

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-

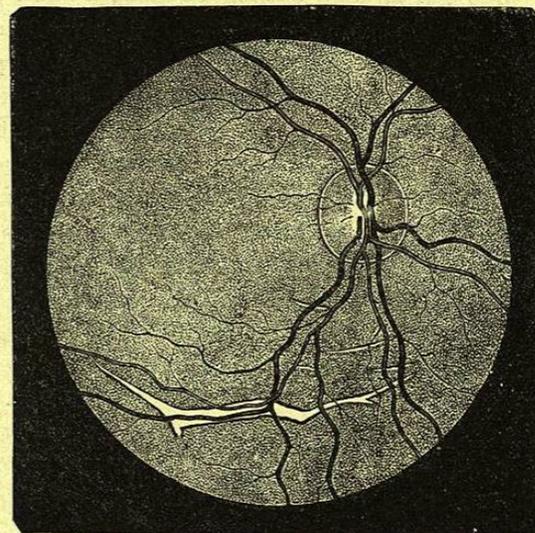


FIG. 167. — Déchirure de la choroïde, d'après Wecker. Œil droit. — Il existe une grande et quatre petites déchirures dans la moitié inférieure de la choroïde. La grande déchirure ressemble à un ruban blanc, légèrement arqué, à bords dentelés et un peu pigmentés. Les petites ruptures sont dirigées concentriquement 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 glaucumateuse. — 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

symptômes sont différents suivant qu'elle perfore la sclérotique dans son segment antérieur ou postérieur. Dans le premier cas, on voit apparaître autour de la cornée des bosselures, noires et dures, dont le diagnostic est facile. Mais lorsqu'au contraire la tumeur perfore la sclérotique d'abord dans le segment postérieur, les nodosités néoplastiques échappent à l'observation directe et ne se trahissent plus tard que par la protrusion graduelle du globe oculaire — exophtalmie. Dès que la tumeur s'est frayée une voie assez large à travers les enveloppes de l'œil, d'ordinaire les douleurs cessent, parce que la forte tension du globe n'existe plus. Mais les masses sarcomateuses, sorties du globe et délivrées de la pression intra-oculaire qui pesait sur elles, se développent d'autant plus rapidement. Au début, tout l'orbite est rempli par la tumeur; plus tard, celle-ci sort de

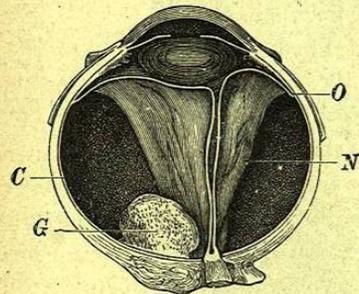


FIG. 168. — Sarcome de la choroïde, d'après Leber. — La tumeur G s'élève de la choroïde C, qui partout est appliquée contre la sclérotique. Au contraire, la rétine N s'est décollée et a pris la forme d'un entonnoir plissé. Elle est seulement réunie à la choroïde, en arrière à la papille, en avant à l'ora serrata, O.

cette cavité et acquiert la grosseur d'une pomme ou d'un poing. De l'orbite, la tumeur se propage aux parties voisines, surtout au cerveau. Quant aux points de la tumeur qui sont mis à découvert, ils s'ulcèrent et donnent lieu à de fréquentes hémorragies.

Le quatrième stade est celui de la généralisation du néoplasme; à ce stade, les tumeurs métastatiques se développent dans les organes internes, le plus souvent dans le foie.

Ce n'est d'ordinaire qu'en un certain nombre d'années que le sarcome parcourt les stades décrits. C'est le premier et le deuxième stade qui durent surtout longtemps, tandis que, plus tard, l'accroissement de la tumeur devient toujours plus rapide. Le malade meurt par épuisement, à cause de la suppuration et des hémorragies dont la tumeur est le siège; ou bien il succombe à la suite de l'extension du mal au cerveau ou des métastases dans les organes internes.

Lorsqu'on néglige d'extirper l'œil de bonne heure, le pronostic du sarcome choroïdien est absolument mauvais pour la vie du patient. Mais, même dans les cas où cette extirpation a eu lieu, le pronostic ne doit pas encore être considéré comme absolument bon. Abstraction faite de la circonstance que l'œil est en tout cas perdu, l'opération ne met pas encore l'orbite à l'abri des récidives, ni les organes internes à l'abri des métastases. Les germes du mal pourraient, en effet, avoir déjà pénétré dans l'économie, trop peu développés, au moment de l'extirpation de l'œil, pour

qu'on pût les observer. Le sarcome de la choroïde doit donc être regardé comme une des maladies les plus malignes; dans beaucoup de cas, en effet, la mort en est la terminaison fatale. — Au point de vue de sa marche et de sa terminaison, le sarcome de l'iris et du corps ciliaire évolue absolument comme celui de la choroïde.

Le sarcome de la choroïde est une affection rare. On le rencontre surtout entre quarante et soixante ans. Dans l'enfance, on ne l'observe que très rarement. C'est un moyen de le distinguer des gliomes, qui naissent, eux, dans la rétine, et dont les symptômes ressemblent en partie à ceux du sarcome, mais qui ne se rencontrent exclusivement que dans l'enfance. Il s'ensuit que, lorsqu'on trouve un néoplasme malin se développant dans le globe oculaire, s'il s'agit d'un enfant, on songera à un gliome; il faudra, au contraire, le prendre pour un sarcome, si l'on a affaire à un adulte.

Le traitement consiste, tant que le néoplasme se limite au bulbe oculaire, à pratiquer l'énucléation, que l'on doit exécuter le plus tôt possible. Il faut alors couper le nerf optique en arrière, aussi loin qu'on peut l'atteindre, pour le cas où la dégénération l'aurait déjà envahi. Lorsque le néoplasme a attaqué les parties voisines du globe oculaire, tous les tissus malades doivent être extirpés suivant les règles de la chirurgie. Le plus sûr dans ces cas est de pratiquer l'exentération de l'orbite, c'est-à-dire l'extirpation de tout le contenu de l'orbite, y compris le périoste.

Les sarcomes de la choroïde sont des tumeurs constituées soit de cellules arrondies, soit de cellules fusiformes, soit enfin de ces deux espèces de cellules réunies. Presque toujours, ils sont pigmentés (mélanosarcomes); les sarcomes non pigmentés de la choroïde (leucosarcomes) constituent une rareté. Très fréquemment, ils contiennent des vaisseaux sanguins larges et nombreux. Les sarcomes naissent dans les couches externes de la choroïde (dans les couches des gros et moyens vaisseaux) et se développent du côté du corps vitré, en poussant la rétine devant eux. Au début, la rétine s'applique partout sur la surface de la tumeur, de sorte qu'à l'ophtalmoscope on observe un décollement rétinien, à forme bosselée et nettement circonscrit, qui s'élève à pic sur le fond de l'œil. On n'y observe naturellement pas de ballottement. A travers la rétine, on peut souvent reconnaître les vaisseaux de la choroïde ou de la tumeur et même distinguer la coloration jaune ou brune de celle-ci. Dans ce cas, il n'est pas difficile d'établir le diagnostic du sarcome. Mais plus tard, du liquide s'accumule entre la rétine et la choroïde, ce qui est dû au trouble de la circulation choroïdienne produit par la tumeur. Par suite de cette circonstance, la rétine se décolle dans une étendue plus large que ne le comporte la tumeur, ce qui fait que celle-ci est soustraite à l'observation. Enfin le décollement rétinien devient total (fig. 168). Dans ce stade, comme le décollement rétinien a perdu son aspect caractéristique, le diagnostic

devient incertain. Un signe indicateur est fourni par l'état de tension de l'œil ; dans le décollement rétinien séreux simple, la pression intraoculaire est d'ordinaire diminuée de bonne heure, tandis que, dans le décollement causé par une tumeur, elle est normale au début, plus tard augmentée (v. Græfe). Le sarcome est encore probable quand, de l'un ou de l'autre côté, les veines ciliaires antérieures sont sensiblement distendues. Celles-ci indiquent le siège du sarcome dans la choroïde. En effet, la tumeur dans la région entreprise empêche le sang du segment antérieur de l'uvée de passer dans les veines vorticellées, et l'oblige à prendre une autre voie, qui est celle des veines ciliaires antérieures. Lorsque la tension intraoculaire continue à augmenter, le décollement rétinien prend souvent un aspect caractéristique. Les saillies rétinienne, à cause de la pression du liquide sous-rétinien, sont appliquées contre la face postérieure du cristallin ; elles s'y aplatissent et délimitent souvent un mince sillon en forme d'Y. Il existe, à vrai dire, des décollements séreux qui présentent le même aspect : ce sont les cas rares où le décollement séreux s'accompagne d'hypertonie. On ne distingue pas facilement ces cas des tumeurs de la choroïde et, par analogie avec le pseudogliome (p. 421), on pourrait les appeler pseudosarcomes. Pour poser un diagnostic exact dans cette occurrence, on peut recourir à l'éclairage par transparence et à la ponction. Pour le premier, on se sert d'une petite lampe à incandescence qu'un dispositif empêche de s'échauffer (appareil de Reuss ou de Rochon-Duvigneaud). Cet appareil est poussé contre le globe oculaire profondément dans l'orbite, de façon qu'il touche l'hémisphère postérieur de la sclérotique et illumine l'œil d'arrière en avant : ainsi la pupille devient rouge. Si une partie de l'œil est occupée par une tumeur foncée et pigmentée, la pupille reste noire, lorsqu'on l'éclaire du côté de la tumeur. On pratique la ponction à l'aide d'une fine aiguille que l'on enfonce dans la sclérotique, à l'endroit où l'on suppose la tumeur. Si la pointe de l'aiguille tombe dans un néoplasme, elle ne peut s'y mouvoir librement, ce qui arriverait, si elle se trouvait dans le corps vitré ou le liquide sous-rétinien. Si, malgré tout, le diagnostic reste en suspens, il faut sans hésiter recourir à l'énucléation de l'œil en tout cas perdu.

Finalement, l'hypertonie acquiert un degré tel qu'elle amène le tableau symptomatique du glaucome inflammatoire. Si alors le décollement de la rétine n'était pas encore complet, il le devient, et l'œil est aveugle. Le moment auquel surviennent les attaques glaucomateuses ne dépend pas exclusivement de la grosseur de la tumeur intraoculaire. L'hypertonie, en effet, ne provient pas de ce que la tumeur occupe un certain espace du contenu de l'œil, car l'espace ainsi occupé est compensé par une diminution correspondante du corps vitré. L'hypertonie résulte plutôt de la stase sanguine que la tumeur développe dans les veines de la choroïde, et qui a pour résultat d'augmenter la transsudation de liquide dans l'intérieur de l'œil. C'est ainsi que l'on voit souvent l'hypertonie compliquer la présence de toutes petites tumeurs, tandis que, d'autres fois, des tumeurs qui remplissent une grande partie de l'intérieur de l'œil ne provoquent aucun symptôme glaucomateux.

Une fois que l'attaque glaucomateuse a eu lieu, l'œil prend le même aspect que celui qui est frappé de cécité par un glaucome primitif, et le diagnostic ne pourrait être établi avec certitude. On sera en droit de soupçonner un sarcome, lorsque le malade déclare que l'œil était entièrement aveugle avant l'explosion de l'inflammation, car dans le glaucome primitif, d'habitude, la cécité ne précède pas l'attaque ; au contraire, elle la suit. Il ne faut pas non plus négliger d'examiner le second œil, car, lorsque l'un des yeux est rendu

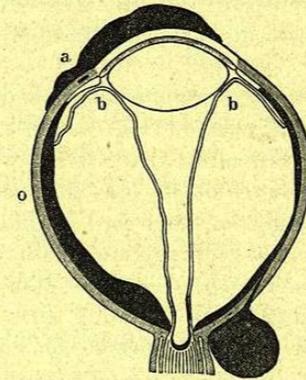


FIG. 169. — Sarcome diffus de la choroïde. Coupe verticale à travers l'œil droit. — Le patient, âgé de 54 ans, avait perdu cet œil depuis des années, par suite d'opacités cornéennes. L'œil s'enflammait de temps à autre et, depuis 6 mois, avait commencé à se teinter en noir. Lors du premier examen, on voyait l'œil augmenté de dimensions et la cornée recouverte d'un dépôt rugueux, d'un brun noirâtre, qui ne laissait de libre qu'une mince portion de la cornée en bas et en dedans. — Sur la coupe de l'œil, on voit que celui-ci est allongé dans sa totalité et a pris la forme d'un ovale pointu en arrière ; ce sont là deux signes de myopie élevée, qui existent à l'autre œil également. La cornée est recouverte d'une matière aplatie, foncée, qui, en haut *o*, se continue sur la sclérotique voisine, et, en bas *u*, laisse une petite région de la cornée libre. Cette dernière, sous la tumeur, n'est pour ainsi dire pas altérée ; à certains endroits seulement, les masses sarcomateuses ont détruit la membrane de Bowman, mais nulle part elles n'ont pénétré dans la profondeur. Près du bord supérieur de la cornée, en *a*, on voit dans l'épaisseur de la sclérotique un petit îlot de tissu sarcomateux qui répond à la coupe d'une veine ciliaire antérieure. Elle est remplie de masses sarcomateuses et constitue la voie par où le néoplasme intraoculaire a pu sortir de l'œil. — Au-dedans du globe oculaire, la choroïde et la partie plane du corps ciliaire sont partout uniformément sarcomateuses ; il y a même un dépôt de tissu sarcomateux, qui tapisse le fond de l'excavation du nerf optique. Tout contre la partie inférieure du nerf, existe un second noyau extraoculaire, duquel part une traînée de tissu sarcomateux qui traverse la sclérotique obliquement et se rend au sarcome choroïdien. C'est par là que le sarcome intraoculaire a traversé la sclérotique, le long d'un nerf ciliaire, pour venir au dehors. — Dans l'œil, on voit en outre les signes d'une hypertonie de longue durée et d'un degré élevé : application de l'iris et du cristallin contre la cornée, atrophie des procès ciliaires, excavation profonde et totale du nerf optique.

complètement aveugle par un glaucome primitif, on trouve rarement l'autre œil encore entièrement sain.

Dans quelques cas rares, pendant le second stade, le stade inflammatoire du développement de la tumeur, ce ne sont pas les symptômes du glaucome que l'on observe, mais bien ceux d'une violente iridocyclite plastique. Cela arrive quand la tumeur intraoculaire se nécrose en tout ou en partie, par suite d'une nutrition insuffisante. Par suite de cette inflammation, l'œil se ramollit et se ratatine autant que le lui permet la tumeur qu'il renferme. Le développement de la tumeur est donc arrêté dans l'intérieur de l'œil pour un certain temps, ce qui ne l'empêche pas cependant de provoquer des métastases.

La tumeur se montre à l'extérieur avant qu'elle n'ait entièrement rempli l'intérieur du bulbe. Cela provient de ce que les cellules de la tumeur s'infiltrant dans la sclérotique, en suivant habituellement des voies préformées. C'est ainsi que l'on voit la tumeur se développer le long du nerf optique et de ses tuniques, ou bien suivre le trajet des vaisseaux (ciliaires antérieurs et postérieurs ou veines vorticellées) ou des nerfs ciliaires à travers la sclérotique (fig. 169). — Les métastases dans les organes éloignés naissent par voie d'embolie. Le torrent circulatoire arrache des cellules à la tumeur et les entraîne dans d'autres parties du corps, où elles se développent en tumeurs propres.

Les récidives locales sont peu à craindre si, au moment de l'énucléation, la tumeur était encore limitée au globe. En revanche, il peut se produire des métastases même lorsque l'énucléation a été faite très tôt ; elles restent d'abord ignorées, puis, quelques années plus tard, causent la mort du sujet.

Une forme rare de sarcome choroïdien est la forme diffuse, dans laquelle le néoplasme ne débute pas sous forme d'une tumeur arrondie, circonscrite, mais sous celle d'une dégénérescence uniforme, étendue, à laquelle participent souvent le corps ciliaire et même l'iris (fig. 169).

Parmi les tumeurs primitives de la choroïde, on connaît encore quelques cas d'angiomes caverneux, d'endothéliomes et de périthéliomes. On a encore, mais très rarement, observé des carcinomes ainsi que des adénomes, mais seulement comme tumeurs secondaires, d'origine métastatique, provenant de carcinomes existant dans d'autres organes (particulièrement dans le sein).

Tuberculose de la choroïde. — Comme dans l'iris, la tuberculose se rencontre dans la choroïde sous les deux formes de tubercules disséminés et solitaires. On les diagnostique au moyen de l'ophtalmoscope.

a) La tuberculose *disséminée* ou miliaire de la choroïde a été d'abord décrite par Jäger. On remarque au fond de l'œil de petites taches mal délimitées, de teinte jaune ou blanc rougeâtre, que l'on voit grandir au bout de peu de temps — en quelques jours, — sans que leurs dimensions dépassent au maximum le tiers de celles de la papille ; en même temps de nouvelles taches peuvent se développer. C'est ainsi que ces taches se distinguent des foyers inflammatoires de la choroïde qui ne changent que très lentement. Au reste, les altérations pigmentaires, si fréquentes dans la choroïdite, manquent ici. Les tubercules choroïdiens occupent surtout le segment postérieur du fond de l'œil. D'ordinaire les taches ne sont pas nombreuses ; quelquefois, cependant, on en compte de 20 à 30 dans un seul œil. L'examen anatomique a fait connaître que les petites taches que l'on observe à l'ophtalmoscope correspondent à des tubercules d'un diamètre moyen de 1 millimètre qui possèdent la structure typique des nodosités tuberculeuses (Manz).

La tuberculose miliaire de la choroïde constitue un phénomène partiel de la tuberculose miliaire générale (Cohnheim). Elle présente un intérêt réel,

puisqu'elle concourt, dans les cas douteux de tuberculose miliaire aiguë, à établir le diagnostic. D'ordinaire, on ne l'observe pas dans la tuberculose chronique des poumons, des intestins, etc.

b) Le tubercule *solitaire* ou congloméré de la choroïde se présente sous forme d'un néoplasme. A l'ophtalmoscope, on observe dans la choroïde une grosse tumeur d'une teinte claire. Il faudra soupçonner qu'elle est de nature tuberculeuse, quand elle est entourée dans la choroïde de taches claires plus petites (tubercules). La tumeur peut plus tard perforer la sclérotique et paraître à l'extérieur où elle se détruit. L'examen anatomique démontre qu'elle est composée d'un grand nombre de petites tumeurs miliaires, qui, en confluant, ont fini par en former une grande. Le centre du tubercule solitaire a subi la dégénérescence caséuse. — La forme conglomérée de la tuberculose de la choroïde constitue une maladie rare, qui atteint de préférence les jeunes individus. Elle présente une marche chronique et accompagne la tuberculose chronique des organes internes, surtout du cerveau. Cependant, on rencontre des cas où les tubercules de l'œil constituent les seules manifestations tuberculeuses apparentes de l'organisme.

Le pronostic du tubercule choroïdien solitaire est mauvais ; en effet, outre que l'œil est perdu dans tous les cas, la vie est le plus souvent menacée par la présence de l'une ou de l'autre affection tuberculeuse concomitante. Le traitement doit être dirigé d'abord contre l'affection générale. Dès que l'on voit que le foyer tuberculeux n'en continue pas moins à grossir et que l'œil est perdu, il est indiqué de pratiquer l'énucléation.

III. — ANOMALIES CONGÉNITALES DE LA CHOROÏDE.

§ 80. COLOBOME DE LA CHOROÏDE. — A l'examen ophtalmoscopique, l'on voit sur le fond rouge de l'œil une grosse tache blanche, située sous la papille (fig. 170). Le colobome de la choroïde est une lacune circonscrite de la choroïde et de la rétine, dans l'étendue de laquelle la sclérotique est à nu et se présente à l'ophtalmoscope comme une surface blanche. Souvent, à côté du colobome de la choroïde, on en rencontre un dans l'iris, ainsi que d'autres anomalies congénitales de l'œil. De tels yeux sont souvent moins développés (microphthalmie). On rencontre même des globes oculaires qui n'ont que la grosseur d'un petit pois ou d'un grain de millet, situés au fond de l'orbite et dont on ne trouve pas de traces à l'examen sur le vivant. On prend alors cet état pour l'absence absolue de l'œil, — anophtalmie. On n'est pas encore fixé sur la question de savoir s'il existe bien une véritable anophtalmie, c'est-à-dire s'il se rencontre des cas où, en présence d'un orbite développé, tout rudiment du globe oculaire manque.

Dans le colobome de la choroïde, l'acuité visuelle est altérée, avant tout