — Foyer récent de choroidite. Gross. 85/1. — L'infiltration cellulaire siège surtout dans la couche des gros vaisseaux auxquels appartient la veine *a*, tandis que la veine *b* est comprise dans la couche des vaisseaux moyens. En arrière l'infiltration s'étend jusque entre les lamelles de la suprachoroïde, *s*. L'épithélium pigmenté *e* est conservé au niveau du foyer, de sorte qu'à l'ophtalmoscope on aurait vu celui-ci indistinctement comme un endroit un peu plus clair, mal délimité, parce que les leucocytes couvraient les vaisseaux rouges.

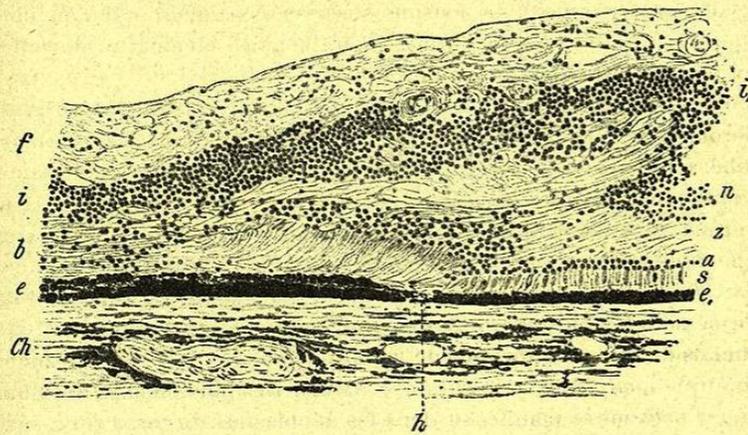


FIG. 166. — Foyer ancien de chorio-rétinite centrale. Gross. 136/1. — L'inflammation a siégé dans la choroïde et les couches externes de la rétine dans la région de la macula lutea; la figure ne nous donne que le bord du foyer, lequel se trouve au côté gauche du dessin. Dans le foyer même, la choroïde *Ch* est épaissie, fibreuse, avec des vaisseaux pour la plupart obstrués. Elle est recouverte de l'épithélium pigmenté qui, en *e*, a gagné par prolifération une seconde couche de cellules, ce qui se montre à l'ophtalmoscope sous l'aspect d'une tache noire. La rétine est soudée à l'épithélium et dégénérée. La couche des cellules ganglionnaires est détruite, la couche des grains internes *i* irrégulière, les autres couches plus périphériques transformées toutes ensemble en un tissu fibreux *b* (tissu conjonctif néoformé et fibres de névroglie) dans lequel on retrouve encore quelques grains externes isolés. La rétraction de ce tissu (cicatriciel) a attiré la rétine voisine, ce qui se manifeste par le plissement qu'a subi la couche des grains internes *i, n*. Ce plissement existe à un moindre degré également dans la couche des grains externes *a* raréfiée. Ici, le pli siège en *h*, au bord du foyer; de ce point la couche des grains externes s'avance vers celle des grains internes et se confond avec elle. La couche intergranuleuse *z* est constituée par de longues fibres minces, fibres de soutien, qui sont rendues visibles par l'atrophie du tissu nerveux. La couche des cônes et bâtonnets *s*, ainsi que l'épithélium pigmenté *e* sont assez bien conservés jusqu'au bord du foyer *h*. Ici, l'on voit une solution de continuité de l'épithélium et, à partir de cet endroit, les cônes et bâtonnets sont placés obliquement et étirés, puis enfin ils disparaissent. Cette obliquité des éléments percepteurs cause de la métamorphose au bord de la tache aveugle (scotome). Celle-ci correspond au foyer lui-même, au niveau duquel ces éléments percepteurs ont été détruits.

gliome sont la méningite, les exanthèmes aigus, les traumatismes, et surtout la présence d'un petit corps étranger dans l'intérieur de l'œil. A l'autopsie, on a pu vérifier que certains cas de pseudo-gliomes étaient dus à une tuberculose de la choroïde.

Enfin, on a, dans certains cas, trouvé, comme cause de ce reflet jaune de la pupille, une masse de tissu d'origine embryonnaire située derrière le cristallin.

Allérations anatomiques dans la choroidite. — Dans la choroidite *exsudative* (fig. 165) il existe, d'abord, une infiltration cellulaire partant surtout des couches internes de la membrane (choriocapillaire) et s'étendant moins vers les couches externes de la choroïde que vers la rétine. A l'intérieur de ces deux membranes, l'infiltration s'en tient surtout aux vaisseaux, qui sont comme engainés par les cellules de l'exsudat. Entre la rétine et la choroïde est déposé un exsudat souvent considérable. Il se transforme plus tard en une membrane (cicatrice) de tissu conjonctif, qui soude solidement la choroïde à la rétine; ces deux membranes elles-mêmes se sont atrophiées à cet endroit (fig. 166). Dans la choroïde, les fins vaisseaux, ainsi que les cellules pigmentaires du stroma, sont en grande partie détruits; les vaisseaux qui persistent ont leurs parois épaissies, sclérosées, ou sont entièrement oblitérés. La rétine s'est transformée en un réticulum de tissu conjonctif et de névroglie, dans lequel on reconnaît les vaisseaux avec leurs parois très altérées. Dans l'étendue où la choroïde et la rétine se sont soudées, on ne retrouve plus que quelques débris de la couche des cônes et bâtonnets et de l'épithélium pigmenté; celui-ci, en revanche, a proliféré au bord de la cicatrice, ce qui produit le liséré noir de la tache choroïdique, visible à l'ophtalmoscope. L'épithélium pigmenté qui a proliféré, a émigré en partie dans la rétine, où il siège particulièrement dans le voisinage des vaisseaux. La face interne de la rétine, au niveau de la cicatrice, est déprimée et souvent soudée à la surface du corps vitré (membrane hyaloïde). — Dans l'*iridochoroidite chronique*, les altérations de la choroïde et de la rétine sont analogues à celles que nous venons de décrire; mais il s'y ajoute en plus des signes d'inflammation chronique et plus tard d'atrophie de l'iris et du corps ciliaire.

Les altérations de la choroïde dans la myopie consistent surtout en de l'atrophie avec manifestations inflammatoires très légères. La distension de la choroïde produit une rupture de la membrane vitrée. Les lèvres de cette déchirure s'écartent, et plus tard le tissu choroïdien sous-jacent se déchire également. A cet endroit, la rétine se soude à la choroïde, ce qui amène la destruction des cônes et bâtonnets et l'altération de la vue (Salzmann). — Pour les lésions anatomiques dans l'iridochoroidite suppurative, la panophtalmite et l'ophtalmie métastatique, voir page 361.

Décollement de la choroïde. — C'est un état que l'on rencontre fréquemment à l'autopsie d'un œil énucléé. Dans les yeux atrophiés, on trouve très souvent la choroïde — et aussi le corps ciliaire — décollée par les exsudats qui se trouvent dans l'intérieur de l'œil et qui exercent une traction centripète dans tous les sens (fig. 139, *aa*). Jamais, dans ces cas, un décollement total de la rétine ne fait défaut. Comme il s'agit ici d'yeux perdus quand même le décollement de la choroïde ne présente un intérêt pratique que pour au-

tant qu'il exerce du tiraillement sur les nerfs ciliaires. Ce tiraillement peut provoquer de l'irritation dans l'œil aveugle.

La choroïde décollée se présente sous l'aspect d'une saillie sombre, proéminente dans le corps vitré. Le plus souvent ce décollement est produit par un liquide séreux, l'humeur aqueuse, qui filtre sous la choroïde, par une petite déchirure à l'insertion du corps ciliaire; on trouve donc en même temps la chambre antérieure plus basse ou abolie. Ce décollement séreux s'observe parfois dans les premiers jours après une opération de cataracte ou après une iridectomie antiglaucomateuse. Elle a un pronostic favorable, car habituellement la choroïde se réapplique à la sclérotique après peu de temps. — Il peut survenir aussi un décollement produit par une exsudation ou des hémorragies sous la choroïde ou par le développement d'un sarcome dans les couches externes.

Déchirure de la choroïde. — Elle se produit par l'action d'une force contondante sur le bulbe (contusion). D'ordinaire, immédiatement après l'accident, le sang épanché dans le corps vitré empêche l'inspection minutieuse de l'intérieur de l'œil. Ce n'est qu'après la résorption du sang que l'on découvre la déchirure de la choroïde, qui se trouve habituellement dans le voisinage de la papille et le plus souvent à son côté externe. Tantôt on ne rencontre qu'une déchirure unique, tantôt on en observe un certain nombre. Ces déchirures sont représentées par des traînées blanc jaunâtre. Cet aspect est dû à l'écartement des bords de la déchirure, entre lesquels on voit la couleur blanche de la sclérotique (fig. 167). Ces traînées prennent le plus souvent la forme d'un arc dont la concavité est tournée vers la papille; elles sont le plus larges au milieu et se terminent en pointe vers leurs extrémités. Les bords des stries blanches sont irrégulièrement colorés en noir par du pigment proliféré. Quant aux vaisseaux rétinien, ils passent sur les stries, sans avoir subi de changement, signe que la rétine n'a pas été intéressée dans la déchirure.

II. — TUMEURS DE LA CHOROÏDE.

§ 79. — Parmi les tumeurs malignes de la choroïde, on rencontre le *sarcome*, qui est le plus souvent pigmenté (mélanosarcome). Les symptômes cliniques du sarcome de la choroïde dépendent du développement de la tumeur. Aussi faut-il distinguer quatre stades dans la marche de cette affection.

Dans le *premier stade*, lorsque la tumeur est encore petite, elle ne se trahit, à l'examen ophtalmoscopique, que par un décollement rétinien situé au point où elle siège. Le patient remarque une gêne de la vue sous forme de lacune dans le champ visuel, lacune qui correspond au siège de

la tumeur. Plus tard, le décollement rétinien devient total (fig. 168, N) et, par conséquent, l'œil, qui paraît encore normal extérieurement, est frappé de cécité complète. La tumeur se développant, il survient un moment où éclate subitement de l'hypertonie.

De cette manière, le sarcome entre dans le *deuxième stade* de son développement, celui de l'hypertonie. Extérieurement, l'œil présente tous les symptômes du glaucome inflammatoire (§ 82). Il existe une forte injection du globe, la cornée est mate et trouble, la chambre antérieure peu pro-

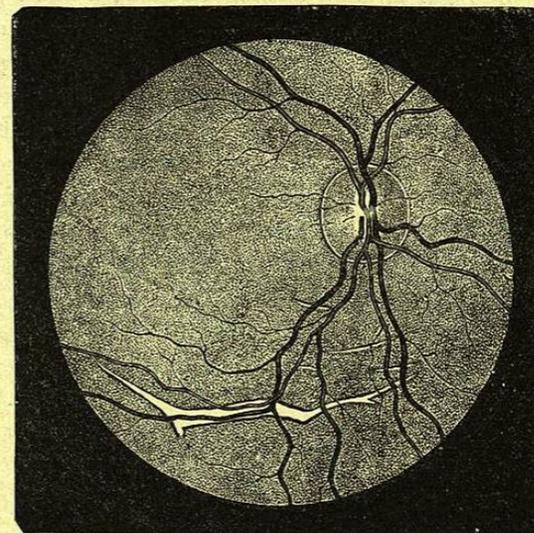


FIG. 167. — Déchirure de la choroïde, d'après Wecker. Œil droit. — Il existe une grande et quatre petites déchirures dans la moitié inférieure de la choroïde. La grande déchirure ressemble à un ruban blanc, légèrement arqué, à bords dentelés et un peu pigmentés. Les petites ruptures sont dirigées concentriquement à la grande et situées entre elle et la papille. Les vaisseaux rétiens passent, sans subir d'altération, au-dessus d'elles toutes.

fonde, l'iris décoloré, la pupille dilatée et immobile, et la tension de l'œil sensiblement augmentée au palper. Lorsque les milieux sont suffisamment transparents, il est possible de voir dans la profondeur, derrière la pupille, le reflet gris de la rétine décollée. Plus tard, le cristallin se trouble, et l'on observe l'image du glaucome absolu avec cataracte glaucomeuse. — Du moment où éclatent les symptômes du glaucome inflammatoire, l'affection devient douloureuse, et, très souvent, c'est alors seulement que le malade s'aperçoit de son mal. — Comme le tableau des symptômes de l'œil envahi ressemble absolument à celui du glaucome inflammatoire, il est difficile, ou même impossible, d'établir dans ce stade un diagnostic exact.

Le *troisième stade* est celui où la tumeur se fait jour au dehors. Les