

## CHAPITRE II

### ANGIOME DU TRACTUS UVÉAL

L'angiome, dans le tractus uvéal comme dans les autres parties de l'économie, est caractérisé par la dilatation des vaisseaux préexistants et la formation des vaisseaux nouveaux. Cette affection ne doit pas être confondue avec le *sarcome vasculaire* ou *angio-sarcome* et, sans prétendre écrire à son sujet un chapitre important, nous devons faire connaître les rares observations publiées.

L'angiome a été étudié dans l'iris et dans la choroïde.

Dans l'iris nous ne trouvons que les cas de Schirmer<sup>1</sup> et de Wolfe<sup>2</sup> dont on peut, en forçant peut-être l'analogie, rapprocher une observation de Mooren et de de Wecker.

Dans le cas de Schirmer il se développa, à la suite d'un traumatisme, une petite tumeur demi-transparente; cette tumeur, qui avait la grosseur d'un pois et siégeait à la partie externe de la chambre antérieure, était recouverte de taches rouges, très manifestement vascularisées. Elle fut enlevée par une iridectomie, et l'examen microscopique montra sa structure cavernueuse.

Wolfe a publié l'observation d'un homme de 62 ans qui, depuis quarante ans, portait dans l'angle de la chambre antérieure une tumeur lobulée brunâtre, adhérente à la membrane de Descemet. Toutes les cinq ou six semaines il apparaissait un hypohéma abondant; après sept mois de durée, cette hémorrhagie s'arrêta et la tumeur diminua de volume spontanément.

<sup>1</sup> SCHIRMER. *Greiswald med. Beiträge*, t. III.

<sup>2</sup> WOLFE. *Medical Times*, 1880, p. 504.

De Wecker<sup>1</sup> rapporte l'observation d'un négociant hollandais, chez lequel il diagnostiqua une télangiectasie de l'iris. Ce malade portait, sur la partie externe de l'iris, une tumeur du volume d'une baie de ronce, sillonnée de vaisseaux dilatés. Quand le malade secouait la tête en se penchant rapidement en avant, la totalité de la chambre antérieure se remplissait de sang clair et aussitôt la vision se trouvait réduite à la perception de la lumière dans l'obscurité. Si le malade restait en repos, on voyait rapidement le sang disparaître et l'acuité revenir. Mooren (de Dusseldorf), plus tard, vit le malade et lui enleva le corps du délit; mais malheureusement l'examen histologique ne put être fait.

L'angiome de la choroïde est un peu mieux connu que celui de l'iris, mais le nombre des observations est encore très restreint. Il faut bien se garder de confondre ces cas d'angiome avec les angio-sarcomes de la choroïde qui sont, au contraire, très fréquents. Le professeur Panas n'a pas craint de décrire dans le même chapitre toutes les tumeurs vasculaires de la choroïde, et les angio-sarcomes, dans son livre, prennent ainsi place à côté des angiomes purs. C'est là une véritable confusion. Les angiomes de la choroïde sont aussi différents des sarcomes vasculaires que les anévrysmes cirsoïdes ou les tumeurs érectiles sont différents des néoplasmes télangiectasiques qui se développent dans diverses parties de l'économie.

Nous décrirons les angio-sarcomes de la choroïde avec les sarcomes endothéliaux de cette membrane.

Les angiomes purs, nous l'avons dit, sont très rares, nous n'avons à rapporter que le cas de Panas<sup>2</sup>, celui de Schiess<sup>3</sup>, celui de Giuliani<sup>4</sup> et celui de Tailor<sup>5</sup>. Le cas de Nordenson<sup>6</sup>, dans lequel la disposition cavernulaire vasculaire prédominait, doit être considéré comme un fait d'angio-sarcome parce qu'il existait çà et là, dans les cloisons, de nombreux éléments fusiformes, que la choroïde était infiltrée de nombreuses cellules

<sup>1</sup> DE WECKER. *Traité d'ophtalmologie*, t. II, p. 356.

<sup>2</sup> PANAS et REMY. *Anat. path. de l'œil*, 1873, p. 59.

<sup>3</sup> SCHIESS-GEMUSEUS. *Arch. f. Ophth.*, XXXIV, 3, p. 240, 1888.

<sup>4</sup> GIULINI. *Arch. f. Ophth.*, XXXVI, 4, p. 247, 1890.

<sup>5</sup> TAILOR. *Annali di ottalmologia*, 1894, p. 51.

<sup>6</sup> NORDENSON. *Arch. f. Ophth.*, XXXI, 4, p. 59.

rondes, et enfin, parce qu'il existait à la face interne de la tumeur une plaque fibro-osseuse. C'est à tort que Giulini, dans son intéressant travail, a voulu faire de ce cas un angiome pur.

Le fait de Panas a été ainsi résumé dans son *Traité des maladies des yeux*.

Homme de 69 ans, chez lequel on pouvait rattacher le néoplasme à un coup de canne reçu à la région frontale correspondante quatre ans auparavant. Dans les quatre derniers mois, l'œil gauche fut pris d'irido-cyclite, avec élévation du tonus, ce qui conduisit un confrère à pratiquer deux iridectomies, non suivies de soulagement durable. Comme la vision était entièrement abolie, nous fîmes l'énucléation, et, quinze ans plus tard, nous pûmes constater que la guérison était définitive.

L'examen anatomique nous mit en présence d'une tumeur choroïdienne du volume d'un petit pois, située près de la papille. Elle était ovale, aplatie, et se perdait insensiblement sur les parties voisines de la choroïde, entièrement saine. La rétine adhérait à la masse par une mince couche fibrinoïde.

Sur les coupes, on voyait nettement que la tumeur était exclusivement composée d'espaces lacunaires, complètement remplis de globules sanguins frais. Les cloisons, très minces, représentaient le stroma de la choroïde, sauf que les cellules pigmentaires étoilées se trouvaient en grande partie détruites par compression. Nulle part on ne rencontrait des cellules rondes ou fusiformes en voie de prolifération, preuve qu'il s'agissait bien ici d'un simple angiome. Nous ne ferons que mentionner la liquéfaction du vitré et les adhérences iritiques qui résultaient de l'irido-cyclite tardive.

Schiess-Gemuseus décrit un second fait qu'on peut résumer de la manière suivante :

La tumeur, siégeant à l'équateur du bulbe, a la forme d'un disque plat s'épaississant peu à peu à partir des bords ; ce disque fait le tour d'environ  $\frac{1}{3}$  du bulbe. La rétine est décollée ; la choroïde, au voisinage de la tumeur, n'a pas subi de modifications importantes. La tumeur elle-même se compose de grands septa, surtout dans son milieu ; ces septa sont remplis de sang ; ils commencent à l'épithélium pigmentaire et se continuent sans interruption jusqu'à la sclérotique, de telle sorte que dans la choroïde on ne trouve rien, sauf ces espaces sanguins. Ils sont reliés par un tissu intermédiaire très délicat, pourvu de gros noyaux ; ce tissu se compose de fins filaments. La grandeur et la forme de ces cavités sanguines sont différentes. Partout on voit les parois homogènes dans les préparations non colorées et elles semblent très minces ; parfois elles ressortent très bien sur leur contenu qui est quelque peu ratatiné,

et sur les préparations à l'hématoxyline, elles présentent de grands et beaux noyaux.

Giulini a fait connaître un troisième fait concernant un homme de 38 ans dont la vue déclinait à gauche depuis trois semaines. L'œil avait présenté par intermittences de violentes douleurs, il était devenu inéclaire et dur. Il fut énucléé après un court traitement à l'ésérine.

L'examen anatomique montra la présence d'une tumeur lenticulaire brun rougeâtre située dans la choroïde, à 3 millim. de la papille.

Il n'existe presque pas de stroma proprement dit et la préparation se présente comme un fin réseau à grandes mailles et à travées excessivement délicates. La tumeur ainsi construite a son siège dans la substance fondamentale de la choroïde et surtout dans

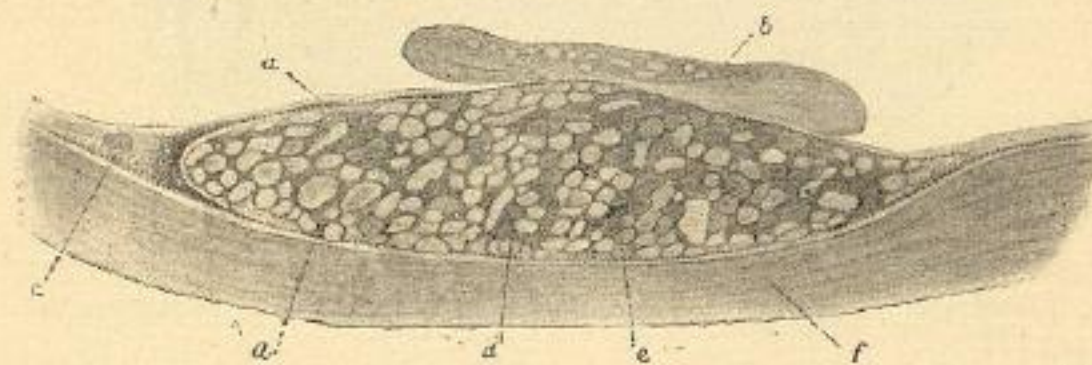


FIG. 79. — Angiome de la choroïde. (GIULINI). Coupe de la tumeur à un grossissement de 20 d. — a. Pigment de la choroïde. — b. Excroissance conjonctive. — c. Vaisseaux choroïdiens anormalement dilatés. — d. Espace caverneux rempli de sang. — e. Pigment disséminé dans la tumeur. — f. Sclérotique.

la partie voisine de la supra-choroïde. Elle ne contient que très peu de cellules pigmentaires ramifiées, tandis qu'en dedans et des deux côtés elle est entourée de plusieurs couches de tractus pigmentaires (fig. 79), de telle sorte qu'il semble que la tumeur ait repoussé en dehors et sur les deux côtés le stroma pigmenté de la choroïde ; du côté de la sclérotique, la tumeur est limitée par la supra-choroïde tout à fait normale. A d'autres endroits non modifiés de la choroïde se trouvent de petites concrétions ; la surface de la tumeur est sur une grande étendue recouverte par une prolifération de tissu conjonctif (fig. 79). Cette prolifération se compose en partie d'une large couche de tissu conjonctif fibrillaire avec des cellules allongées (fusiformes) et de noyaux cellulaires visibles qui parfois sont remplis de grains de pigment ; en partie de tissu conjonctif réticulaire à cellules ramifiées et de cellules et plaques pigmentées assez grandes et assez arrondies qui y sont dispersées.

La chorio-capillaire et la membrane vitrée peuvent être suivies jusqu'à cette prolifération du tissu conjonctif ; elles ne sont pas modifiées, mais après elles sont envahies par la prolifération conjonctive.

Les vaisseaux voisins de la tumeur de la choroïde se caractérisent par une largeur

anormale de leur lumière. La rétine, décollée et plissée, ne présente pas de modifications sauf la disparition de la couche des bâtonnets et de cônes et une légère hypertrophie du tissu de soutènement. Les autres couches sont bien conservées.

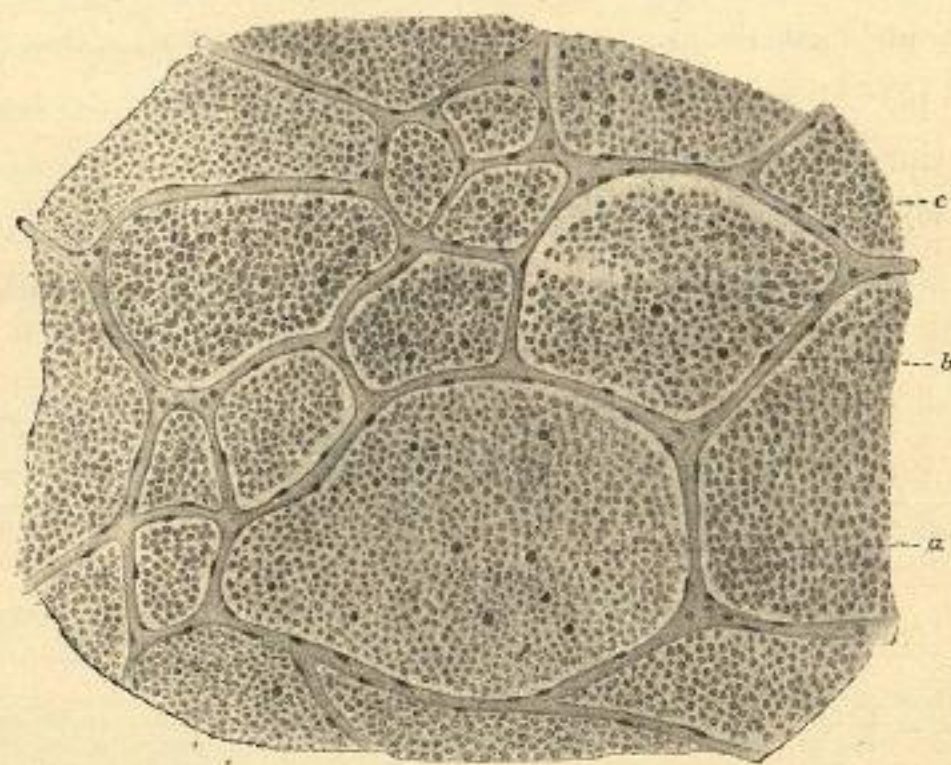


FIG. 80. — Angiome de la choroïde. (GIULINI.)

a. Globules de sang frais. — b, c. Cloisons conjonctives avec couche endothéliale.

Outre ces lésions anatomiques, il faut encore mentionner, dans l'observation de Giulini, que l'iris offrait sur sa couche endothéliale antérieure des cavités kystiques et un épaissement des vaisseaux du stroma. Le sphincter irien était ectropionné en avant.

Taylor a rapporté en 1894 une observation très complète qui doit également trouver ici sa place. Il s'agit d'un homme de 34 ans ayant perdu l'œil depuis un an. Cet œil glaucomateux fut énucléé; il contenait une masse jaunâtre et molle développée dans la choroïde, dont l'étude histologique révéla l'existence d'un tissu caverneux typique rempli de globules rouges. Nous transcrivons d'ailleurs ici une partie de cet examen histologique dont l'intérêt s'explique bien par la rareté du fait.

A l'examen histologique, le tissu caverneux atteint le voisinage de la papille, dans le segment supérieur, et dans l'inférieur il arrive presque jusqu'à l'équateur bulbaire à partir duquel il se continue sans interruption et par graduelles transformations jusqu'au reste du tissu choroïdien.

A l'extérieur il confine directement à la sclérotique, excepté dans quelques parties

où existe encore la supra-choroïde. A l'intérieur aussi il est limité dans une minime partie et sur les côtés par la lame vitrée, et sur une grande partie par un tissu conjonctif compact néoformé. Dans la partie médiane, ce tissu est dépourvu partout d'éléments pigmentés rétinien; dans le reste, au contraire, il en présente une certaine quantité; les éléments de ce tissu paraissent notablement altérés, principalement par dégénérescence hyaline de leur contenu.

Les lacunes qui remplacent la choroïde dans sa partie amincie, dans les strati internes, sont plus petites, ont un contenu ordinairement hyalin et une forme plutôt allongée; dans les externes, au contraire, les lacunes sont plus grandes et leur contenu est principalement composé de globules, leur forme est arrondie et irrégulière, spécialement lorsque par destruction des cloisons intermédiaires plusieurs lacunes communiquent entre elles. Dans les couches externes quelquefois on rencontre des sections de vaisseaux artériels. Dans d'autres points, spécialement dans les parties terminales de la néoplasie, on voit aussi des sections des veines. Celles-ci sont extraordinairement dilatées avec leur tunique adventice amincie et transformée en une substance resplendissante et fortement réfringente, qui apparaît : ici parfaitement homogène, là concentriquement striée et avec des traces de fibres et d'éléments connectifs.

Tels sont les cas connus d'angiome choroïdien. Nous ne nous y arrêtons pas plus longuement. Ils ne présentent entre eux ni assez d'analogies ni assez de différences pour permettre une description d'ensemble. Cette description ne sera possible qu'avec les faits nouveaux que l'avenir fera sans doute connaître. Il devra suffire aujourd'hui de rappeler plus loin, dans l'étude du diagnostic différentiel des néoplasmes choroïdiens, ce que peut avoir de spécial la symptomatologie de l'angiome de cette membrane.