

nulle. Les douleurs oculaires et péri-orbitaires sont plus ou moins considérables. La cyclite purulente résulte d'une infection générale et surtout locale. Les contusions, les plaies accidentelles ou opératoires, les corps étrangers, en sont la cause habituelle.

L'œil est gravement compromis. L'atrophie, l'ophtalmie sympathique sont possibles. On peut cependant, par un traitement antiseptique énergique, espérer encore la guérison relative tant que la panophtalmie n'est pas déclarée.

L'antisepsie locale, surtout les injections sous-conjonctivales ou intra-oculaires (1 goutte) de sublimé au millième, la cautérisation ignée sont surtout favorables. Toutefois l'évidement ou l'énucléation deviennent parfois nécessaires.

CHAPITRE XII

MALADIES DE LA CHOROÏDE

I. — Blessures.

§ 378. La choroïde peut être rompue sur une certaine étendue. On constate alors, dès que l'œil devient éclairable, après la résorption du sang ou des exsudats, une *déchirure de la choroïde* allongée plus ou moins vers le pôle postérieur. Il s'agit évidemment de rupture par contre-coup. C'est généralement une fente blanc jaunâtre, puis tout à fait blanche, à concavité du côté de la papille, large au centre, effilée aux extrémités. Elle est irrégulière, comme branchée et bordée de pigment. Les vaisseaux rétiniens restent intacts. La réaction est parfois vive mais n'entraîne pas toujours la perte de la vision.

Les lésions traumatiques de la choroïde sont indiquées par les troubles du vitré et, plus tard, par l'examen ophtalmoscopique. L'aspect blanc et opaque des cicatrices, leur siège, l'intégrité des vaisseaux rétiniens sont assez caractéristiques.

II. — Choroïdites.

§ 379. **Généralités.** — Les lésions inflammatoires diverses se cantonnent rarement dans la choroïde. Elles se propagent aux parties voisines qui lui sont unies par des liens d'origine, comme l'iris et le corps ciliaire, ou par des rapports de nutrition et de contiguïté, comme la rétine et la sclérotique. Les irido ou cyclo-choroïdites, les scléro-choroïdites, les chorio-rétinites présentent des signes d'iritis, de cyclite, de sclérite, de rétinite. Dans certains cas cependant, on peut établir les caractères propres de la choroïdite, et dans beaucoup, ils sont nettement prédominants.

Les choroïdites surviennent à la suite de maladies générales infectieuses ou diathésiques, de plaies opératoires ou accidentelles, par propagation d'altérations de voisinage. Elles sont la cause de troubles visuels plus ou moins sérieux, de lésions ophtalmoscopiques caractéristiques.

Elles deviennent généralement graves.

On peut distinguer diverses formes de choroïdites suivant qu'on les rattache à leur cause, ou à leurs lésions anatomiques. Nous étudierons les choroïdites séreuse, exsudative, atrophique et purulente.

§ 380. **Choroïdite séreuse.** — Elle s'observe en même temps que l'iritis séreuse, et représente une localisation de l'inflammation lymphangitique de l'œil.

On constate un trouble du vitré limité à sa partie antérieure ou l'envahissant en totalité et coïncidant en avant avec un fin pointillé sur la membrane de Descemet, de l'injection périkeratique, de l'iritis. Il existe alors de la douleur péri-orbitaire et des troubles visuels importants. La tension oculaire est souvent supérieure à la normale. Parfois l'inflammation séreuse s'exagère et aboutit à la formation d'exsudats multiples qui conduisent à l'irido-choroïdite plastique ou purulente.

On rencontre la choroïdite séreuse consécutivement à une infection traumatique de l'œil ou, chez l'adulte et le vieillard, sous l'influence de la goutte, du rhumatisme, de la syphilis.

L'affection est grave, peut entraîner la perte de l'œil; elle exige l'antisepsie locale ou un traitement spécifique, les mydriatiques, et, à la moindre menace de glaucome, une paracentèse ou l'iridectomie.

§ 381. **Choroïdite exsudative.** — Elle présente des formes très diverses : plastique, disséminée, localisée.

La *choroïdite plastique* est plutôt une irido-cyclo-choroïdite aiguë, subaiguë ou chronique. Des exsudats très abondants envahissent la chambre antérieure, le champ pupillaire et le vitré. La conjonctive est rouge, chémotique, le cercle périkératique très marqué; l'iris, terne, rouillé; la pupille, grisâtre. Il existe de vives douleurs et une abolition presque complète de la vision. Les troubles précédents peuvent survenir cependant, insidieusement, sans douleur. En tout cas, si la pupille est dilatée et le cristallin transparent, on constate de larges exsudats blanchâtres dans le vitré. La guérison, même relative, est exceptionnelle. L'œil se ramollit, s'atrophie, et toute sensibilité visuelle disparaît. La cataracte consécutive est habituelle. Quand la pupille s'oblitére de bonne heure, des phénomènes glaucomateux peuvent se produire. Des accidents sympathiques ont été observés.

Cette choroïdite exsudative se montre à tout âge, à la suite de la fièvre typhoïde, de la méningite, après l'accouchement, dans l'ophtalmie sympathique. Les choroïdites exsudatives sont caractérisées par les exsudats iriens et vitréens. On les distingue de la forme purulente à l'aspect plus blanchâtre des exsudats, comme du gliome, chez l'enfant, par l'absence d'hypertonie et de néo-vaisseaux.

Une antisepsie générale et locale, l'hydrargyre, des paracentèses, l'iridectomie au besoin; des sangsues, des vésicatoires, l'antipyrine, etc., seront parfois utiles. En présence de menaces sympathiques, l'énucléation s'imposerait.

La *choroïdite disséminée* est caractérisée par la production d'exsudats constituant des foyers plus ou moins nombreux sur la choroïde. Les points exsudatifs sont de grandeur, de forme et de siège variables.

Au début, ils sont jaunâtres, grisâtres, mal délimités, situés sous les vaisseaux rétinien et masquant la choroïde correspondante; plus tard, l'exsudat disparaît en laissant une sorte de désorganisation pigmentaire. A la dernière période, on note, par places, une atrophie totale de la choroïde et l'on y voit nettement la sclérotique blanche entourée de pigment. Le plus souvent, la rétine est altérée, non seulement dans sa couche pigmentaire, mais dans ses autres couches.

Les troubles choroïdiens entraînent des troubles rétinien, vitrés et cristalliniens. On observe alors de l'amblyopie, des scotomes, des corps flottants et de l'opacification lenticulaire. Le soulèvement de la rétine par des exsudats irrite, déforme et détruit les éléments nerveux, d'où les photopsies, les métamorphopsies, les scotomes.

La choroïdite disséminée évolue plus ou moins lentement et procède souvent par poussées successives. Il est ordinaire de trouver simultanément des plaques anciennes, nettes, très blanches, des plaques récentes diffuses, jaunâtres, et enfin des plaques intermédiaires. Toutes les parties de la choroïde peuvent être affectées, mais le plus souvent l'inflammation reste à peu près limitée aux régions comprises entre la macula et l'ora serrata.

La syphilis, l'arthritisme, la ménopause, la sénilité, la myopie, parfois le traumatisme ont été incriminés.

La choroïdite disséminée *syphilitique* est une *chorio-rétinite spécifique* qui, par sa fréquence et ses caractères tranchés mérite une description particulière. Elle survient dans la syphilis héréditaire, mais surtout dans la syphilis acquise. Les sujets affaiblis par l'âge, les excès ou les maladies générales, sont particulièrement affectés; on la rencontre plusieurs années après l'accident primitif et d'un seul côté.

En outre des troubles de la choroïdite disséminée ordi-

naire, amblyopie, scotomes, photopsies, on trouve souvent de l'héméralopie et du rétrécissement du champ visuel.

Le vitré est trouble, comme jumentoux ou poussiéreux, et l'on y découvre des cellules lymphoïdes nombreuses. Les plaques exsudatives sont larges, inégales, très noires à la périphérie. Les troubles rétinien pigmentaires sont très marqués, plus considérables et plus tumultueux que dans la rétinite pigmentaire congénitale; la papille optique est œdémateuse et la macula, souvent altérée. On a signalé des altérations concomitantes du côté de la rétine, le long des vaisseaux, etc.

Abadie insiste sur l'atrophie optique d'origine intra-oculaire. Il y a, en effet, disproportion fréquente entre les lésions ophtalmoscopiques de la chorio-rétinite et les troubles fonctionnels. La diminution de la vue est en raison directe de l'atrophie optique. Celle-ci se distingue de l'atrophie de cause rétro-oculaire en ce que la chromatopsie, y compris la vision du vert, est conservée, tandis que le champ visuel, malgré l'amblyopie, reste très étendu.

La chorio-rétinite spécifique diffère de la choroïdite disséminée ordinaire par les désordres pigmentaires, les altérations papillaires, maculaires, et surtout le trouble particulier du vitré. L'amblyopie précoce, l'héméralopie ne sont pas moins significatives. Enfin on tiendra compte des manifestations syphilitiques diverses.

C'est une affection grave par les altérations concomitantes de la rétine et du nerf optique, mais qui, soignée de bonne heure par des mercuriaux, peut être heureusement modifiée.

Dans la *choroïdite aréolaire* de Förster, les plaques sont noires, charbonneuses et groupées d'abord autour de la macula et de la papille. De nouvelles plaques se montrent à la longue, en s'épaissant davantage, entre la macula et l'ora serrata. Elles s'éclaircissent progressivement au centre en refoulant en quelque sorte la bordure pigmentaire.

On l'observe chez les jeunes sujets. La syphilis, acquise ou héréditaire, est la cause habituelle de cette affection.

La *choroïdite maculaire* est constituée par une plaque exsu-

dative au niveau de la macula. Cette plaque devient blanchâtre, blanc grisâtre, présente quelques points noirâtres et s'entoure irrégulièrement de pigment. On la rencontre à tout âge, après les traumatismes, chez les jeunes sujets affectés de syphilis, chez les vieillards, à la suite d'altérations trophiques ou vasculaires, enfin surtout dans la myopie forte et progressive.

La *choroïdite antérieure* se manifeste à la partie antérieure de la choroïde sous forme de plaques arrondies, charbonneuses ou ardoisées, multiples. L'hérédosyphilis et la sclérite sont généralement en cause.

La *choroïdite postérieure* forme autour de la papille des croissants, des demi-cercles, des anneaux complets et d'étendue variable. On trouve parfois des zones distinctes plus ou moins épaisses et

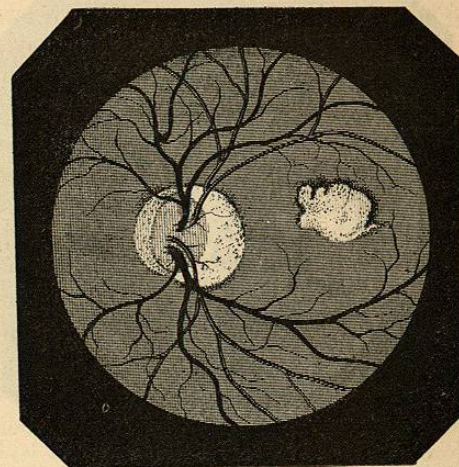


FIG. 42. — Choroïdite maculaire et scléro-choroïdite postérieure (myopie). Staphylôme annulaire péripapillaire et plaque maculaire.

contiguës, s'étendant vers la macula. On désigne cette choroïdite sous le nom de *staphylôme postérieur*, parce qu'elle se produit dans la myopie élevée et qu'elle coïncide avec une ectasie du pôle postérieur. Choroïdite et staphylôme ne se confondent guère cependant, car la choroïdite confine à la papille et le staphylôme siège au pôle postérieur, vers la macula. La sclérotique étant altérée, il est plus exact de désigner la lésion par le terme de *scléro-choroïdite*.

Chez le vieillard et dans le glaucome, on trouve des altérations choroïdiennes autour de la papille, mais elles sont plus régulières que chez le myope.

Dans ces diverses formes de choroïdites disséminées ou localisées, la thérapeutique est peu efficace. Le traitement général spécifique est indiqué. L'iodure, les mercuriaux, les injections sous-conjonctivales de sublimé, les sangsues ou

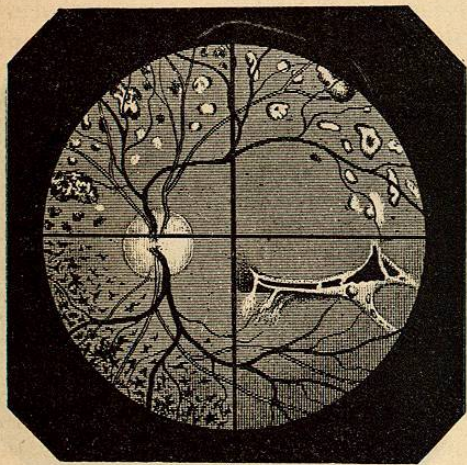


FIG. 43. — Variétés d'atrophie choroïdienne : choroïdite aréolaire; choroïdite pigmentaire; choroïdite disséminée; foyer traumatique atrophique.

les ventouses, la pilocarpine en instillations et en injections sous-cutanées, peuvent cependant rendre quelques services. C'est surtout dans la chorio-rétinite spécifique qu'il faut insister sur ce traitement. Abadie préconise les injections intraveineuses de sublimé, Galezowski les frictions mercurielles continuées pendant deux ans, et Panas donne jusqu'à 8

grammes d'iodure de potassium par jour. Malgré les réserves faites sur l'efficacité de l'iodure dans la syphilis et les inconvénients attribués à son association au mercure, nous employons avec fruit le sirop de Gibert additionné de 1 ou 2 grammes d'iodure par cuillerée à bouche.

§ 382. **Choroïdite atrophique.** — Les diverses choroïdites exsudatives que nous avons énumérées, disséminées ou localisées, aboutissent toutes plus ou moins rapidement à l'atrophie

des parties infiltrées. Les taches jaunâtres, grisâtres ou pigmentaires s'éclaircissent par le centre, le pigment se tasse à leur périphérie et l'on voit apparaître des plaques scléroticales blanches, tendineuses, bordées de noir. Parfois les gros vaisseaux choroïdiens sont respectés; ils se montrent pâles, larges et anastomosés à la surface des plaques.

Dans quelques formes de choroïdite diffuse, la couche pigmentaire de la rétine s'éclaircit plus ou moins et laisse aussi apercevoir l'ensemble des vaisseaux choroïdiens dans tout le fond de l'œil, comme chez certains sujets très blonds ou chez les albinos.

L'atrophie péripapillaire s'observe chez le vieillard, dans le glaucome. Il en est de même après certaines contusions, déchirures ou hémorragies. L'atrophie de la scléro-choroïdite myopique est rarement complète.

§ 383. **Choroïdite purulente.** — Elle est caractérisée par la présence du pus dans la profondeur de l'œil, le vitré en particulier. La choroïdite purulente est primitive dans les infections générales où la suppuration se propage d'arrière en avant; c'est l'*ophtalmie septique*. D'autre part elle peut être consécutive à divers traumatismes et se développer alors d'avant en arrière, sous forme d'*irido-choroïdite*. Dans tous les cas, la totalité de l'œil est affectée, et il y a *panophtalmie*. On doit donc distinguer ici une forme spontanée à infection interne et une forme traumatique à infection externe.

1° *Choroïdite purulente spontanée ou de cause interne.* — Elle apparaît brusquement dans un seul œil, rarement dans les deux yeux. Il survient de la douleur, de l'obscurcissement visuel; la rougeur conjonctivale, le chémosis, l'œdème des paupières se montrent dans les cas aigus. On constate alors de l'infiltration de la cornée, du trouble de la chambre antérieure, l'aspect terne de l'iris et surtout la présence d'un hypopyon et d'une hyalite purulente.

La fonte de la cornée et la désorganisation du globe se produisent ensuite. La sclérotique peut se perforer et l'espace sous-ténonien, le tissu conjonctif de l'orbite sont envahis. Il

en résulte finalement l'atrophie complète de l'œil. L'inflammation suppurative est parfois moins violente. Le vitré se trouble, devient grisâtre, un léger hypopyon apparaît; il y a de la rougeur oculaire, peu de douleur péri-orbitaire; l'hypotonie survient et l'œil s'atrophie sans grand fracas. Il arrive même que la suppuration est très minime, comme insignifiante. Le vitré est à peine louche, la pupille se ferme, l'œil se ramollit et s'atrophie lentement. On dirait une choroïdite plastique maligne. Dans la forme aiguë phlegmoneuse, la chorio-capillaire est primitivement infectée. On y trouve de la congestion, des infarctus, des hémorrhagies, des amas purulents, avec staphylocoques, pneumocoques et streptocoques.

Cette choroïdite purulente peut survenir dans toutes les maladies infectieuses graves, générales ou locales.

La fièvre typhoïde, la méningite cérébro-spinale, la pneumonie, la grippe, la fièvre puerpérale, l'avortement (Puech), l'endocardite ulcéreuse, la septico-pyhémie, le phlegmon érysipélateux, la pustule maligne ont été signalés parmi ses causes. Nous avons observé un cas consécutif à une angine d'allures banales.

Le mode d'infection oculaire est encore discuté. On parlait autrefois de métastase, car l'on rencontre parfois, comme dans la pyohémie, des foyers purulents multiples dans le tissu cellulaire, les articulations, les viscères. L'embolie septique est probable, dans certains cas à début brusque. Les microbes, du foyer primitif d'infection, utérus, ostéo-arthritis, pénètrent dans le courant sanguin et vont s'arrêter dans l'œil où ils pullulent; c'est une simple localisation choroïdienne.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie, l'infection est certaine, et c'est contre elle, malgré le peu d'espoir de guérison, qu'il faut agir au point de vue général et local.

Les mercuriaux, la quinine, l'antipyrine, les toniques; les injections sous-conjonctivales de sublimé, l'atropine, les tampons chauds, enfin des paracentèses, au besoin, surtout dans la forme aiguë : tels sont les moyens rationnels.

L'évidement, si les douleurs sont vives, sera indiqué; quant à l'énucléation, elle paraît inutile, à moins que l'orbite ne se trouve envahie par la suppuration.

On sera d'ailleurs d'autant plus prudent et réservé que l'état général est très mauvais et que des complications méningitiques mortelles sont toujours à redouter.

2° *Choroïdite purulente traumatique ou de cause externe.* — C'est la véritable panophtalmie, le phlegmon de l'œil. Tout d'abord la cornée devient nébuleuse, jaunâtre, et la vue disparaît. Il survient du trouble de la chambre antérieure, de l'iritis, de l'hyalite. La conjonctive se congestionne, devient rapidement chémotique; les paupières s'œdématisent, un écoulement muco-purulent, d'abord rare, puis plus abondant, s'établit, enfin la suppuration oculaire s'affirme et l'inflammation péri-oculaire se diffuse.

Les douleurs, légères au début, croissent rapidement, deviennent lancinantes, gravatives, intolérables, surtout quand le globe est tendu, gonflé, phlegmoneux, en exophtalmie.

L'état général lui-même est altéré et la fièvre constante; on a noté du délire, des convulsions.

Après quelques jours, la cornée se nécrose, l'œil se distend puis s'atrophie lentement; il ne reste bientôt qu'un moignon plus ou moins volumineux et mobile.

Dès que la cornée est détruite et que le pus se fait jour au dehors, les douleurs diminuent. Quand la masse bourbillonneuse constituée par les débris de l'iris, du vitré et des membranes profondes, s'est éliminée, l'accalmie est complète.

Au début, à la suite de plaies opératoires ou accidentelles, on peut parfois enrayer la suppuration oculaire et conserver une partie de la vision; quand le vitré est envahi, la suppuration totale est à peu près fatale et l'œil absolument perdu. Des cas de mort par méningite ont été observés.

Dans la panophtalmie, la cornée, les membranes oculaires profondes, l'iris sont profondément désorganisées; le vitré est transformé en magma purulent épais; le cristallin lui-même est altéré. Il n'est pas rare que la coque oculaire soit