

V. — Maladies de la choroïde<sup>1</sup>.

## CHOROIDITES.

Les lésions inflammatoires de la choroïde présentent dans leurs causes, leurs symptômes, leurs conséquences, des différences qui ont conduit à en admettre plusieurs espèces.

A. L'inflammation peut occuper toute la membrane : c'est la *choroïdite simple* ;

B. Elle peut être limitée, soit à son segment postérieur (*scléro-choroïdite postérieure*), soit à son segment antérieur (*scléro-choroïdite antérieure*) ;

C. Elle peut exister seule ou se compliquer d'iritis (*irido-choroïdite*).

## 1° Choroïdites (généralisées à toute la membrane).

La choroïdite simple comprend plusieurs variétés : *exsudative, atrophique, purulente*<sup>2</sup>.

CHOROÏDITE PLASTIQUE, EXSUDATIVE, DISSÉMINÉE, ATROPHIQUE. — Ces noms différents s'appliquent à des lésions inflammatoires

1. La choroïde est la seconde membrane de l'œil ; elle s'étend depuis l'entrée du nerf optique jusqu'à la cornée où elle se continue avec l'iris ; on la divise en deux zones, séparées par une ligne circulaire dentelée (*ora serrata*) ; une zone postérieure ou choroïdienne, une zone antérieure ou ciliaire ; celle-ci se divise en deux parties : l'une externe, qui est le *muscle ciliaire*, préposé à l'accommodation ; l'autre, interne, ou *couronne ciliaire*, formée de plusieurs lamelles triangulaires (procès ciliaires) qui viennent s'interposer entre l'iris et le cristallin. — La choroïde peut être considérée comme formée par trois couches : l'une externe, essentiellement composée de pigment noir (*lamina fusca*) ; la seconde, moyenne, est très vasculaire (nous avons déjà étudié les vaisseaux de la choroïde) ; la couche interne, membrane capillaire ou de Ruysch, est dépourvue du pigment.

2. La simple hyperhémie ou congestion de la choroïde était considérée comme très fréquente au début de l'emploi de l'ophthalmoscope, car, chez bien des individus, les gens blonds surtout, les vaisseaux de cette membrane sont souvent gonflés et tortueux, sans que, pour cela, la faculté visuelle soit troublée le moins du monde ; par contre, chez d'autres personnes, une congestion réelle ne se traduit pas, à l'examen direct, par un développement vasculaire exagéré. On est donc conduit à baser la connaissance de l'hyperhémie choroïdienne sur les signes rationnels qui sont : une fatigue insolite de la vue, une tension exagérée du globe, quelques vaisseaux dilatés de la cornée. — De la congestion à la choroïdite séreuse, que nous rattachons au glaucome et aux choroïdites exsudatives, il n'y a qu'un pas.

de la choroïde caractérisées par l'exsudation d'une matière plastique, soit à la surface, soit dans le parenchyme de cette membrane, et à l'atrophie consécutive des éléments de la choroïde.

**Étiologie.** — 1° Les *diathèses* syphilitique, rhumatismale, goutteuse, ont la plus grande influence sur la production des choroïdites.

2° On les a encore observées chez de jeunes enfants dans le cours des *méningites*, des *affections typhoïdes*, dans les épidémies de méningite cérébro-spinale.

3° Chez certaines femmes, on les observe à l'époque de la *ménopause*.

**Symptômes.** — TROUBLES FONCTIONNELS. — 1° *Troubles de la vue.* — Dans toute choroïdite il existe des troubles de la vision ; au début, ce sont des *mouches volantes*, une fatigue prématurée à la moindre application. A mesure que l'exsudat fait des progrès, la vue s'obscurcit ; elle est presque abolie lorsque (ce qui est fréquent) le corps vitré perd sa transparence. Dans les choroïdites atrophiques, il existe des *scotomes* (lacunes dans le champ visuel), ils correspondent aux plaques d'atrophie.

2° *Douleurs.* — Dans les formes légères, le malade accuse une sensibilité douloureuse dans l'œil. Souvent l'augmentation de la tension intra-oculaire par le fait des exsudats, détermine une compression des nerfs ciliaires et les *douleurs circumorbitaires* qui en sont toujours la conséquence.

**DÉSORDRES ANATOMIQUES.** — Dans la plupart des choroïdites intenses, les troubles vasculaires s'étendent aux membranes voisines. La conjonctive bulbaire est injectée ; elle forme un chémosis séro-sanguinolent autour de la cornée, et, si ce n'était l'absence de suppuration, on croirait volontiers à une ophthalmie purulente.

La cornée est terne, dépolie et elle se trouve entourée d'un *cercle vasculaire* (cercle périkératique) très remarquable. La chambre antérieure est troublée par le fait du mélange de l'humeur aqueuse à des exsudats inflammatoires et même à du sang et à du pus (ceci s'observe surtout dans les choroï-

dites purulentes). Le corps vitré est lui-même trouble et floconneux. Quant à l'iris, il est très souvent terne, paresseux, car il faut bien savoir que les irido-choroïdites sont plus fréquentes que les choroïdites isolées.

3° *Ophthalmoscope*. — *Examen de la choroïde*. — Dans les formes aiguës, les troubles de l'humeur aqueuse et du corps vitré ne permettent pas d'apercevoir la choroïde ; mais, lorsque les rayons lumineux peuvent arriver jusqu'à cette membrane, on constate des altérations qui consistent en dépôts plastiques (exsudats) ou en plaques atrophiques.

Les *exsudats* se montrent sous l'aspect de plaques ou de taches d'un blanc jaunâtre, irrégulières, cerclées de noir par l'accumulation sur leur pourtour du pigment choroïdien. On les distingue des exsudats rétinienés parce que leur surface est sillonnée par les vaisseaux de la rétine, qui sont au contraire détruits lorsque l'exsudat siège dans cette membrane ; de plus, les exsudats rétinienés ont une forme radiée spéciale<sup>1</sup>.

Les *plaques atrophiques* succèdent habituellement aux exsudats, qui, formés de noyaux embryoplastiques et de tissu conjonctif, se sont infiltrés dans les éléments du tissu choroïdien et les ont étouffés et détruits. Dans des cas rares l'atrophie s'établit d'emblée. Quoi qu'il en soit, toute la choroïde est décolorée ; de place en place on aperçoit des taches blanches tigrées par des dépôts de pigment noir ; sur leurs reflets chatoyants se dessinent quelques vaisseaux rétinienés. L'aspect déprimé de ces plaques, leurs reflets chatoyants, l'anémie de la choroïde autour d'elles, les distinguent des exsudats<sup>2</sup>.

Dans la choroïdite syphilitique les taches se voient surtout

1. On a prétendu que, dans les choroïdites syphilitiques, les exsudats sont groupés autour du nerf optique (de Wecker). — Certaines choroïdites parenchymateuses donnent lieu à des exsudats volumineux, au point de soulever la rétine sous forme de mamelons jaunâtres, appréciables même à l'éclairage latéral. Mais il faut bien savoir que les gliomes rétinienés sont fréquents chez les enfants, et forment des tumeurs à peu près semblables aux exsudats, dont elles se distinguent seulement par leur couleur jaune, brillante, et l'augmentation de la tension oculaire.

2. Foester a décrit, sous le nom de choroïdite aréolaire, une disposition singulière que prennent parfois les exsudats. Ils forment autour du nerf optique une série de boutons soulevant la rétine, qui s'atrophie à leur niveau.

autour de la papille et de la macula et on observe, dans les parties les plus profondes du corps vitré, de fines granulations comparables à des grains de poussière se déplaçant dans les mouvements de l'œil, ce symptôme est caractéristique de la nature syphilitique de la choroïdite.

**Pronostic.** — La choroïdite est toujours une affection grave. Lorsqu'il n'existe qu'une simple congestion, on peut espérer que la membrane reprendra son intégrité, bien que ce résultat se fasse toujours longtemps attendre.

Certaines choroïdites spécifiques sont guéries par le traitement mercuriel ; mais le plus souvent, même lorsqu'elles reconnaissent cette cause spéciale, leur issue est funeste.

La marche de la maladie est habituellement fort lente ; peu à peu la plupart des membranes de l'œil s'altèrent, le corps vitré se trouble, les lacunes du champ visuel se multiplient, le cristallin devient opaque, l'iris terne et paresseux, le globe oculaire s'atrophie.

**Traitement.** — Avant toute chose, on soumettra l'œil à un repos aussi complet que possible ; on évitera la lumière artificielle, on portera des verres foncés. Sangsue de Heurte-loup, ventouses à la tempe ; on répétera leur emploi s'il est suivi de quelques bons effets. Frictions belladonnées, vésicatoires.

Le *traitement général* sera, suivant les cas, dirigé contre la syphilis, le rhumatisme ou la goutte. Dans la choroïdite simple le traitement consiste surtout dans l'emploi des sudorifiques (injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine) et des purgatifs répétés<sup>1</sup>.

## II° Choroïdites partielles.

### A. — SCLÉRO-CHOROÏDITE ANTÉRIEURE. — STAPHYLOME ANTÉRIEUR.

On désigne sous ce nom une inflammation atrophique circonscrite à la partie antérieure de la choroïde et déterminant

1. *Choroïdite purulente*. Son histoire sera faite à propos du phlegmon de l'œil.

par voisinage une inflammation, une atrophie et un soulèvement de la sclérotique (*staphylome antérieur*).

Les causes sont celles des choroïdites ; peut-être le *rhumatisme* a-t-il une influence plus spéciale sur sa production ; on l'observe plus souvent chez les jeunes gens scrofuleux que chez les gens âgés, dont la sclérotique est dure et épaisse.

**Symptômes.** — *Désordres anatomiques.* — On observe un cercle périkératique, une légère décoloration de l'iris et souvent quelques troubles dans la transparence de la chambre antérieure ; la cornée peut même s'opacifier. Mais les altérations les plus importantes sont celles de la sclérotique ; au niveau de sa jonction avec la cornée elle se soulève de manière à former une ou plusieurs bosselures ; à leur niveau, elle s'atrophie graduellement au point de leur donner une *teinte ardoisée bleuâtre* ; autour de ces bosselures on voit serpenter de grosses veines variqueuses (ces bosselures portent le nom de *staphylomes*)<sup>1</sup>.

*Ophthalmoscope.* — Il fait distinguer, lorsque la pupille a été fortement dilatée, une série de plaques blanches atrophiques au voisinage de l'extrémité antérieure de la choroïde. Souvent il existe en même temps des corps flottants dans le corps vitré : c'est à eux que sont dues les mouches volantes.

*Troubles fonctionnels.* — 1° *Troubles de la vision.* — Au début, mouches volantes ; bientôt une *myopie*, qui se rattache à l'augmentation graduelle du diamètre antéro-postérieur du globe de l'œil, rendue possible par le ramollissement de la sclérotique. Plus tard surviennent des *lacunes dans le champ visuel* (elles correspondent aux plaques atrophiques), et, comme la maladie suit une marche progressive quoique lente, elle finit par amener la perte de la vue.

2° *Douleurs.* — Il est bien rare qu'elles soient vives ; elles sont souvent complètement défaut.

**Marche.** — Elle est continue. La maladie peut éprouver un temps d'arrêt ; mais généralement de nouvelles poussées

1. On a cité quelques cas d'une forme aiguë, dans laquelle la sclérotique prend, au niveau des bosselures, une teinte d'un rouge vineux.

inflammatoires multiplient le nombre des scotomes et diminuent l'acuité de la vision. En tout cas, les parties envahies ont perdu sans retour leurs propriétés physiologiques.

**Traitement.** — Celui de la choroïdite généralisée.

Lorsque le staphylome est développé, il peut parfois disparaître par une pression prolongée, par la paracentèse répétée du globe oculaire. On a même cherché à l'extirper, opération dangereuse, souvent suivie d'hémorrhagie.

Si le globe oculaire était très déformé et la vue complètement abolie, on pourrait l'énucléer, et appliquer un œil de verre.

#### B. — SCLÉRO-CHOROÏDITE POSTÉRIEURE (STAPHYLOME POSTÉRIEUR).

On nomme ainsi une atrophie de la choroïde circonscrite au pourtour du nerf optique et compliquée d'une dilatation de la sclérotique à ce niveau (*staphylome postérieur*).

**Étiologie.** — Cette affection ne s'observe guère que chez les gens *myopes*, surtout chez les jeunes gens qui se livrent à des lectures prolongées ou qui se servent de mauvais verres nécessitant des *efforts d'accommodation*.

L'influence des diathèses n'est pas prouvée.

**Symptômes.** — *DÉSORDRES ANATOMIQUES.* — *Ophthalmoscope.* — Au début, la choroïde présente, au pourtour du nerf optique, surtout du côté externe, une *décoloration* qui s'accroît chaque jour ; elle a la forme d'un croissant dont la concavité embrasse le nerf optique. Lorsque la maladie est arrêtée, ses limites sont nettement tracées du côté de la choroïde saine par une accumulation du pigment.

Bientôt la choroïde s'atrophie à un tel point que le *croissant devient blanc* ; en effet les rayons lumineux, n'étant plus arrêtés par la membrane atrophiee, arrivent jusqu'à la sclérotique qui leur donne ce reflet brillant. Les vaisseaux rétiens se dessinent sur ce croissant blanc. Souvent le nerf optique est hyperhémie<sup>1</sup>.

1. Lorsque la maladie progresse, on voit le pigment s'accumuler d'une manière irrégulière sur les parties de la choroïde qui vont être envahies.

Très souvent il existe des *corps flottants* dans l'humeur vitrée.

**TROUBLES FONCTIONNELS** <sup>1</sup>. — 1<sup>o</sup> *Troubles visuels*. — Le premier phénomène qui appelle l'attention des malades est une *augmentation de leur myopie*; ce phénomène tient à l'allongement du diamètre antéro-postérieur de l'œil lié au développement du staphylome; la vue se fatigue rapidement, et elle peut s'affaiblir beaucoup sous l'influence de troubles consécutifs de la rétine.



Fig. 154. — a. artères; v. veines; n. papille du nerf optique; C. Atrophie de la choroïde disposée sous forme d'un croissant blanc autour de la papille du nerf optique.

Très souvent les malades accusent la présence de *mouches volantes* qui se rattachent aux opacités du corps vitré.

2<sup>o</sup> *Les douleurs sont fort rares*, et ne consistent guère qu'en un sentiment de tension et de gêne.

**Marche**. — Essentiellement lente; arrivée à un certain

1. Le globe oculaire est devenu ovoïde; dans les cas extrêmes on peut, en faisant tourner l'œil en dedans, apercevoir l'exagération de courbure de la sclérotique en arrière, et son reflet bleuâtre.

dégré, elle peut s'arrêter en laissant après elle un certain degré de myopie et quelques mouches volantes; souvent de nouvelles poussées exagèrent ces incommodités. Il n'est pas fort rare de la voir se compliquer de glaucome, d'altérations de la rétine, etc.

**Pronostic**. — Variable suivant son état stationnaire ou progressif.

**Traitement**. — Avant tout, condamner l'organe de la vision à un repos aussi absolu que possible. On évitera tout ce qui pourrait congestionner l'œil, comme les lectures la tête penchée, ce qui arrive précisément aux gens myopes.

En cas d'hyperhémie, purgatifs (calomel à la dose de 1 centigramme par jour); ventouses Heurteloup. Éviter l'emploi de verres non appropriés qui nécessitent de trop grands efforts d'accommodation.

#### APOPLEXIE DE LA CHOROÏDE.

Souvent consécutive à un traumatisme de l'œil ou aux diverses maladies de la choroïde.

**Ophthalmoscope**. — L'apoplexie se traduit par des taches irrégulières, rouges au début, devenant jaunâtres à mesure que s'effectue la régression du sang épanché, les vaisseaux rétinien sillonnent leur surface, et, de plus, elles n'ont pas cet aspect strié propre aux apoplexies de la rétine.

Les *troubles visuels* seraient peu importants si ces apoplexies ne coexistaient très fréquemment avec les lésions du corps vitré et de la rétine.

Le traitement varie suivant les causes.

#### DÉCOLLEMENT DE LA CHOROÏDE.

Elle ressemble beaucoup à une *tumeur maligne*, dont elle se distingue par son état stationnaire, par l'absence de douleurs, de tension oculaire, et enfin par l'atrophie de l'œil, qu'elle finit par produire.

Maladie des plus rares, consécutive à des épanchements séreux ou purulents entre la choroïde et la sclérotique. — La choroïde décollée s'avance dans l'humeur vitrée, sous forme d'une *tumeur*

*arrondie, rougeâtre* ; parfois, cachée par l'iris, elle ne devient appréciable que lorsqu'elle a gagné l'orifice pupillaire. Sa forme constante et sa fixité, malgré les mouvements que l'on imprime à l'œil, la distinguent des décollements de la rétine, qui sont tremblotants.

## TUMEURS DE LA CHOROÏDE.

Ce sont des *sarcomes*, des *mélano-sarcomes* et des *cancers*. Wecker a signalé un myome et Follin une tumeur dermoïde.

*Ophthalmoscope*. — Tumeur de volume variable occupant le corps vitré, s'avancant derrière l'iris et faisant d'incessants progrès au point d'envahir le nerf optique, de détruire la sclérotique et de se propager, soit à l'encéphale, soit aux parties molles de l'orbite.

*Troubles fonctionnels*. — Ils consistent en troubles visuels allant jusqu'à la cécité et en douleurs fort vives. Ces désordres tiennent à la destruction de la rétine, à l'augmentation de la tension intra-oculaire par la présence de la tumeur, enfin à la nature maligne de la tumeur elle-même.

*Traitement*. — Extirpation si on a lieu de croire que la totalité de la tumeur peut être enlevée (voy. *Sarcomes et Cancers*)<sup>1</sup>.

## IRIDO-CHOROÏDITE OU CYCLITE.

Les deux affections que nous avons décrites isolément, l'iritis et la choroïdite, s'unissent et se confondent dans la très grande majorité des cas, ce qui s'explique aisément par le voisinage de ces deux membranes et surtout par les relations vasculaires qui les unissent.

En clinique, on se souviendra de cette union importante. Il est inutile de répéter les symptômes.

## VI. — Maladies de la rétine.

## A. — TROUBLES CIRCULATOIRES.

La rétine est cette membrane grisâtre, molle et transparente sur

1. On a signalé l'existence des tubercules (granulations grises) développés dans la choroïde, dans certains cas de phthisie aiguë, et même chronique, jusqu'à présent leur diagnostic n'a été fait qu'à l'autopsie.

laquelle vient se peindre en miniature l'image du monde extérieur ; elle embrasse le corps vitré, et se trouve placée entre lui et la choroïde, à laquelle elle est simplement juxtaposée, ce qui explique la facilité de ses décollements. — La rétine a donc à peu près la forme d'une demi-sphère à concavité dirigée en avant : c'est cette concavité que l'on examine à l'ophtalmoscope ; elle représente : 1<sup>o</sup> la *papille* du nerf optique ; 2<sup>o</sup> la *tache jaune* ou macula ; 3<sup>o</sup> les *vaisseaux rétinien*s qui émergent du centre de la papille. (Nous avons déjà étudié ces divers détails, voy. *Examen de l'œil*).

La rétine est composée d'éléments nerveux plongés au milieu d'une trame conjonctive ; ces éléments nerveux, dont la connaissance n'offre que peu d'intérêt aux cliniciens, forment sept couches qui sont, en procédant du corps vitré vers la choroïde : 1<sup>o</sup> la couche des fibres du nerf optique ; 2<sup>o</sup> la couche ganglionnaire ; 3<sup>o</sup> la couche moléculaire ; 4<sup>o</sup> la couche granuleuse interne ; 5<sup>o</sup> la couche intermédiaire ; 6<sup>o</sup> la couche granuleuse externe ; 7<sup>o</sup> la couche des cônes et des bâtonnets.

L'*HYPERHÉMIE* de la rétine s'observe chez les hypermétropes dont l'accommodation s'effectue avec effort, chez les gens qui restent longtemps exposés à une vive lumière, chez ceux qui sont sujets aux congestions encéphaliques, qui sont atteints de lésions cardiaques.

Ces personnes redoutent la lumière, et, pour peu qu'elles s'appliquent à la lecture ou à un travail minutieux, elles éprouvent un sentiment de tension et de gêne dans l'œil, bien que leur acuité visuelle soit intacte.

L'ophtalmoscope montre que la rétine est plus rouge qu'à l'état normal ; très souvent, à moins que l'hyperhémie ne soit exclusivement artérielle, on aperçoit des veines dilatées et tortueuses.

Si l'hyperhémie se rattache à un trouble de la réfraction, on le corrigera par des verres appropriés. L'hyperhémie sera combattue par les dérivatifs sur le tube intestinal et l'emploi des verres teintés (bleu de cobalt ou fumée).

L'*ISCHÉMIE* de la rétine est beaucoup plus rare, elle se produit au moment de la syncope, ou au début des attaques d'épilepsie ; la tension du sang diminuant dans le système artériel, la tension intra-oculaire reste la même ; elle presse donc