

et couper celle-ci perpendiculairement à sa surface par de légers mouvements de scie.

4° Diviser la capsule avec le kystitome et retirer le blépha-rostat.

5° Soulever la paupière supérieure avec les doigts, ordonner au malade de regarder en bas, et exercer une légère pression sur le segment inférieur du globe pour favoriser la sortie du cristallin.

6° Nettoyer la chambre antérieure, s'il y reste du sang ou des débris de cristallin, et faire le pansement ainsi qu'il est dit plus haut.

La *discision de la capsule* applicable à la cure des cataractes congénitales laiteuses se fait à l'aide d'une aiguille fine que l'on introduit à travers la cornée en dehors de son centre.

**B. Affections consistant en une lésion profonde, visible seulement à l'ophtalmoscope (maladies du fond de l'œil).** — L'aspect extérieur de l'œil est sensiblement normal, les milieux sont transparents, et néanmoins la vision est profondément altérée ou abolie : nous avons affaire à l'une des affections désignées, il n'y a pas longtemps encore, avant la découverte de l'ophtalmoscope, sous le nom générique d'*amaurose*.

Le diagnostic des maladies du fond de l'œil a fait depuis cette époque des progrès immenses, ou plutôt tout a été créé sous ce rapport ; mais il faut bien reconnaître que la thérapeutique n'en a que peu profité jusqu'à ce jour ; je me trompe, ces belles découvertes ont mis fin au supplice des malheureux amaurotiques que je voyais au début de mes études condamnés au séton, au moxa et au cautère à perpétuité ; c'est encore un bienfait.

Parmi les affections qui se développent sans aucun trouble apparent des milieux de l'œil, du moins au début, je dois signaler l'ophtalmie sympathique, dont c'est ici le lieu de présenter la description clinique.

a. *Ophtalmie sympathique.* — Cette affection est caractérisée par la diminution graduelle de la vision dans un œil sain sous l'influence d'une maladie de l'autre œil. Ainsi, par exemple : un malade a été atteint d'une blessure à l'œil droit, l'œil s'est enflammé et vidé, et le malade ne souffrant plus du tout a repris son existence habituelle. Plusieurs mois et même plusieurs années

après l'accident, la vision de l'œil gauche diminue peu à peu sans signe extérieur visible et même sans lésion appréciable à l'ophtalmoscope. Il paraît rationnel de ne pas s'occuper de l'œil droit qui, perdu depuis longtemps, ne cause aucune douleur, et de porter toute son attention sur l'œil gauche : c'est ce qu'on a fait pendant tous les siècles passés, jusqu'à ce que Mackensie nous ait appris que la cause de l'affaiblissement de la vision dans l'œil sain résidait dans l'œil anciennement blessé, que l'ophtalmie, en un mot, était *sympathique*. Cette conception ingénieuse a préservé bien des malades d'une cécité complète.

Ce sont les blessures de la zone ciliaire et principalement la présence de corps étrangers au niveau de cette zone qui donnent en général naissance à l'ophtalmie sympathique ; une inflammation spontanée de l'œil peut cependant en être le point de départ. Il est vraisemblable que la transmission à l'œil sain se fait par l'intermédiaire des nerfs ciliaires irrités peu à peu.

Au début de l'affection, il n'existe, ai-je dit, aucune lésion appréciable, mais un simple trouble fonctionnel ; plus tard il survient de l'irido-cyclite qui peut amener la perte de l'œil : c'est pourquoi il y a urgence à intervenir activement le plus tôt possible, et la seule intervention utile consiste dans l'énucléation du globe de l'œil anciennement affecté. C'est merveille de voir le résultat de cette opération quand elle est pratiquée en temps opportun : j'ai vu plusieurs fois des malades, à peine sortis de l'anesthésie, recouvrer l'intégrité de la vision.

Les maladies du fond de l'œil se développent aux dépens de la choroïde, de la rétine et du nerf optique. Ce sont : le glaucome chronique, — l'atrophie de la choroïde, — la choroidite syphilitique, — les diverses variétés de rétinite : albuminurique, syphilitique, pigmentaire, — le décollement de la rétine, — l'embolie de son artère centrale, — la névrite optique, — l'atrophie de la papille, — le daltonisme.

Le diagnostic de ces diverses affections ne peut être établi qu'à l'aide de l'ophtalmoscope. Cependant vous pourrez avoir déjà des présomptions d'après la marche de la maladie. Par exemple, si la vision a été perdue subitement, vous aurez sans doute affaire à une embolie de l'artère centrale de la rétine ; si une moitié du champ visuel seulement est abolie, ce sera probablement un décollement de la rétine. Il faut surtout songer à la possibilité d'affec-



tions syphilitiques de la choroïde ou de la rétine, contre lesquelles le traitement peut avoir une grande efficacité; elles apparaissent entre les deux périodes secondaire et tertiaire.

Quoi qu'il en soit, signalons les signes à l'aide desquels vous reconnaîtrez ces diverses affections, ainsi que les rares indications thérapeutiques qu'elles présentent.

b. *Glaucome chronique*. — C'est cette affection que de Graefe appelait jadis amaurose avec excavation du nerf optique. Elle est ainsi caractérisée : dilatation de la pupille, tension et durété du globe de l'œil, excavation du nerf optique. Cette excavation est centrale, les bords en sont taillés à pic; les vaisseaux qui gagnent le fond de l'excavation s'infléchissent brusquement sur ce bord et paraissent rompus. Les artères présentent des battements.

La vision s'affaiblit progressivement et finit par s'éteindre.

On a bien souvent employé contre le glaucome chronique l'iridectomie et la sclérotomie, mais sans succès. Peut-être modifie-t-on par cette intervention, en définitive rationnelle, la marche de la maladie, c'est pourquoi je suis d'avis de la tenter.

c. *Choroïdite avec atrophie, choroïdite syphilitique*. — Au début, on observe des taches d'un rouge sombre, plus tard de grandes plaques blanches d'atrophie bordées de pigment; le corps vitré est trouble, ramolli, rempli d'exsudats mobiles. Ces exsudats se présentent sous l'aspect de corps flottants qui constituent le *synchisis*. Ce *synchisis* n'est pas étincelant comme celui qui est constitué par la présence dans le corps vitré de paillettes de cholestérine. Lorsque la choroïdite est de nature syphilitique, les lésions qu'elle développe siègeraient de préférence au voisinage de la macula, et les exsudats affecteraient une forme circinée. La papille est complètement voilée. La vision est profondément altérée, les malades voient à travers un brouillard très épais et aperçoivent des scotomes ou mouches volantes.

Songez toujours dans ces cas à la syphilis, et administrez le traitement spécifique qui peut guérir. En dehors de cela le traitement n'est que palliatif.

d. *Rétinites*. — La rétinite *albuminurique* est caractérisée par la production d'exsudats abondants dans l'épaisseur de la ré-

tine et de foyers hémorragiques disséminés. Les exsudats se traduisent sous forme de taches blanches, brillantes, entourant le plus ordinairement la macula.

La rétinite *syphilitique* présente beaucoup de rapports avec la choroïdite de même espèce, et c'est avec raison qu'on a décrit l'affection sous le nom de *chorio-rétinite-syphilitique*. Cette affection n'est pas très rare à la fin de la période secondaire de la syphilis. Vous serez mis sur la voie, si le malade accuse une syphilis antérieure, s'il en porte encore des traces sur la peau, s'il a été déjà atteint d'une iritis, si la cristalloïde antérieure en présente les stigmates, c'est-à-dire des taches pigmentaires.

A l'ophthalmoscope on trouve comme un nuage de poussière en avant de la macula; la papille est voilée; des corps flottants siègent dans le corps vitré; aussi le malade voit-il des scotomes au sein d'un nuage très épais.

Employez un traitement spécifique énergique, et vous avez chance de sauver l'œil de votre malade, si vous arrivez à temps, c'est-à-dire avant la production de désordres organiques irréparables.

La rétinite *pigmentaire* se présente avec des caractères tout spéciaux. Quelques auteurs l'ont rattachée à la syphilis congénitale, se basant sur ce qu'elle est souvent héréditaire, ce qui n'est certes pas une preuve. On l'observe plus souvent sur les sujets nés de mariages consanguins. Vous la devinerez tout de suite parce que les malades sont *héméralopes*, c'est-à-dire qu'ils ne voient plus après le coucher du soleil.

Le diagnostic à l'ophthalmoscope est également très facile. La rétinite pigmentaire se présente sous l'aspect de taches noires affectant un certain ordre, disposées sur le trajet des vaisseaux rétiens et ressemblant assez exactement aux ostéoplastes. C'est ce qui la différenciera des autres dépôts de pigment si communs dans les affections du fond de l'œil.

Autre caractère : ces taches pigmentaires apparaissent d'abord vers l'équateur de l'œil, puis se rapprochent peu à peu concentriquement vers la papille, de façon à enserrer de plus en plus concentriquement le champ visuel. C'est en effet ce qu'éprouve le malade, qui finit par ne plus voir que dans l'espace de quelques centimètres carrés : aussi tourne-t-il la tête et les yeux dans tous



les sens, ce qui lui donne une physionomie toute particulière.

La cécité arrive fatalement et rien ne peut la retarder.

Essayez à tout hasard un traitement spécifique.

e. *Décollement de la rétine.* — Cette maladie consiste dans l'interposition d'une couche de liquide entre la choroïde et la rétine, de telle sorte que celle-ci fait, pour ainsi dire, hernie dans le corps vitré. Le corps vitré étant incompressible et contenu dans une membrane inextensible, le décollement ne peut se produire qu'autant qu'une partie de l'humeur vitrée a été chassée au dehors, dans un traumatisme, par exemple, ou bien que cette humeur a subi une modification profonde dans sa composition.

Le décollement de la rétine est le plus souvent une complication de la myopie. Il se produit en général brusquement et se manifeste par l'abolition immédiate d'une partie du champ visuel. Les objets paraissent brisés, ondulés.

On peut reconnaître le décollement de la rétine à l'image droite, et l'on aperçoit alors une saillie grisâtre, tremblotante, offrant des ondulations en rapport avec les mouvements de la tête.

Si le décollement est accidentel, la vision peut se rétablir, mais dans le cas contraire la marche est fatalement progressive.

L'indication est d'évacuer le liquide pour favoriser le recollement, et on s'est servi à cet égard de diverses ponctions avec des trocarts, le thermo-cautère; du drainage, etc., mais sans résultats bien favorables.

f. *Embolie de l'artère centrale de la rétine.* — Signalée par de Graefe, l'embolie de l'artère centrale se manifeste par une cécité subite : complète si le caillot occupe le tronc même de l'artère; incomplète s'il occupe seulement l'une des branches. A l'ophthalmoscope, on trouve la papille décolorée, les artères vides de sang. La rétine privée de ses éléments de nutrition s'altère rapidement et la vision est perdue pour toujours.

g. *Névrite optique et atrophie de la papille.* — L'inflammation de la papille du nerf optique est caractérisée par une stase sanguine considérable. La papille est gonflée, œdématisée, rouge et nébuleuse. Les artères sont amincies et les veines très dilatées, variqueuses. Il existe un véritable étranglement des vaisseaux au niveau de l'ouverture scléroticale par laquelle s'engage le nerf

optique. Peu à peu cet état se transforme, aboutit à l'atrophie de la papille et détermine une cécité complète, terme fatal de la plupart des affections de la rétine et de la choroïde. Le fond de l'œil présente alors un aspect caractéristique : la papille est blanche, décolorée, et se détache avec la netteté d'un pain à cacheter blanc sur un fond rouge.

h. *Daltonisme.* — On décrit sous ce nom la perte du sens chromatique ou sens des couleurs. C'est ordinairement le rouge et le vert que les sujets ne peuvent percevoir et confondent dans une même nuance. Très rarement il y a abolition complète de ce sens; la perception persiste en général pour le jaune, le bleu et le violet.

### C. Lésions organiques de l'orbite (tumeurs de l'orbite).

— Les tumeurs développées dans la région orbitaire occupent le globe de l'œil ou siègent en dehors de lui : elles sont donc intra-oculaires ou extra-oculaires. Il est en général facile de faire le départ entre ces deux sortes de tumeurs; tout au plus pourrait-on avoir quelques doutes lorsqu'une tumeur primitivement développée dans l'œil a rompu ses barrières et envahi l'orbite, mais la marche de l'affection vous mettra vite sur la voie du diagnostic.

a. *Tumeurs intra-oculaires.* — Je ne reviendrai pas ici sur les petites tumeurs qui peuvent apparaître à la surface de l'œil et dont j'ai signalé plus haut la présence (dermoïde, pinguecula, etc.).

L'iris présente un certain nombre de tumeurs que l'on peut voir directement ou mieux avec l'éclairage latéral. On y observe des kystes de diverse nature, en particulier des kystes épithéliaux, qui font dans la chambre antérieure une saillie de couleur blanc nacré; des tubercules pouvant atteindre le volume d'un pois; des gommés. Le diagnostic anatomique de ces diverses affections ne pourra être en général établi qu'à l'aide du microscope.

Le seul traitement consiste à enlever la tumeur avec la portion d'iris correspondante.

La choroïde peut aussi être affectée de petites tumeurs de nature tuberculeuse.

Je ne fais que signaler la présence des cysticerques dans la chambre antérieure, le corps vitré ou la rétine. Ils se présentent