

de l'acuité visuelle. 2° Elles siègent habituellement au voisinage de l'ora serrata, à la partie antérieure de la choroïde, aussi sont-elles assez difficiles à découvrir. L'épanchement sanguin se fait tantôt dans l'épaisseur même de la choroïde, tantôt en dehors, dans l'épaisseur de la lamina fusca, tantôt enfin en dedans, dans le corps vitré. Suivant la situation de l'épanchement, les symptômes observés sont bien différents.

Le repos et la compression de l'œil malade suffiront, dans la plupart des cas, pour obtenir la résorption de l'épanchement et prévenir les complications.

## 2° RUPTURES

**Bibliographie.** — CAILLET, Thèse de Strasbourg, 1869. — JOY. JEFFRIES, *Ann. d'ocul.*, t. LXXII, 1874. — PERRIN, *Dict. encycl.*, 1<sup>re</sup> série, t. XVIII, 1875. — ACHARD, Thèse de Paris, 1877.

Les ruptures de la choroïde, sur lesquelles DE GRÆFE a le premier attiré l'attention en 1854, ont été étudiées depuis par AMMON, ARLT, MAURICE PERRIN, etc.

En réunissant toutes les observations de ce genre éparses dans la science, on arrive à un total de soixante cas environ (ACHARD, YVERT). Ces déchirures siègent de préférence à la région postérieure du globe de l'œil, au voisinage du nerf optique, entre la papille et la macula. Pendant les premiers jours qui suivent le traumatisme, elles passent facilement inaperçues, masquées par l'épanchement sanguin qui les accompagne toujours. Dès que le fond de l'œil est éclairable, on aperçoit tout d'abord un foyer hémorragique assez abondant avec infiltration de la rétine; après la résorption de cet épanchement, on découvre une ou plusieurs bandelettes d'un blanc nacré, disposées sous forme de cercles concentriques à la papille, d'étoiles, de croix, etc.; en avant de ces bandelettes serpentent les vaisseaux rétinien, absolument intacts. Les symptômes fonctionnels varient nécessairement suivant l'époque à laquelle on examine l'œil blessé. Au début, par suite de la présence d'un épanchement sanguin dans le corps vitré, la vision est considérablement diminuée, même complètement abolie; à mesure que le sang se résorbe, l'acuité se rétablit insensiblement et peut même redevenir normale. Il persiste néanmoins des altérations diverses du champ visuel. « La temporisation aidée de quelques soins d'hygiène et le repos de la fonction nous paraissent être les meilleurs moyens de traitement à opposer à la rupture de la choroïde et aux accidents qu'elle occasionne » (M. PERRIN).

## § 2. — Lésions inflammatoires

### 1° CHOROÏDITE PARENCHYMEUSE. — CHOROÏDITE EXSUDATIVE

**Bibliographie.** — JÆGER, *Über Choroïdealexsudate*, in *Est. Zeitschr. f. prakt. Heilk.*, n° 4, 1855. — FALLOT, *Ann. d'ocul.*, 1856, t. XX, p. 133. — CUSCO, *Dict. de méd. et*

*chir. prat.*, art. CHOROÏDE, t. VII, 1867. — DROGNAT-LANDRÉ, *Ann. d'ocul.*, 1587, t. LXXIV. — MAURICE PERRIN, *Loc. cit.* — COURSERANT, *Chor. antérieure*, Thèse de Paris, 1877. — BERLIN, *Ch. plast. nach Schussverletzungen der Orbita*, Wien, *Med. Wochens.*, 1881.

**Anatomie pathologique.** — « La choroïdite exsudative est caractérisée par un épanchement fibrineux à la surface ou dans l'épaisseur du tissu choroidien, et par l'hypergénèse du tissu de cette membrane » (A. SICHEL).

Elle siège de préférence dans la couche chorio-capillaire: les éléments de nouvelle formation qui se sont développés subissent diverses transformations (dégénérescence granulo-graisseuse, formation du pus); parfois ils se transforment en tissu fibreux, même osseux. Telle serait l'origine des plaques osseuses dont nous avons déjà signalé la présence, et que l'on rencontre de temps à autre dans le globe oculaire. Tantôt l'exsudat est limité à certains points, tantôt au contraire la choroïde tout entière est envahie; on pourrait alors croire à l'existence d'une tumeur intra-oculaire.

**Étiologie.** — Cette affection assez fréquente dans l'enfance est souvent consécutive aux lésions inflammatoires des méninges; chez l'adulte, elle se montre à la suite des fièvres graves et pendant les épidémies de méningite cérébro-spinale. D'après PANAS et BERLIN, la choroïdite plastique reconnaît encore le traumatisme pour cause déterminante; quelques auteurs ont fait intervenir le rhumatisme et la syphilis.

**Symptômes.** — *Signes objectifs.* L'examen ophtalmoscopique presque toujours possible au début du mal, révèle l'existence de plaques blanchâtres, un peu teintées en rose, dont les bords vagues se confondent graduellement avec le reste de la membrane. Ces plaques légèrement saillantes présentent une surface inégale, tomenteuse, bosselée; quelquefois elles sont recouvertes de vaisseaux distendus que l'on voit manifestement traverser la plaque et passer en avant d'elle. C'est là un fait capital pour le diagnostic, la présence de ces vaisseaux en avant de la plaque permet d'affirmer que la lésion ne siège pas dans la rétine.

Lorsque la choroïde est envahie dans sa totalité, nous avons dit que l'aspect du fond de l'œil pouvait faire croire à l'existence d'un néoplasme; des cas de ce genre se rencontrent surtout chez les jeunes enfants.

Ces différents troubles de nutrition déterminent l'apparition rapide de corps flottants que l'on rencontre en abondance dans le corps vitré; souvent aussi se produisent des décollements brusques de la rétine. Dans le premier cas, il est très difficile d'éclairer le fond de l'œil.

*Signes subjectifs.* — La choroïdite plastique affecte tantôt une forme aiguë, tantôt une forme subaiguë ou chronique. Dans la forme aiguë, la douleur est vive, pongitive, prenant de temps à autre la marche de crises névralgiques. D'après MAURICE PERRIN, il ne serait pas rare de rencontrer un cortège de symptômes fébriles assez accusés; une injection périkeratique violente, accompagnée parfois de chémosis, dénote la gêne de la circulation profonde. La tension oculaire augmente, l'acuité visuelle est toujours diminuée; de plus, les malades accusent diverses sensations lumineuses, éclairs, photopsies.



Dans la forme chronique on retrouve ces mêmes phénomènes, mais ils sont beaucoup moins accusés.

**Terminaison. Pronostic.** — Après un laps de temps variable, la maladie aboutit habituellement à la phtisie de l'œil. Les masses exsudatives englobent parfois les vaisseaux ciliaires; cette complication est des plus graves, elle peut en effet entraîner la perforation de la cornée et la fonte purulente de l'œil. Enfin, il faut bien savoir que l'inflammation peut se répercuter à la longue sur l'œil du côté opposé et occasionner des accidents sympathiques.

**Traitement.** — Nous sommes presque désarmés en présence de cette redoutable affection. On a conseillé d'employer au début les mercuriaux, l'iodure de potassium, les saignées locales; il est rare que semblables moyens arrêtent la marche envahissante du mal. L'iridectomie réussit quelquefois à calmer la douleur, mais malgré tout ce que l'on puisse faire, la marche de la maladie est fatale; aussi, à la moindre manifestation du côté de l'œil opposé, faut-il se hâter de pratiquer l'énucléation.

## 2° CHOROÏDITE PURULENTE

SYNONYMES. — Ophthalmitis. — Panophthalmitis. — Phlegmon de l'œil.

**Bibliographie.** — DE GRÆFE u. SCHWEIGER, *Arch. f. Ophth.*, 1860, Bd. VI, A. II, S. 261. — RITTER, *Ueber die Entstehung der Panophth.*, in *Ibid.*, Bd. VIII, A. I, S. 30, 1861. — GALEZOWSKI, *Ann. d'ocul.*, 1862, t. XLVIII, p. 267. — KNAPP, *Métastat. Choroïd.*, in *Arch. f. Ophth.*, Bd. XIII, A. I, S. 127, 1867. — GAYAT, *Lyon médic.*, t. XI, 1872. — PONCET (de Cluny), *Recherches d'anat. path.*, etc. (broch.), Paris, 1875. — FR. HOSCH, *Embolische Panophth. im Puerperim*, in *Arch. f. Ophth.*, Bd. XXVI, 1880. — POUSSON, *Arch. d'ophth.*, 1881, p. 174.

**Symptômes.** — La choroïdite a généralement un début des plus brusques; elle est annoncée par des douleurs excessivement violentes, puis bientôt la gêne apportée à la circulation profonde détermine une injection de la conjonctive, qui se gonfle et prend une teinte rouge-violacé. Le chémosis présente dans ce cas un caractère absolument spécial, le tissu de la membrane est épaissi, comme lardacé (chémosis sarcomateux). Les paupières, particulièrement la supérieure, sont rouges, luisantes; le globe de l'œil fortement tendu, excessivement sensible à la pression, semble immobilisé dans l'orbite; la vision est complètement abolie. En peu de jours, parfois même avec une rapidité vraiment surprenante, un vaste hypopion se produit; bientôt la cornée s'infiltré de pus, devient opaque, se ramollit et se perforé. Dans quelques circonstances c'est la sclérotique qui cède; l'ouverture se produit alors au niveau de l'insertion de l'un des muscles droits. Pendant le cours de ces accidents, le malade accuse des douleurs lancinantes, pongitives, qui se font sentir dans toute la tête et ne lui laissent aucun repos. Ces douleurs, qu'il faut évidemment attribuer à la compression des nerfs ciliaires, vont en s'exacerbant à mesure que la tension oculaire augmente. Un cortège de symptômes fébriles graves accompagne ces divers accidents; dès que la perforation s'est produite, les souff-

rances se calment subitement et la fièvre tombe. La perforation n'est pas absolument fatale. La maladie en effet, surtout lorsqu'elle est circonscrite, peut se terminer par résolution, ce sont les cas les plus heureux. Toutefois, on doit bien savoir que la guérison n'est jamais absolue; l'acuité visuelle reste toujours sensiblement diminuée; enfin la phtisie du globe oculaire est à redouter.

**Étiologie.** — La choroïdite purulente est le plus souvent d'origine traumatique. Les plaies pénétrantes du globe oculaire, principalement lorsqu'elles se compliquent du séjour d'un corps étranger, prédisposent à cette terrible affection. Il faut signaler aussi l'influence des traumatismes chirurgicaux; certains procédés d'opération de cataracte ont dans l'étiologie de cette affection un rôle tout spécial. Les accidents de cette nature ont diminué considérablement depuis l'introduction de la méthode antiseptique dans la chirurgie oculaire. La choroïdite purulente apparaît aussi à la suite des ulcères serpiginieux de la cornée; on l'a vue encore éclater brusquement au milieu d'une fièvre grave et compliquer les accidents puerpéraux, elle serait due alors au développement d'organismes inférieurs transportés par le sang. Ces organismes, que l'on rencontre en si grand nombre dans les foyers purulents ou à la surface des plaies septiques, sont absorbés par les capillaires et transportés par le torrent circulatoire; dès qu'ils trouvent des conditions nécessaires à leur développement, ils se reproduisent en donnant lieu suivant les régions à des accidents divers: choroïdites, arthrites, etc. (POUSSON).

**Pronostic.** — Après ce que nous venons de dire, il est inutile d'insister sur la gravité du pronostic. Lorsqu'il se produit une perforation, le pus peut se répandre dans le tissu cellulaire ambiant: sa présence détermine alors la formation d'un phlegmon de l'orbite, lésion dont le danger nous est connu.

**Traitement.** — Au début de la maladie, on doit par tous les moyens possibles tenter d'arrêter les progrès du mal: émissions sanguines locales, réfrigérants, révulsifs intus et extra seront tour à tour employés. Dans les cas de blessure du segment antérieur de l'œil, si l'on soupçonne la moindre infection, il faut, suivant le conseil de DE WECKER, faire toutes les heures des irrigations désinfectantes avec une solution de chlorhydrate de quinine à 5 p. 100.

Malgré les soins les plus minutieux, la suppuration survient malheureusement trop souvent. Dès que la présence du pus est manifeste, on doit s'efforcer de calmer la douleur; les cataplasmes, les compresses chaudes remplaceront alors les applications froides; en même temps on alternera ou l'on combinera ensemble les injections de morphine, les doses de chloral et les prises de sulfate de quinine. Si les douleurs ne cèdent pas, si le pus vient apparaître dans la chambre antérieure, il est indiqué de débrider largement le globe oculaire dans le sens du méridien horizontal (J. SICHEL, DESMARRÉS). On continuera ensuite l'emploi des émoullients et des narcotiques. Plus tard, lorsque les accidents seront calmés, la question d'énucléation pourra se présenter; mais sous aucun prétexte on ne doit pratiquer cette opération durant la période aiguë du mal; DE GRÆFE, en effet, a vu deux fois la mort être la conséquence de semblable conduite.



## 3° CHOROÏDITE DISSÉMINÉE

**Bibliographie.** — FÖRSTER, *Ueber eine Seltene Krank. form. Choroïdea*, in *Med. Cent. Zeitung*, n° 37, 1860; *Choroïdit. Areol.*, in *Ophth. Beiträge*, p. 99, Berlin, 1862. — NAGEL, *Ann. d'ocul.*, t. LXI, p. 259, 1869. — IWANOFF, *eod. loc.*, t. LXIII, p. 280, 1870. — A. SICHEL, *eod. loc.*, t. LXVII, p. 129, 1872. — SHÖN, *eod. loc.*, t. LXXVII, p. 65, 1877. — J. HUTCHINSON, *Cases of Syph. Chor.* in *Ophth. Hosp. Reports*, t. VII, p. 315, 1877 et t. IX, p. 176, 1879. — GOLDZIEHER, *Pest. Med. Chir. Press*, 1882.

**Définition.** — On désigne sous ce nom une lésion de la choroïde, caractérisée par l'apparition sur le fond de l'œil de taches blanchâtres ou noirâtres, de grandeur et de volume variables, disséminées sans aucun ordre. C'est la même

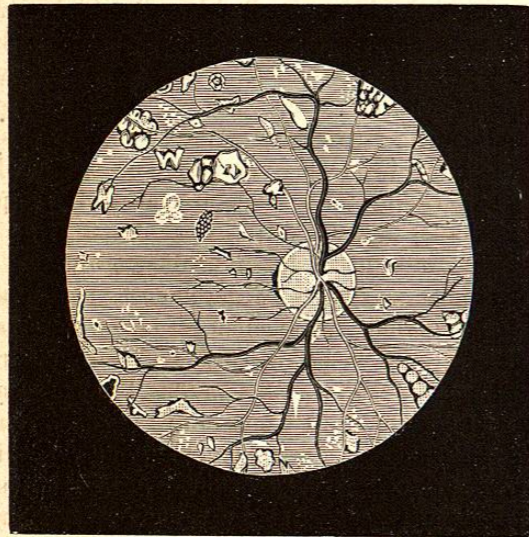


Fig. 60. — Choroïdite disséminée.

affection que M. PERRIN désigne sous le nom de choroïdite plastique et que d'autres appellent choroïdite atrophique.

**Symptômes.** — a. — *Signes ophtalmoscopiques.* — Dans une première période qui passe souvent inaperçue, un examen attentif permet de constater la présence de taches rougeâtres dont la teinte se fonde graduellement avec la coloration normale du fond de l'œil. Ces taches occupent habituellement la région équatoriale; à la longue elles pâlisent, deviennent jaunâtres, puis blanchâtres, enfin s'entourent d'un cercle de pigment. La maladie arrivée à sa période d'état est caractérisée : 1° par l'existence de taches d'un blanc bleuâtre éclatant; 2° par des dépôts de pigment (fig. 60). Taches et masses pigmentaires offrent un aspect des plus variables suivant les sujets. Le pigment forme fré-

quemment un simple liseré au bord de la tache blanche; dans d'autres cas, il constitue des amas noirâtres analogues à des dépôts charbonneux. Les vaisseaux de la rétine rampent en avant de ces plaques sans subir aucune modification. Les îlots pigmentaires se détachent très nettement, le fond de l'œil étant plus pâle qu'à l'état normal. Les taches blanches peuvent présenter toutes les dispositions, toutes les formes. Parfois elles sont peu nombreuses, limitées à la partie antérieure ou postérieure de l'œil; dans quelques cas, il existe une plaque unique occupant la région maculaire : *Choroïdite maculaire*. Enfin le nombre de ces taches peut être considérable, le fond de l'œil présente alors l'aspect d'une véritable mosaïque. AUBERT et FÖRSTER ont donné le nom de *Choroïdite aréolaire* à une variété de la maladie dans laquelle les plaques atrophiques, nombreuses, à bords très nettement limités, sont groupées autour de la macula.

b. — *Troubles fonctionnels.* — Les troubles fonctionnels occasionnés par la maladie ne sont jamais très accusés. Il n'est pas rare de rencontrer une acuité visuelle encore satisfaisante, malgré la présence de taches atrophiques nombreuses. Cependant tout en pouvant se diriger, les malades sont incapables de lire les caractères un peu fins. L'examen du champ visuel révèle toujours l'existence de scotomes nombreux.

**Anatomie pathologique.** — Grâce aux travaux d'IWANOFF, les diverses phases par lesquelles passe cette variété de choroïdite dans son développement nous sont aujourd'hui bien connues. La forme aréolaire, décrite par FÖRSTER, est caractérisée par de petites tumeurs formées par des amas de cellules privées de pigment. Dans une autre forme (ch. disséminée ordinaire), IWANOFF a rencontré des excroissances verruqueuses développées aux dépens de la membrane élastique de la choroïde, le pigment est intact. Plus tard, en certains points, il s'altère et disparaît en partie; de là, les teintes diverses de la tache qui d'abord jaunâtre, pâlit ensuite de plus en plus. Une troisième variété est caractérisée par la prolifération des cellules noires de l'épithélium. SCHULTZE et BABACHIN pensent que les cellules qui prolifèrent ainsi appartiennent plutôt à la rétine qu'à la choroïde; il est certain en tous cas que ces cellules pénètrent souvent dans l'épaisseur de la rétine. Ces différentes formes entrent à la longue dans une phase ultime, période atrophique. Celle-ci est caractérisée par la production du tissu conjonctif, dont la rétraction entraîne la formation d'adhérences solides entre la choroïde et la rétine. Dans quelques cas, ainsi que l'ont signalé PONCET (de Cluny) et RÉMY, les éléments conjonctifs de cette dernière membrane prolifèrent aussi, étouffant les éléments propres, de là, les scotomes.

**Marche. Terminaison. Pronostic.** — La marche de la maladie est essentiellement lente et chronique. Les taches s'étendent peu à peu, se réunissent pour constituer de grandes plaques atrophiques, au niveau desquelles les éléments de la rétine sont détruits. Lorsqu'une de ces plaques se développe au voisinage de la macula, la cécité est rapidement complète.

**Diagnostic.** — Il est en général facile de reconnaître la choroïdite disséminée. La teinte spéciale des taches, leur délimitation nette, les dépôts de pigment qui les bordent constituent autant de signes caractéristiques. On ne



pourrait guère confondre cette maladie qu'avec la choroïdite atrophique ou scléro-choroïdite postérieure. Nous verrons qu'alors l'atrophie est limitée à la périphérie de la papille, et de plus qu'elle se complique souvent d'un degré élevé de myopie. La rétinite pigmentaire peut aussi quelquefois donner le change; mais cette affection est caractérisée par des taches noirâtres qui suivent le trajet des vaisseaux, il n'existe pas de plaques blanchâtres, enfin, presque toujours le malade accuse un certain nombre de troubles visuels (*héméralopie*).

**Étiologie.** — Parmi les causes générales auxquelles on rattache le développement de la maladie, une seule a une influence bien nettement établie : la syphilis. On a invoqué encore le rhumatisme, la scrofule, dont l'action est loin d'être aussi bien démontrée. Chez la femme, la choroïdite disséminée se développe parfois au moment de la ménopause. C'est à ces vagues données que se bornent nos connaissances sur ce point.

**Traitement.** — La syphilis étant souvent en cause, c'est par la médication antiseptique qu'il faut débiter. On emploie tout d'abord les frictions mercurielles; plus tard les sudatifs, les révulsifs sur le tube digestif, les solutions d'iodure de potassium. On peut ainsi dans quelques cas, surtout au début, parvenir à enrayer le mal, mais trop fréquemment la médication est impuissante et l'affection continue sa marche. Le malade portera des verres teintés, évitera la grande lumière et les travaux minutieux.

#### 4° IRIDO-CHOROÏDITE. — CYCLITE

**Bibliographie.** — POWER, *Ann. d'ocul.*, t. LII, p. 250, 1864. — SCHIESS-GENUSEUS, *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, 1870. — KIPP, *Gonorrhœic Ir. Cycl.*, in *New-York Med. Rec.*, t. XVII, 1880.

Thèses de Paris. — 1873, C. DENIS. — 1875, CALDÉRON. — 1880, BRUN (*Trait. de l'Ir. ch. par le salicyl. de soude*).

**Étiologie.** — L'irido-choroïdite apparaît quelquefois spontanément; presque toujours dans ces circonstances elle est liée à un état diathésique spécial : goutte, rhumatisme. Des observations non douteuses dues à divers auteurs, en particulier à MIDLEMORE, MACKENSIE, DOLBEAU, CHARCOT, ont établi ces faits sur des bases indiscutables. La maladie peut encore débiter d'emblée chez les sujets syphilitiques.

Bien plus fréquemment l'irido-choroïdite est consécutive. Parmi les causes qui peuvent lui donner naissance, citons en première ligne l'existence de synéchies anciennes. Plus les adhérences sont nombreuses, plus le danger sera grand. Les traumatismes de l'œil, ceux surtout qui atteignent la région ciliaire, la présence d'un corps étranger dans le globe oculaire, ont aussi une influence capitale sur l'apparition de la maladie. Quelques corps, en particulier les grains de plomb, sont souvent tolérés pendant un certain temps, puis brusquement surviennent des poussées inflammatoires et la maladie apparaît.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions de l'irido-choroïdite sont différentes suivant la période à laquelle on peut les observer. L'iris généralement hyper-

trophie adhère à la cristalloïde antérieure; de même la choroïde est fortement unie à la sclérotique. SWEIGER et MULLER ont rencontré des globules purulents dans le cercle ciliaire. Au niveau du segment antérieur de l'œil, la sclérotique est amincie, comme bouillonnée. Il n'est pas rare en même temps d'observer des troubles du côté des milieux : opacités et ratatinement du cristallin, liquéfaction du corps vitré au milieu duquel flottent des corpuscules pigmentaires.

**Symptômes.** — L'irido-choroïdite se manifeste généralement par des douleurs excessivement vives apparaissant par accès comme celles de l'iritis. La pression exercée à la partie antérieure du globe de l'œil, au niveau du cercle ciliaire, les exaspère. On constate une diminution sensible de l'acuité visuelle et un rétrécissement notable du champ de la vision. Tous les signes que nous avons énumérés à propos de l'iritis aiguë se retrouvent avec une intensité variable, l'injection périkeratique attire particulièrement l'attention. On observe encore ici, suivant les circonstances, les trois formes que nous avons notées dans le chapitre précédent : séreuse, plastique, parenchymateuse. Cette dernière variété s'accompagne fréquemment de la présence d'un hypopion qui se reproduit et se résorbe à plusieurs reprises. En peu de temps quelquefois, les divers phénomènes prennent une acuité surprenante; on voit se développer une conjonctivite intense, avec chémosis; le globe oculaire devient dur au toucher; le pus envahit la chambre antérieure, et si l'on n'intervient pas, il se produit soit dans la sclérotique, soit dans la cornée, une perforation par laquelle le globe oculaire se vide avec rapidité (scléro-choroïdite purulente). La douleur affecte alors une intensité extrême et s'accompagne de phénomènes généraux graves.

Cette forme suraiguë se manifeste spécialement à la suite des plaies traumatiques ou chirurgicales du globe oculaire, et complique souvent la méningite cérébro-spinale épidémique.

**Diagnostic.** — L'intensité des douleurs, leur persistance, l'injection périkeratique considérable, l'existence de poussées inflammatoires antérieures du côté de l'iris, mettront sur la voie du diagnostic. Les commémoratifs contrôlés par l'examen attentif de l'organe atteint permettront d'être bientôt fixé sur la véritable cause de la maladie.

**Pronostic.** — L'irido-choroïdite, quelles que soient son origine et sa nature, constitue toujours une affection des plus sérieuses. De toutes ses variétés, la forme séreuse est la moins dangereuse, la forme purulente la plus redoutable : non seulement elle détermine la perte de l'organe qui s'atrophie par la suite, mais elle peut donner lieu à des complications dangereuses, en particulier au phlegmon de l'orbite, maladie dont nous avons vu la gravité (panophtalmie).

**Traitement.** — Le traitement de l'irido-choroïdite varie avec la nature de la maladie. L'irido-choroïdite primitive, étant comme nous l'avons vu sous la dépendance d'un état constitutionnel, c'est à cet état qu'il faut s'attaquer. Suivant les cas, on emploiera la teinture de colchique, le salicylate de soude. L'usage des eaux alcalines à domicile ou à la station sera très utile pour prévenir les récidives. A. SICHEL préconise beaucoup l'emploi des mercuriaux.

L'irido-choroïdite traumatique réclame une intervention plus énergique; il faut à tout prix assurer une libre communication entre les deux chambres de l'œil, et sans tarder pratiquer une large iridectomie. Lorsqu'un corps