

Si les circonstances nous permettent de choisir, nous ferons la ponction de préférence à la partie externe de la cornée, où les manœuvres opératoires sont moins gênées, à cause de l'absence de toute proéminence osseuse. L'opération terminée, il importe d'obtenir immédiatement une dilatation de la pupille et de la conserver par des instillations répétées d'une forte solution d'atropine ou de duboisine.

Un autre procédé de coréclisis a été proposé par le docteur *Passavant*. Cet opérateur fait, à l'aide du couteau lancéolaire, une petite ponction près du bord de la cornée, juste au-dessus

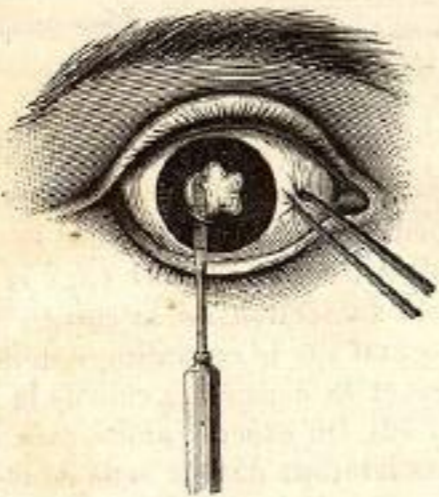


FIG. 72. — Coréclisis.

de la synéchie. La grandeur de cette incision doit être telle, que l'on puisse y ouvrir sans peine la pince à iris; puis il introduit dans la chambre antérieure une petite pince sans dents aiguës, saisit le bord de l'iris et le détache de la capsule, en attirant doucement les pinces. La synéchie ainsi détruite, il ouvre les pinces pour abandonner l'iris, et retire cet instrument avec précaution de la chambre antérieure. Il ne faut détacher qu'une synéchie à la fois et répéter plutôt l'opération après quelques jours. En cas de prolapsus d'iris dans la plaie cornéenne, il faudrait essayer la réduction par les manœuvres habituelles.

MALADIES DU CORPS CILIAIRE.

ARTICLE PREMIER.

CYCLITE.

L'inflammation du corps ciliaire, fréquemment propagée sur cette partie par les tissus voisins, l'iris et la choroïde, se présente aussi souvent sous une forme idiopathique.

Les symptômes généraux de cette affection sont :

- a. L'hyperhémie considérable des artères sous-conjonctivales, sous forme d'une injection périkeratique très vive.
- b. Les douleurs ciliaires, et surtout une grande sensibilité au toucher de la région ciliaire.
- c. L'apparition des produits de l'inflammation, soit dans les parties antérieures du corps vitré, sous forme d'opacités, soit dans la chambre antérieure sous forme d'hypopyon.

La turgescence du tissu malade provoque bientôt des troubles de circulation dans l'iris, qui se manifestent par le gonflement des veines distendues et tortueuses, surtout vers la périphérie de la membrane, sans que celle-ci présente d'autres symptômes inflammatoires que la décoloration qui accompagne la stase veineuse.

Le corps ciliaire n'étant pas accessible à notre regard, ce n'est que par le toucher de cette région et par les symptômes indirects que nous pouvons assurer notre diagnostic. Aussi ces derniers (hyperhémie sous-conjonctivale, opacités du corps vitré et hypopyon) ne sont caractéristiques de la cyclite que lorsque nous pouvons exclure avec certitude toute autre cause de production.

La cyclite se présente sous trois formes différentes qu'il importe de distinguer.

A. *Cyclite simple ou plastique*. — L'injection périkeratique y est très considérable, les vaisseaux de l'iris sont dilatés et tor-

tueux, d'où une légère décoloration de cette membrane, dont le tissu d'ailleurs ne présente pas d'altération.

La chambre antérieure paraît plus profonde, l'iris étant attiré en arrière, surtout à sa périphérie, par les exsudats plastiques qui vont du corps ciliaire à l'insertion ciliaire de l'iris. Le bord pupillaire est libre d'exsudat, ainsi que le champ de la pupille qui est dilaté.

La stase veineuse peut provoquer dans l'iris une inflammation (irido-cyclite). L'inflammation peut se propager aussi sur la choroïde, produire des épanchements dans le corps vitré, et ces complications disparaissent avec le processus primitif, ou persistent quand celui-ci a cessé. Cette forme de cyclite s'accompagne de douleurs ciliaires très violentes.

B. Cyclite séreuse. — L'injection périkeratique y est bien moins prononcée que dans la forme précédente, et l'on n'observe pas dans l'iris des veines distendues et tortueuses. La pupille est dilatée, la chambre antérieure, d'abord plus profonde, devient plus étroite, en même temps que la pression intra-oculaire augmente.

Un symptôme caractéristique consiste dans l'apparition rapide d'opacités très fines dans la partie antérieure du corps vitré, qui gênent considérablement la vision. La maladie se combine souvent avec une iritis séreuse, ou se propage en arrière sur la choroïde et prend alors les caractères du glaucome.

C. Cyclite purulente. — L'injection périkeratique y est très forte et s'accompagne d'une hyperhémie des membranes internes de l'œil, reconnaissable à l'ophtalmoscope par l'état de dilatation et de flexuosité des veines de la rétine.

La stase veineuse des veines de la choroïde, qui existe également, ne peut être constatée directement. En même temps paraissent des opacités du corps vitré, d'abord floconneuses, puis membraneuses, qui expliquent les troubles visuels accusés par les malades. Un symptôme caractéristique de cette affection consiste dans l'apparition brusque d'un hypopyon, qui disparaît et se reproduit dans le courant de quelques jours. Les douleurs ciliaires sont très intenses et augmentent lorsqu'on touche le globe de l'œil.

La maladie se complique facilement d'une iritis parenchymateuse ou d'une infiltration purulente de la choroïde.

Marche et terminaison. — L'affection peut s'arrêter à chaque degré de l'inflammation; les phénomènes inflammatoires disparaissent alors peu à peu, les opacités du corps vitré et l'hypopyon sont résorbés. Si au contraire la maladie fait des progrès, la cyclite séreuse devient un glaucome, la cyclite simple devient purulente, les exsudats plastiques recouvrent la surface du corps ciliaire, de la choroïde et des parties postérieures de l'iris. Ces exsudats s'organisent et forment des fausses membranes vasculaires, souvent fort épaisses, qui exercent une certaine traction sur l'insertion ciliaire de l'iris, de façon que la chambre antérieure s'élargit à sa périphérie. La compression et l'oblitération des artères ciliaires produit l'atrophie de l'iris et de la choroïde, et entrave la nutrition du corps vitré, qui devient le siège d'opacités organisées, s'atrophie et produit par le raccourcissement de ses diamètres le décollement de la rétine. Le cristallin perd sa transparence, et le globe oculaire tout entier s'atrophie progressivement.

Pronostic. — La cyclite est toujours une affection grave. Des trois formes décrites, la forme séreuse et la forme purulente au début sont les moins dangereuses, à moins que la dernière ne résulte d'un corps étranger ou du cristallin abaissé, dont la présence maintient l'irritation et empêche la résolution de l'hyperhémie et de l'inflammation.

La cyclite purulente est encore très dangereuse lorsqu'elle survient après une opération, par exemple après l'extraction de la cataracte, parce qu'elle se propage alors rapidement sur les parties profondes de l'œil, et amène ainsi la fonte purulente du globe oculaire tout entier.

Le pronostic le plus grave est celui fourni par la cyclite plastique arrivée à un certain degré de développement. Cette maladie trouble si considérablement la nutrition des parties les plus importantes de l'œil, qu'elle entraîne presque toujours l'atrophie de l'organe.

Étiologie. — L'inflammation du corps ciliaire peut se présenter à la suite d'une iritis ou d'une choroïdite. Mais l'affection est souvent idiopathique et reconnaît alors comme cause principale les blessures de la région ciliaire, la présence d'un corps étranger dans l'œil, et enfin l'action sympathique que, dans

certaines conditions, un œil enflammé exerce sur l'autre. Cette dernière forme (ophtalmie sympathique) fera l'objet d'un chapitre à part.

Traitement. — L'hyperhémie considérable manifestée par une vive injection périkeratique exige l'antiphlogose, les instillations d'atropine et l'usage interne des opiacés. Les fortes douleurs et l'insomnie doivent être combattues par des injections sous-cutanées de morphine.

Dans les formes plastiques et purulentes, on ne peut se passer du traitement mercuriel, employé de la même façon (frictions méthodiques) que dans les iritis graves. La forme séreuse doit être combattue, comme l'iritis séreuse, par les purgations, les diaphorétiques (injections de pilocarpine), les diurétiques et les dérivations sur la peau. Si l'humeur aqueuse se trouble et si la tension de l'œil augmente, il faut user des paracentèses de la cornée, les répéter au besoin, et, si les symptômes persistent, pratiquer l'iridectomie. Lorsque la cyclite purulente est le résultat d'une opération, par exemple d'une extraction à lambeau, l'état général des malades ne permet souvent ni une antiphlogose énergique, ni un traitement débilant. Des compresses chaudes, une médication tonique, dans certains cas un bandeau compressif très serré produisent de meilleurs résultats.

La pénétration d'un corps étranger demande l'extraction comme première condition de succès. Si l'on ne peut y parvenir, l'œil est presque toujours perdu, et il s'agit seulement de préserver l'autre d'une inflammation sympathique. (Voy. plus loin.)

ARTICLE II.

LÉSIONS DU CORPS CILIAIRE.

Les blessures qui intéressent la région ciliaire sont : ou des sections nettes par un instrument tranchant, ou des plaies plus ou moins irrégulières par des corps étrangers (éclats de métal, de verre, épines, etc.). Ceux-ci peuvent produire la blessure sans pénétrer dans l'œil, ou en y pénétrant, ou enfin ils peuvent

s'arrêter entre les lèvres de la plaie. Dans ce dernier cas, l'extraction immédiate s'exécute facilement à l'aide de pinces. Si le corps étranger a pénétré dans l'œil, la possibilité d'une intervention chirurgicale dépend de son siège particulier. (Voy. les corps étrangers dans le cristallin et dans le corps vitré).

Les blessures régulières de la région ciliaire, lorsqu'elles sont de peu d'étendue et ne pénètrent pas trop profondément, guérissent souvent assez rapidement sous un bandeau compressif. S'il y a prolapsus de l'iris ou du corps ciliaire, il faut pratiquer d'abord l'ablation des parties herniées.

Lorsqu'il y a écoulement d'humeur vitrée, et que la plaie est grande, il peut devenir nécessaire de la réunir par un point de suture. Pour éviter dans ce cas la pénétration de l'aiguille dans l'œil, ce qui pourrait arriver par un brusque mouvement du malade, on se sert d'un fil muni d'une aiguille à chaque extrémité, avec lesquelles on traverse les lèvres de la plaie de dedans en dehors.

Chaque lésion intéressant le corps ciliaire entraîne comme danger principal la possibilité d'une inflammation sympathique de l'autre œil.

[Les tumeurs du corps ciliaire seront traitées avec celles de la choroïde].

ARTICLE III.

IRIDO-CHOROÏDITE.

Il faut en distinguer deux groupes :

1. Dans le premier, la maladie a débuté par une iritis, à la suite de laquelle des synéchies postérieures maintiennent une inflammation chronique qui se propage sur les parties antérieures de la choroïde. D'autre part, en cas de synéchie postérieure totale, l'équilibre des liquides internes de l'œil se trouve rompu par la cessation de la communication entre les chambres antérieure et postérieure de l'œil. Les liquides s'accumulent

derrière l'iris, refoulent cette membrane vers la cornée : mais sa périphérie seule peut céder à cette pression, le bord pupillaire étant adhérent au cristallin. Ce refoulement de la membrane ne se produit d'abord que par places, et lui donne un aspect bosselé, plus tard il devient général. L'iris, au début, seulement terne et décoloré, semble alors distendu et présente des symptômes atrophiques. Si le champ pupillaire est libre et permet l'examen ophtalmoscopique, on constate dans la partie antérieure du corps vitré des opacités d'abord fines et filamenteuses.

Le globe de l'œil paraît d'abord plus dur, puis il se ramollit.

La douleur est souvent peu prononcée.

La vision est peu altérée au début, mais diminue plus tard sensiblement par les opacités du corps vitré, et s'abaisse à mesure que la choroïde souffre de plus en plus dans sa nutrition.

2. Dans le second groupe, la maladie a débuté par la choroïde, dont l'inflammation et ses conséquences ont déjà produit des altérations notables de la vision, avant même que l'iris soit pris.

C'est ainsi qu'il peut déjà exister des opacités nombreuses du corps vitré, des épanchements entre la choroïde et la rétine, des troubles de nutrition du cristallin (infiltration albuminoïde), et ce n'est qu'alors que l'inflammation se propage vers l'iris, et qu'un exsudat plastique amène des synéchies postérieures.

Le cristallin et l'iris sont alors refoulés vers la cornée, de sorte que la chambre antérieure disparaît presque complètement, et en dernier lieu l'affection présente le même ensemble de symptômes que nous avons décrit pour la première forme.

Lorsque l'irido-choroïdite est arrivée à un certain degré de développement, il est souvent assez difficile de reconnaître de quelle façon elle a débuté ; il faut se guider alors sur les circonstances suivantes :

Quand l'inflammation a débuté par l'iris, le malade se rappellera les différents accès d'inflammation de cette membrane, dont nous trouverons la structure considérablement altérée. (Décoloration, amincissement, atrophie).

Le cristallin s'opacifie plus rarement dans ces cas et à un moment plus éloigné. La diminution de la vision est peu considérable au début, et dépend d'abord principalement des dépôts de lymphe plastique dans le champ de la pupille, et plus tard des opacités du corps vitré et du cristallin.

Dans les cas où l'inflammation a débuté par la choroïde, l'affaiblissement de la vision est considérable dès le début par les opacités du corps vitré qui se produisent. Souvent il survient de bonne heure un décollement de la rétine avec son influence caractéristique sur le champ visuel. La pression intra-oculaire diminue alors sensiblement, le cristallin devient opaque, et subit plus tard la transformation crétacée. L'iritis qui complique la choroïdite ne présente pas de symptômes inflammatoires marqués, et suit une marche insidieuse.

Marche et terminaison. — Les deux formes d'irido-choroïdite suivent généralement une marche très lente, avec exacerbations périodiques des symptômes inflammatoires.

Dans le courant de la maladie, l'augmentation de la pression interne peut provoquer des symptômes glaucomateux et conduire à l'atrophie de la rétine.

D'autres fois, un épanchement séreux ou sanguin à la surface interne de la choroïde amène un décollement de la rétine, et ces complications se révèlent par des symptômes particuliers que nous exposerons à l'occasion des maladies de la choroïde et de la rétine. En général, si le processus morbide n'est pas arrêté, des masses néoplastiques remplissent la chambre postérieure, et l'irido-choroïdite, après avoir atteint le corps ciliaire et produit une cyclite, se termine par l'atrophie du globe de l'œil.

Pronostic. — Il est grave, mais variable suivant la période et la forme particulière de la maladie.

Dans les cas légers d'irido-choroïdite sans altération notable de la choroïde, sans complication du côté de la rétine ou du cristallin, et lorsque les matières plastiques derrière l'iris ne sont pas considérables, une bonne thérapeutique peut arrêter les progrès de la maladie, maintenir et même améliorer l'état de la vision. C'est pourquoi le pronostic est moins grave lorsque l'irido-choroïdite a débuté par l'iritis.

Dans cette forme, il ne faudrait pas désespérer lors même qu'il y aurait déjà un commencement d'atrophie du globe, si elle résulte seulement des troubles de nutrition du corps vitré, sans altération définitive des tissus, et si les perceptions visuelles centrale et périphérique sont encore passables. La thérapeutique enraye les progrès de cette atrophie.

Le pronostic devient absolument mauvais en cas de décollement de la rétine, ou lorsque le corps ciliaire est entraîné dans le processus morbide. (Sensibilité au toucher, rétraction périphérique de l'iris, etc.)

Étiologie. — La plupart des irido-choroïdites résultent des synéchies postérieures établies à la suite d'une iritis, ou de l'action des corps étrangers (cristallin abaissé), qui lors même qu'ils se seraient d'abord enkystés, peuvent devenir dangereux après un laps de temps plus ou moins long, par des déplacements dans l'intérieur de l'œil. Enfin les cas qui débutent par la choroïde peuvent souvent être rapportés à des altérations de la santé générale, par exemple chez les femmes pendant l'époque critique, ou chez des jeunes filles de 16 à 20 ans à la suite d'irrégularités dans la menstruation.

Traitement. — Dans tous les cas où l'irido-choroïdite se présente avec des synéchies postérieures, il importe avant tout de rétablir la communication entre les chambres antérieure et postérieure de l'œil, par une iridectomie. Généralement, le tissu de l'iris se trouve déjà tellement altéré, que les pinces parviennent seulement à le déchirer, en laissant les synéchies adhérentes à la capsule (iridorhexis).

Pendant l'opération, un liquide jaunâtre amassé derrière l'iris s'échappe de l'œil, la proéminence de l'iris disparaît, la chambre antérieure devient plus profonde. Une fois la communication rétablie, la vision s'améliore, non pas autant à cause de l'ouverture dans l'iris qui laisse pénétrer plus de lumière dans l'œil, que parce que l'état de la choroïde s'améliore, ainsi que la nutrition du corps vitré, dont les opacités se résorbent peu à peu.

L'aspect même de l'iris devient meilleur; par conséquent, ce rétablissement de la communication entre les chambres antérieure et postérieure de l'œil doit être produit à tout prix, quand même il faudrait répéter l'iridectomie à plusieurs reprises, si l'ouverture de l'iris se refermait par de nouveaux épanchements de lymphe plastique. Une fois le résultat désiré obtenu, on voit souvent des yeux qui commençaient déjà à s'atrophier, reprendre leur volume et leur consistance normale.

Cet état ne contre-indique donc pas l'opération, mais il va

sans dire qu'elle serait sans résultat, si l'atrophie de l'œil avait dépassé une certaine limite et résultait de l'atrophie de la choroïde avec oblitération des vaisseaux.

L'iridectomie rencontre beaucoup plus de difficultés lorsqu'il existe des fausses membranes reliant intimement la surface postérieure de l'iris avec la capsule du cristallin et avec les procès ciliaires. Outre la difficulté de saisir l'iris même, il importe dans ces cas d'enlever en même temps autant que possible des masses néoplastiques. Il y a en outre, dans ces cas, une très grande tendance à l'occlusion de l'ouverture ainsi obtenue par de nouveaux épanchements plastiques.

Il est par conséquent de la plus haute importance de pouvoir enlever un grand lambeau d'iris jusqu'à la périphérie, et en même temps les fausses membranes sous-jacentes.

Dans un grand nombre de cas, on ne peut arriver à ce résultat qu'en pratiquant en même temps l'extraction du cristallin, qui

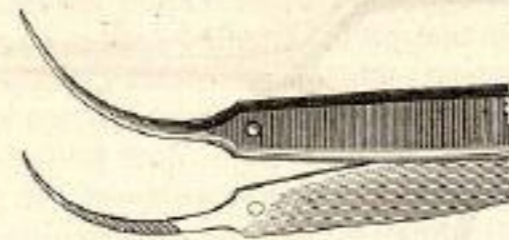


FIG. 73. — Pinces capsulaires.

d'ailleurs se trouve souvent altéré dans sa nutrition et plus ou moins opaque. L'iridectomie ordinaire, telle que nous l'avons décrite plus haut, ne remplirait qu'incomplètement le but proposé, et doit être remplacée par le procédé suivant: L'incision est pratiquée dans le voisinage immédiat du bord de la cornée, à l'aide du couteau étroit de Graefe, qui sert à l'extraction linéaire de la cataracte (voy. cette opération). On pénètre avec ce couteau au bord inférieur de la cornée, derrière l'iris, et après l'avoir conduit le long de la surface postérieure de cette membrane jusqu'à l'endroit où l'on veut faire la contre-ponction, on traverse de nouveau l'iris et la cornée, et l'on termine la section.

Celle-ci ressemble à l'incision périphérique pratiquée pour

l'extraction de la cataracte par la méthode de de Graefe (voy. plus loin), avec cette différence que le couteau coupe en même temps l'iris à son insertion ciliaire, et ouvre la capsule du cristallin, de sorte que généralement la plaie donne issue à un peu de substance cristallinienne. On introduit alors une pince capsulaire de forme particulière (fig. 73), de façon qu'une des branches se trouve entre la cornée et l'iris, l'autre derrière l'iris et les membranes plastiques. Cette branche de l'instrument aura, par conséquent, pénétré dans le cristallin même. Après avoir poussé ces pinces fortement en avant, on attire au dehors tout ce qu'on a pu saisir entre les branches, et si l'on éprouve

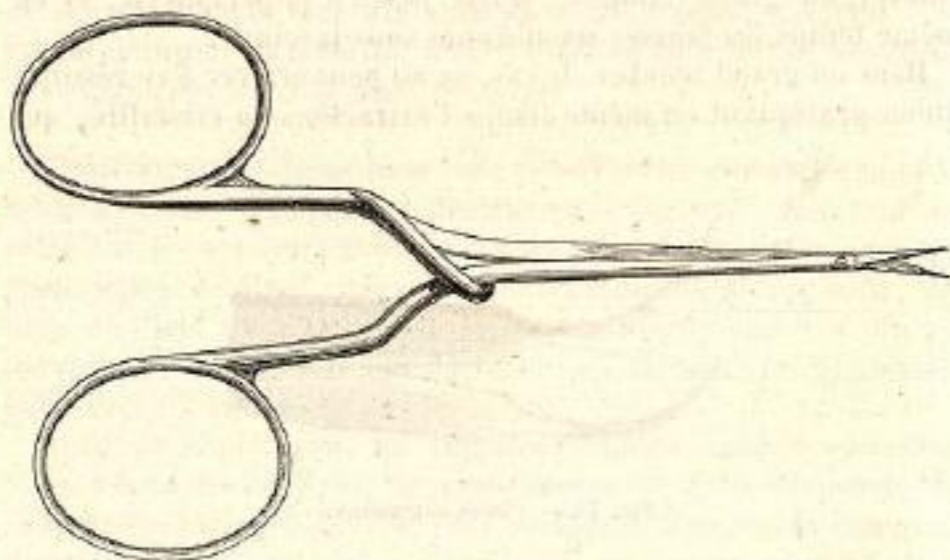


FIG. 74.

quelque résistance, il faut dégager cette masse par quelques coups de ciseaux à branches très fines (fig. 74).

Généralement, cette manœuvre suffit pour amener en même temps le cristallin au dehors; si cependant il ne suivait pas l'iris et les membranes plastiques, il faudrait déchirer la capsule avec le cystitome, et pratiquer l'extraction de la manière habituelle (voy. Cataracte). Si, à la suite d'altérations calcaires de la cataracte, on y rencontre des difficultés sérieuses, il faut saisir le système cristallinien avec un crochet assez fort, appliqué à la surface antérieure du cristallin. Il est important d'extraire aussi complètement que possible toutes les portions cap-

sulaires opaques qui peuvent être éloignées sans tiraillement considérable de l'iris, auquel elles adhèrent (*de Graefe*).

Malgré l'extraction d'une portion notable des fausses membranes, on voit souvent l'ouverture se refermer par de nouvelles masses néoplastiques.

Il devient alors nécessaire de répéter l'opération, mais pas avant que le travail inflammatoire qui a produit les fausses membranes soit complètement arrêté. Lorsqu'on renouvelle alors l'opération, et que le cristallin est déjà extrait, il peut suffire de pénétrer avec un crochet aigu dans les fausses membranes, après avoir pratiqué l'incision de la cornée, et d'en attirer au dehors la plus grande quantité possible. D'autres fois, on préférera pratiquer l'iridotomie, ou la capsulotomie, ou une combinaison de ces deux opérations (voy. Opération de la cataracte secondaire).

Pendant qu'à l'aide de ces opérations on rétablit définitivement la communication des parties profondes de l'œil avec la chambre antérieure, et qu'il existe enfin une pupille artificielle persistante aussi petite qu'elle soit, il devient nécessaire d'instituer un traitement général selon les principes énoncés plus haut (traitement mercuriel, diaphorétique, révulsif, sudorifique, etc.).

En outre, il faut tenir compte des indications particulières fournies par des troubles menstruels, l'arrêt subit d'un flux hémorroïdal ou par une constipation habituelle. Enfin on a vu de bons résultats par l'emploi prolongé de l'iodure de potassium et de petites doses de sublimé.

Seulement, il faut bien se pénétrer de l'idée qu'une médication quelconque ne peut produire un effet salutaire sur l'œil qu'après l'intervention chirurgicale, qui seule peut rendre à l'organe les conditions essentielles de la nutrition des parties malades.

ARTICLE IV.

OPHTALMIE SYMPATHIQUE.

Lorsqu'un œil est atteint d'irido-choroïdite traumatique, on voit souvent naître dans l'autre œil une affection analogue, et

c'est cette dernière qui a reçu le nom d'*ophtalmie sympathique*. Elle se présente, cependant, sous différentes formes :

1° *L'irido-cyclite sympathique*, la plus dangereuse et la plus fréquente de ces formes, débute par l'obscurcissement de la vue, du larmoiement, de la photophobie et une injection périkeratique.

En même temps apparaissent des exsudations au bord pupillaire et à la surface postérieure de l'iris. Ces exsudations s'organisent rapidement et forment des fausses membranes solides.

La pupille est alors rétrécie, et, par suite de la synéchie postérieure totale, immobile et insensible à l'action de l'atropine. L'iris paraît d'abord plus tendu et décoloré; mais, à la suite d'épanchements dans son parenchyme, le tissu est gonflé et la chambre antérieure moins profonde. A ces symptômes s'ajoutent au bout de quelque temps ceux de la cyclite, la sensibilité au toucher de la région ciliaire, les épanchements dans le corps vitré, le ramollissement progressif du globe de l'œil.

La force visuelle est alors notablement abaissée, et le champ visuel rétréci. A mesure que la maladie progresse, la pupille se remplit de matières plastiques, la partie périphérique de l'iris est tirée en arrière par les fausses membranes qui unissent sa surface postérieure au corps ciliaire; par conséquent la chambre antérieure augmente de profondeur vers sa périphérie. Le cristallin devient opaque, la rétine se décolle et le globe de l'œil s'atrophie. Dans les cas plus favorables, l'affection s'arrête avant d'arriver à cette dernière phase; il reste alors un peu de perception visuelle, qu'une intervention chirurgicale heureuse peut encore augmenter.

2° *L'iritis séreuse sympathique* est bien moins dangereuse que la forme précédente. Ses symptômes sont ceux de l'iritis séreuse en général (voy. p. 185) : légère injection sous-conjonctivale, trouble de l'humeur aqueuse et dépôts grisâtres à la surface postérieure de la cornée, aspect normal de l'iris, dilatation de la pupille et augmentation de la pression intra-oculaire.

3° La *chorio-rétinite sympathique* n'a été signalée jusqu'ici que par *de Graefe*, qui en a observé deux cas. L'un de ces cas survint après l'extraction linéaire d'une cataracte calcaire tombée dans la chambre antérieure, avec iridocyclite consécutive et grande sensibilité au toucher de l'œil opéré. Six semaines

après l'opération, le malade se plaignit de son autre œil jusqu'à normal, et l'on y constata une diminution subite de la vision avec défectuosité du champ visuel.

A l'examen ophtalmoscopique on reconnut un trouble de transparence de la rétine, avec dilatation et flexuosité des veines de cette membrane.

En même temps des symptômes légers d'iritis séreuse apparurent.

Sous l'influence du traitement (émissions sanguines, sublimé, iodure de potassium), et en même temps que toute sensibilité de l'œil opéré disparut, la vision de l'autre œil s'améliora progressivement et redevint normale.

Le second cas est celui d'un individu qui avait perdu un œil depuis sa jeunesse par un décollement de la rétine, avec des dépôts calcaires étendus dans la choroïde. A l'âge de vingt ans, l'autre œil fut atteint des symptômes de rétinite que nous venons de décrire, en même temps que l'œil perdu devint sensible au toucher. Ce dernier ayant été enlevé par l'énucléation, les phénomènes de l'affection sympathique disparurent.

4° La quatrième forme des affections sympathiques se distingue des autres en ce qu'elle n'est accompagnée d'aucune altération matérielle des tissus de l'œil. Elle a reçu le nom de *névrose sympathique*, et se caractérise par une photophobie considérable avec spasme consécutif de l'orbiculaire, du larmoiement et une légère injection périkeratique qui se déclare surtout après des efforts visuels. En même temps, il existe un défaut d'énergie dans la vision et un affaiblissement de l'accommodation.

En outre des affections sympathiques que nous venons d'indiquer, on a aussi décrit des conjonctivites, des kératites, des choroïdites, etc., survenues à la suite de lésions traumatiques de l'autre œil. Cependant, l'admission de ces affections dans le cadre des maladies sympathiques n'est pas suffisamment justifiée.

Marche et terminaison. — Le temps qui peut s'écouler entre la maladie du premier œil et l'apparition de l'affection sympathique dans l'autre est très variable. Si quelquefois elle survient au bout de quelques semaines, on l'a observée d'autres fois après vingt et trente ans, toujours précédée de la sensibilité douloureuse caractéristique de la région ciliaire du premier œil atteint. Si l'ophtalmie sympathique se montre sous forme d'irido-cyclite,

elle n'éclate d'habitude pas brusquement, mais suit plutôt une marche insidieuse, résiste aux influences thérapeutiques et détruit progressivement la vision, en amenant l'atrophie du globe. Cependant, elle s'arrête quelquefois d'elle-même, en laissant un certain degré de perception lumineuse.

L'iritis séreuse sympathique n'expose pas la vision à des dangers sérieux; c'est une forme peu grave de l'iritis séreuse, dont la thérapeutique a facilement raison.

Enfin, la névrose sympathique, tout en empêchant le malade de se servir de ses yeux, n'amène jamais d'altération matérielle.

Pronostic. — Il est très bon pour la névrose, favorable pour l'iritis séreuse, très mauvais pour l'irido-cyclite; car les cas sont rares où, malgré une intervention énergique, on réussisse à conserver une force visuelle notable.

Étiologie. — L'affection sympathique est à craindre lorsque l'un des yeux a été atteint d'un traumatisme qui intéresse le corps ciliaire, soit immédiatement, soit indirectement, en provoquant plus tard un tiraillement de cette région pendant la cicatrisation, comme par exemple dans les cas d'enclavement d'un prolapsus de l'iris dans une plaie.

Les corps étrangers qui ont pénétré dans le globe, même lorsqu'ils sont restés pendant des années sans provoquer une inflammation de l'œil, peuvent devenir subitement une cause d'irritation, probablement à la suite de petits déplacements dans l'intérieur de l'œil.

Les cataractes calcaires ou les dépôts calcaires à la surface de la choroïde que l'on rencontre après des irido-choroïdites ou des irido-cyclites, même dans des moignons atrophiques, peuvent y maintenir un état d'irritation chronique qui peut provoquer à un moment venu l'ophtalmie sympathique de l'autre œil.

Quelle qu'en soit la cause, l'apparition de la maladie dans le second œil est presque toujours précédée d'une douleur parfois très vive que provoque le toucher de la région ciliaire du premier œil atteint. Ce symptôme caractéristique nous informe du danger imminent, ou si la maladie a déjà éclaté, il nous indique sa cause réelle.

Les agents qui transmettent l'irritation d'un œil sur l'autre sont les nerfs ciliaires, dont quelques-uns peuvent conserver

leur conductibilité même dans un œil atrophié, et dont le névrilème et les enveloppes fibreuses résistent longtemps à la dégénérescence et au processus atrophique (*de Graefe*).

Bien plus rarement, le nerf optique paraît être l'agent de la transmission (*Mooren*).

Traitement. — Le danger de l'ophtalmie sympathique grave, et l'impossibilité de prévoir sous quelle forme l'affection se déclarera, indique la nécessité de la prévenir et d'intervenir énergiquement, toutes les fois que l'état d'un œil nous inspire des craintes pour l'autre. Cette crainte est toujours justifiée, surtout lorsque nous voyons apparaître le symptôme caractéristique de la sensibilité douloureuse au toucher de la région ciliaire. Le moyen de prévenir avec certitude le développement de l'ophtalmie sympathique consiste dans l'énucléation du globe de l'œil qui pourrait la provoquer. (Voy. description de cette opération, p. 165.)

Lorsque l'affection sympathique est déjà déclarée et a revêtu la forme grave d'irido-cyclite, l'énucléation de l'autre œil n'arrête plus les progrès du mal. Cependant elle ne doit pas être négligée, lorsqu'il existe un corps étranger dans le globe oculaire, que l'œil est sensible au toucher et dépourvu de toute trace de vision. En cas de résistance invincible de la part du malade, ou s'il y a encore un certain degré de vision, on peut pratiquer une large iridectomie, combinée avec l'extraction du cristallin, selon la méthode décrite plus haut (p. 237).

L'œil même atteint d'irido-cyclite sympathique est rarement influencé par les moyens thérapeutiques recommandés contre cette maladie. Un traitement énergique de frictions mercurielles et de transpirations à l'aide d'injections de pilocarpine a paru quelquefois utile. Par contre, l'expérience a démontré qu'une opération pratiquée sur l'œil enflammé est absolument nuisible. Tout au début de l'affection, on a cru voir de bons résultats d'une iridectomie très périphérique, pratiquée à l'aide du couteau étroit de *de Graefe*. Mais il faut s'abstenir de toute intervention chirurgicale si l'inflammation est déjà arrivée à une certaine intensité, si les produits jaunâtres de l'exsudation remplissent la pupille et attachent l'iris à la capsule, si l'iris est sillonné de gros vaisseaux, etc. Les essais d'iridectomie faits à ce moment se montrent non seulement infructueux, mais très nuisibles,

parce qu'il en résulte une nouvelle irritation qui augmente l'inflammation et rend la perte de l'organe plus inévitable.

Il est donc formellement indiqué d'attendre que les symptômes inflammatoires aient disparu, que le développement des vaisseaux dans l'iris soit arrêté, que les fausses membranes visibles prennent un aspect grisâtre sans vascularisation, que la région ciliaire ne soit plus douloureuse au toucher, enfin que la tension de l'œil, toujours considérablement diminuée, ne présente plus de variations notables.

Le temps d'attente nécessaire est au moins de trois à quatre mois, mais en général il est utile d'attendre le plus longtemps possible, pour faire revenir l'œil à un calme parfait. Il ne faut pas se laisser entraîner à une intervention prématurée par la crainte de l'atrophie du globe et de la perte de la vision. Celles-ci s'arrêtent souvent d'elles-mêmes.

Au moment où tout symptôme d'irritation a disparu, on doit pratiquer l'iridectomie avec extraction du cristallin et des fausses membranes rétro-iridiennes, d'après la méthode décrite plus haut. Si l'ouverture pupillaire ainsi obtenue se refermait dans la suite, on renouvelerait une excision d'une portion de l'iris. Peut-être serait-il utile de remplacer dans ces cas cette opération par l'iridotomie dont nous parlerons à l'occasion de la cataracte secondaire.

Contre l'iritis séreuse sympathique, il suffit généralement d'employer les moyens indiqués contre la forme ordinaire de cette maladie (p. 192), une fois que l'œil qui a causé l'affection sympathique a été enlevé.

L'énucléation du premier œil atteint fait disparaître aussi et presque sur-le-champ la névrose sympathique.

Suivant une proposition de de Graefe, j'ai remplacé l'énucléation par la section des nerfs ciliaires, non seulement contre la névrose sympathique déjà déclarée, mais dans tous les cas où l'on a à craindre une affection sympathique. Lorsque l'on constate la sensibilité de la région ciliaire au toucher, je conseille de la pratiquer avant même qu'il y ait aucun symptôme d'affection sympathique. Je l'ai employée encore avec succès dans des cas où la vision avait été abolie par des maladies internes (irido-choroïdite), pour faire cesser les photopsies ou les douleurs considérables dont ces yeux sont parfois le siège.

Procédé opératoire. — Étant donnée la région douloureuse au toucher où la section des nerfs ciliaires doit être pratiquée, j'y soulève un pli de la conjonctive, près du bord de la cornée, exactement comme dans l'opération du strabisme, et je l'incise. Puis, pénétrant avec la pointe des ciseaux mousses entre la conjonctive et la sclérotique, je débride, dans la direction et dans l'étendue exigées par l'opération, le tissu cellulaire qui unit les deux membranes. J'introduis alors un crochet à strabisme sous celui des muscles droits qui est le plus rapproché de l'incision, et j'arrive ainsi à fixer l'œil, tandis qu'en même temps je détermine l'endroit de l'insertion musculaire, que je ménage, si c'est possible, du moins en partie. Le crochet étant tenu de la main gauche, je ponctionne la sclérotique derrière la région ciliaire obliquement à sa surface et de manière à éviter le cristallin. Je me sers d'un couteau étroit à tranchant légèrement concave, dans le genre d'un ténotome. La contre-ponction se fait de telle façon que, la section terminée, j'aie une plaie linéaire parallèle à l'équateur du globe oculaire, dans laquelle le corps vitré se présente immédiatement. La longueur de l'incision sclérale doit être proportionnée à l'étendue de la région douloureuse. Je retire alors le crochet avec précaution et je ramène la conjonctive vers la cornée. Dans quelques cas, j'ai même réuni la plaie conjonctivale par un ou deux points de suture.

La réaction, après l'opération, est très modérée, et ne demande pas d'autres soins que le repos, des injections sous-cutanées de morphine, en cas de douleur ou d'insomnie, et le bandage compressif.

Suivant une idée analogue, la section des nerfs ciliaires a été aussi pratiquée au segment postérieur du globe oculaire, soit en ménageant le nerf optique (*Snellen*), soit en le comprenant dans la section (*Boucheon, Schæler*). Cette dernière manière de procéder mérite la préférence, parce qu'elle permet d'atteindre plus sûrement tous les nerfs ciliaires et offre par conséquent plus de chances d'obtenir le résultat voulu. On opère de la façon suivante: Après avoir incisé la conjonctive près du bord interne (ou externe) de la cornée et après l'avoir détachée largement de la sclérotique, on passe un fil à travers l'extrémité antérieure du muscle droit interne (ou externe) et on coupe celui-ci de son insertion sclérale comme pour une opération de stra-

bisme. Ceci fait, on fait tourner le globe oculaire vigoureusement du côté opposé, on coupe d'abord le nerf optique et puis tous les nerfs ciliaires aussi complètement que possible, ce qui est d'autant plus aisé qu'après la section du nerf optique la surface postérieure du globe oculaire est tournée plus facilement en avant. En dernier lieu, le globe oculaire est remis dans sa position normale, le muscle droit interne (ou externe) rattaché à l'aide du fil à son insertion sclérale, et on applique le bandeau compressif.

MALADIES DE LA CHOROÏDE.

ARTICLE PREMIER.

CHOROÏDITE EXSUDATIVE.

Cette affection se présente sous plusieurs formes différentes :

1. Choroidite plastique simple.

Elle est caractérisée par des plaques exsudatives dont la forme et la grandeur varient sensiblement.

Tantôt elles n'ont qu'un tiers ou un quart de la grandeur de la papille du nerf optique, tantôt elles dépassent cette dernière en étendue. Les petites sont plus ou moins rondes, les grandes sont de forme polygonale irrégulière. Au début de l'affection, ces taches apparaissent à l'ophtalmoscope comme des opacités blanchâtres, dont les bords se perdent insensiblement dans les parties saines de la choroïde.

Plus tard, la couleur de l'opacité devient jaunâtre; elle est nettement circonscrite, et encadrée d'un anneau noirâtre produit par le pigment des cellules détruites. Enfin, à mesure que la maladie progresse, le tissu choroïdien s'atrophie à ces endroits, de sorte que la sclérotique devient visible. La tache est alors d'un blanc nacré, au milieu duquel on distingue des traces de vaisseaux choroïdiens ou du pigment. Le siège de ces exsudations est très variable et peut être répandu sur tout le fond

de l'œil. Tantôt la maladie débute sur les parties équatoriales et se propage vers le centre, tantôt elle suit la marche inverse.

Les signes ophtalmoscopiques qui distinguent les opacités de la choroïde de celles de la rétine sont les suivants: les taches exsudatives de la rétine ont une coloration plus éclatante, leur opacité est plus intense, et leurs contours sont formés par des stries radiées très fines, en rapport avec la direction des fibres nerveuses. Lorsque la rétine est le siège d'opacités, les vaisseaux de cette membrane paraissent tortueux, et disparaissent en partie sous les opacités, tandis qu'on les voit passer au dessus des taches exsudatives de la choroïde librement et sans changement dans leur aspect. Il n'est pas plus difficile de distinguer ces dernières des taches atrophiques de la choroïde. Celles-ci ne présentent pas le reflet mat et jaunâtre des exsudations, mais elles sont chatoyantes, marbrées, bleuâtres, et cet aspect résulte de la sclérotique presque dénudée. Le voisinage des plaques atrophiques présente, en outre, des altérations du tissu choroïdien (irrégularités de la pigmentation), tandis que les exsudats laissent les parties voisines complètement intactes.

Au début de l'affection, le tissu de la rétine ne présente pas d'altération; tout au plus les vaisseaux de cette membrane paraissent-ils plus engorgés, probablement à la suite de troubles mécaniques dans la circulation, dus à la compression de ces vaisseaux par les plaques exsudatives proéminentes de la choroïde. Plus tard, on observe parfois une légère altération dans la transparence de la rétine, qui apparaît passagèrement et disparaît sans laisser de traces.

La choroidite exsudative s'accompagne fréquemment d'opacités du corps vitré, sous forme d'une poussière très fine ou de flocons ou même de membranes flottantes qui surviennent, soit dès le début de l'affection, soit à une période plus avancée.

Les troubles visuels sont très prononcés dès la première atteinte. Les malades se plaignent d'un brouillard, d'opacités fixes ou mobiles (scotomes), et à l'examen fonctionnel on constate une diminution plus ou moins considérable de l'acuité de la vision, un rétrécissement ou des défauts du champ visuel.

Ces divers troubles dépendent en partie des opacités du corps vitré, et d'autre part des altérations fonctionnelles de la rétine, qu'il faut attribuer, soit aux troubles de circulation, soit à la compression directe de la rétine. Les exsudats nuisent