

propre. La présence de cette néoplasie donne à l'œil un reflet particulier; et, comme dès ce moment la vision est presque abolie, on comprend que Beer ait pu désigner cet état sous le nom d'*œil de chat amaurotique*.

Nous mentionnons seulement les *kystes de la rétine* et les *cysticerques* dits *sous-rétiniens*.

CHAPITRE V

CHOROÏDE

Dans la choroïde on trouve à observer, comme dans la rétine, des hémorragies, des exsudats aboutissant peu à peu à la période d'atrophie mais ces lésions; n'ont pas l'importance diagnostique qu'ils offriraient lorsqu'il s'agissait des affections rétiniennes proprement dites.

On peut diviser les choroïdites en deux groupes au point de vue de l'étude ophtalmoscopique :

- 1° La choroïdite exsudative et ensuite atrophique;
- 2° La chorio-rétinite.

§ 164. **Choroïdite exsudative et atrophique.** — Les choroïdites de cette classe commencent par l'exsudat et se terminent par l'atrophie, si leur marche n'est pas rapidement enrayée.

L'ophtalmoscope permet de déceler à la périphérie de la choroïde une plaque d'un jaune blanchâtre, qui est généralement entourée de pigment; c'est une *plaque de choroïdite exsudative*.

Plus tard, la coloration blanc jaunâtre devient d'un blanc franc, le pigment apparaît autour de toutes les plaques, pendant qu'elles-mêmes s'affaissent, se creusent par la rétraction progressive du tissu cicatriciel et qu'il se forme une *plaque de choroïdite atrophique*. Comme phénomènes concomitants, il existe normalement des exsudations vitréennes qui se

manifestent sous l'aspect de fines poussières (*synchisis*) ou de filaments mobiles (*mouches volantes*).

Selon la localisation des plaques, on a donné des noms différents à cette affection. Il importe peu de connaître ces noms, car selon nous ils ne constituent pas des processus morbides différents, mais simplement des variétés d'une même maladie; nous devons cependant les indiquer.

Lorsqu'il existe deux ou trois plaques seulement situées à

la périphérie, on appelle cette lésion *choroïdite disséminée*. Lorsque les plaques existent en très grand nombre, aussi bien à l'équateur que dans le pôle postérieur de l'œil, on désigne cette affection sous le nom de *choroïdite généralisée confluente*. On réserve enfin le nom de *choroïdite maculaire* ou *centrale* à la présence d'une ou plusieurs plaques dans la région

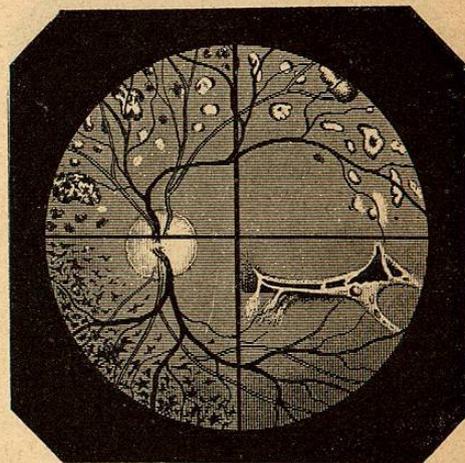


FIG. 146. — Variétés d'atrophie choroïdienne : choroïdite aréolaire; choroïdite pigmentaire; choroïdite disséminée; foyer traumatique atrophique.

de la macula. Si les plaques, au lieu d'être disposées avec irrégularité et sous forme tourmentée, sont nettement rondes ou ovalaires, si leur maximum de fréquence est près du pôle postérieur de l'œil, si enfin l'apparition du pigment est précoce et l'atrophie rapide, cette choroïdite sera appelée *choroïdite aréolaire*. Les foyers d'atrophie choroïdienne peuvent encore se manifester par une accumulation prédominante

de pigment ; c'est la *choroïdite pigmentaire de Förster*, d'après celui qui en donné la description.

Dans tous les cas, la choroïdite a une marche identique ; elle débute par une plaque exsudative et se termine par une plaque atrophique.

Scléro-choroïdite antérieure. — Lorsque les lésions inflammatoires choroïdiennes se produisent dans la région antérieure, au point

que l'on a appelé le *nœud vital de l'œil*, là où la cornée, la sclérotique, l'iris, le corps ciliaire et la choroïde affectent des rapports si intimes, il se produit une affection très particulière que l'on désigne sous le nom de *scléro-choroïdite antérieure*, qui ne donne lieu à aucun phénomène ophtalmoscopique et que nous

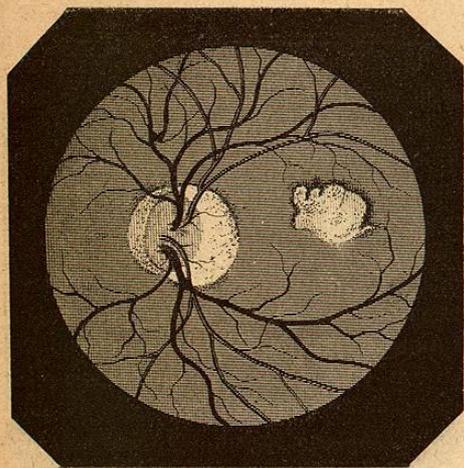


FIG. 147. — Choroïdite maculaire et scléro-choroïdite postérieure (myopie). Staphylome annulaire péripapillaire et plaque maculaire.

étudierons avec la pathologie de la choroïde.

Scléro-choroïdite postérieure. — Dans la myopie élevée, la choroïde s'atrophie et s'ectasie en distendant la sclérotique dans la région péripapillaire ; c'est ce qui constitue la *scléro-choroïdite postérieure* dont le premier degré est fourni par le *staphylome postérieur*. Dans celui-ci, on rencontre à l'ophtalmoscope une plaque d'atrophie choroïdienne de petite dimension, en forme de croissant, dont la concavité repose sur le bord de la papille optique. Cette plaque entourée de pigment est

généralement située à la partie externe de la papille, mais elle peut occuper un siège différent, en dedans, en haut ou en bas.

Tant qu'elle possède une forme régulière, en croissant de lune, on l'appelle *staphylome postérieur* ; si son bord convexe s'échancre, se découpe, progresse et s'amplifie, on lui donnera de préférence le nom de *scléro-choroïdite postérieure*.

Quelquefois il coexiste, avec le staphylome, de la choroïdite disséminée. Nous n'insisterons pas sur les autres signes variables de cette affection (troubles du corps vitré, diminution de l'acuité visuelle, etc.) ; ils résultent de notre étude générale de la choroïdite atrophique.

On rencontre, à titre d'exception, la *scléro-choroïdite postérieure* chez les emmétropes ou les hypermétropes, mais, dans la majorité des cas, elle se produit chez les sujets atteints de *myopie progressive* et paraît assez fréquente chez les astigmatés myopiques.

§ 165. *Chorio-rétinite.* — C'est une affection due à la syphilis, appartenant à la deuxième et surtout à la troisième période.

À l'ophtalmoscope, les contours de la papille paraissent nébuleux, mais il n'existe pas d'œdème et les vaisseaux peuvent être suivis sans interruption.

La région centrale de la papille est parfaitement nette au point de vue de la distinction des zones, quoiqu'on observe souvent une coloration rougeâtre générale. Ces différents signes permettent de distinguer la chorio-rétinite de la névrite.

Le vitreum offre des troubles constants qui sont, pour ainsi dire, pathognomoniques de cette affection. Tantôt il présente de légers filaments, des points opacifiés ; tantôt les exsudats sont si épais qu'on croirait avoir affaire à un décollement de la rétine ; tantôt, enfin il existe une fine poussière dans la région postérieure de la chambre vitrée. Il est nécessaire, pour observer tous ces détails, de se servir du miroir plan d'abord, puis de pratiquer l'examen à l'image droite, à l'aide d'un miroir à court foyer et d'une lentille convexe plus ou moins forte. En faisant regarder le malade successivement en haut et en bas, on voit aisément ces exsudats se déplacer.

Plus tard le vitreum s'éclaircit, les bords de la papille deviennent plus nets et l'on distingue des placards jaunes choroïdiens qui seront la source de plaques atrophiques ultérieures.

A une période plus avancée encore, la papille pâlit ou s'atrophie, les taches s'entourent de pigment et deviennent d'un blanc éclatant; quelquefois le pigment prolifère en grande quantité et la chorio-rétinite ancienne peut prendre l'aspect d'une rétinite pigmentaire. Mais il est toujours facile de faire le diagnostic rétrospectif, car dans la rétinite pigmentaire vraie le pigment est disposé en étoiles grêles à ramifications fines, tandis que dans la chorio-rétinite pigmentaire atrophique on trouve, à côté de ces étoiles pigmentaires, des amas épais et massifs de pigment. Cette forme est peu commune d'ailleurs car généralement la chorio-rétinite ancienne devient une choroïdite disséminée.

En dehors de ces deux affections primordiales de la choroïde, il faut apprendre à connaître certaines tumeurs rares, comme les tubercules, ou plus fréquentes, comme les sarcomes.

Les ruptures de la choroïde tiennent encore une part assez large dans l'étude des lésions ophtalmoscopiques de la choroïde; il y a lieu enfin de mentionner, bien qu'elles soient des altérations plus exceptionnelles, les hémorragies avec décollement de cette membrane.

§ 166. **Tuberculés de la choroïde.** — Dans la plupart des cas, les neuf dixièmes environ, la présence des tubercules de la choroïde n'apparaît guère que dans la phtisie granuleuse aiguë, et ce n'est qu'exceptionnellement que la tuberculisation de la choroïde est primitive.

L'ophtalmoscope permet de déceler des masses arrondies et régulières d'un jaune pâle ou rosé, sans vascularisation, et multiples, leur nombre pouvant s'élever jusqu'à cinquante. Elles sont localisées au pourtour du nerf optique et de la macula.

On ne peut les confondre avec les boutons exsudatifs de la choroïdite disséminée parce que ces derniers n'ont pas une

forme régulière et que leur coloration est légèrement différente. Il faudra s'appuyer en outre, pour le diagnostic, sur l'état général qui est toujours défectueux lorsqu'il s'agit de tubercules vrais de la choroïde.

§ 167. **Tumeurs de la choroïde.** — Il s'agit, dans l'immense majorité des cas, de sarcomes qui se développent soit au niveau du pôle antérieur de l'œil, vers le corps ciliaire, soit au niveau du pôle postérieur.

Si la tumeur prend naissance au niveau du pôle antérieur du globe oculaire, les symptômes subjectifs sont peu marqués et le diagnostic est quelquefois très délicat, car en face de la bénignité apparente des phénomènes présentés par le malade, on ne songe pas toujours à une affection aussi grave que le sarcome de la choroïde.

Cette tumeur est, en effet, très peu douloureuse; l'acuité visuelle centrale reste normale et le malade éprouve seulement une gêne indistincte dans quelques positions. Les signes objectifs sont les suivants: l'iris est un peu soulevé; l'ophtalmoscope, surtout si l'on se sert d'une lentille faible renforcée par un prisme, permet de déceler une masse d'un gris noirâtre vers l'ora serrata; dans certains cas, il semble qu'il existe une demi-lune sombre à l'orifice pupillaire et l'on pourrait croire alors à une subluxation cristallinienne, mais la recherche des images de Purkinje fait reconnaître qu'elles existent au grand complet. Si le volume de la tumeur permet qu'une partie notable se présente dans le champ de l'ophtalmoscope, on distingue une masse arrondie blanc jaunâtre ou rosée, parcourue par des vaisseaux. A l'image droite, le réseau artériel est différent du réseau des vaisseaux rétinien; la tumeur possède, en effet, des vaisseaux propres anastomosés et ce signe est pathognomonique.

Quand le néoplasme siège au pôle postérieur, les signes ophtalmoscopiques sont ceux d'un décollement, avec une teinte peut-être plus grisâtre, une forme assez régulièrement arrondie ou globuleuse et des vaisseaux propres émergeant en capillaires du sein de la tumeur. De plus, en cas de tumeur

profonde, la tension oculaire est plutôt augmentée, alors qu'elle est abaissée d'une façon générale dans le décollement; toutefois ce signe n'est pas absolu.

§ 168. **Lésions traumatiques.** — Les lésions traumatiques de la choroïde proprement dites sont rares, si l'on excepte, bien entendu, les blessures de la zone ciliaire qui prêtent à des considérations spéciales. On doit distinguer les ruptures, les hémorragies et le décollement de la choroïde.

1° *Ruptures de la choroïde.* — Elles peuvent se produire sans que les enveloppes extérieures soient déchirées. Elles siègent habituellement au pôle postérieur de l'œil.

Lorsque le vitreum intact permet de pratiquer l'examen ophtalmoscopique, on constate alors la présence d'une déchirure simple ou multiple, à forme irrégulière, jaune rougeâtre et à bords liserés d'une infiltration sanguine; dans le voisinage d'ailleurs, il peut y avoir hémorragie choroïdienne. Lorsque la rupture est ancienne, on rencontre une déchirure étroite, irrégulière, blanche, avec irradiations des bords et bordure de pigment. Les vaisseaux rétiniens passant nettement au-devant de cette lésion, le diagnostic ne laissera aucun doute.

2° *Hémorragies de la choroïde.* — Celles-ci, généralement consécutives à un traumatisme, sont assez analogues à celles de l'artério-sclérose et de la scléro-choroïdite postérieure. A l'ophtalмосcope, on relève l'aspect ordinaire des hémorragies rétiniennes; leur diagnostic est parfois des plus difficiles, car, sauf la forme qui est régulière et arrondie dans les hémorragies choroïdiennes et la situation des vaisseaux rétiniens passant au-devant de la tache, les symptômes sont les mêmes. Or, le premier signe est inconstant et le second est parfois impossible à constater; on ne peut donc que rester en suspens, ce qui n'a d'ailleurs aucune importance thérapeutique. Les symptômes subjectifs consistent en scotomes dont le siège est indiqué par celui des hémorragies.

3° *Décollement de la choroïde.* — Il résulte d'accidents di-

vers; le décollement de la région ciliaire est seul spontané et consécutif à l'iridocyclite.

Les signes ophtalmoscopiques sont ceux du décollement rétinien, mais, pour la choroïde, il n'y a pas d'irrégularité, pas de ces plis, ni le tremblement qui se rencontrent du côté de la rétine.

Le décollement rétinien présente en outre une coloration grise avec reflet bleuâtre qui fait absolument défaut dans le décollement de la choroïde. Si l'œil est très brun, on peut parfois distinguer dans la partie décollée les vaisseaux choroïdiens. Les symptômes subjectifs sont considérables et la vision se perd complètement dans la majorité des cas. La rétine reste unie, pendant un temps parfois très long, à la choroïde décollée; ce n'est que dans les périodes ultimes qu'elle se sépare de cette membrane.

CHAPITRE VI

ANOMALIES CONGÉNITALES

§ 169. — Les anomalies congénitales que l'on peut percevoir à l'examen ophtalmoscopique intéressent toutes les parties internes de l'œil, membranes et milieux.

Iris. — Nous passerons rapidement sur le *colobome de l'iris*, qui est une brèche elliptique, fermée en bas, de la membrane irienne. Cette anomalie donne l'aspect d'une iridectomie qui serait demeurée incomplète.

On l'observe assez souvent aux deux yeux, en bas et en dedans, et simultanément avec le colobome de la choroïde.

La *membrane pupillaire persistante* se présente à l'ophtalмосcope comme un ou plusieurs fils tendus dans le champ pupillaire, en avant de l'iris. L'éclairage oblique, comme l'ophtalмосcopie, donne des indications d'ailleurs très précises.

Tout le diagnostic consiste à distinguer ces filaments congénitaux de synéchies postérieures étirées. La différence est la