c. *Forme aiguë. — Attaque glaucomateuse.* — La forme aiguë du glaucome est parfois primitive et éclate sans phénomènes prémonitoires. Plus souvent, elle s'observe dans le cours d'un glaucome chronique, et surtout du glaucome à forme inflammatoire ou irritative.

Qu'elle soit primitive ou consécutive, elle présente, réunis à un haut degré, tous les signes indiqués comme caractérisant le glaucome chronique inflammatoire. En quelques heures, souvent au milieu de la nuit, l'œil rougit, devient larmoyant, l'injection périkératique se dessine; il survient un peu de chémosis; la cornée terne est insensible, la dilatation pupillaire atteint son maximum. En même temps, le malade éprouve des douleurs extrêmement intenses dans le globe de l'œil; ces douleurs s'irradient au front, à la tempe. Si l'on palpe le globe de l'œil, on le trouve remarquablement dur. L'examen ophtalmoscopique, s'il s'agit d'une attaque de glaucome aigu primitif, ne montre pas d'excavation papillaire, mais seulement une stase veineuse et des pulsations dans les branches de l'artère centrale de la rétine. Si l'attaque est survenue dans le cours d'un glaucome chronique, l'excavation de la papille est plus ou moins prononcée.

La vision se trouve compromise dès les premiers moments de l'attaque glaucomateuse. Dans les cas où l'attaque prend la forme *foudroyante*, elle peut être perdue en quelques heures d'une façon définitive.

Dans les cas plus heureux, les phénomènes s'atténuent puis disparaissent, et l'œil revient peu à peu, sinon à l'état normal, du moins à l'état qu'il présentait avant l'attaque.

Une première attaque est généralement suivie d'une seconde au bout d'un temps variable; les attaques surviennent ensuite à des intervalles de plus en plus rapprochés et, s'il s'agit de la forme aiguë primitive, l'œil ne tarde pas à présenter entre les poussées l'aspect du glaucome inflammatoire.

Marche. — Le glaucome peut affecter une marche *aiguë* ou une marche *chronique*. La forme aiguë s'observe dans quelques cas, sans qu'aucun phénomène l'ait précédée, et après des attaques successives, elle arrive à se transformer en glaucome chronique inflammatoire.

Le plus ordinairement, le glaucome prend d'emblée la marche chronique. S'il revêt la forme chronique simple, il la garde souvent jusqu'à la fin, sans que rien vienne en troubler l'évolution. S'il a pris la forme chronique inflammatoire, les attaques de glaucome aigu viennent alors l'interrompre et l'aggraver.

Nous avons vu que la durée d'une attaque de glaucome aigu pouvait n'être que de quelques heures. La durée du glaucome chronique se compte par mois et par années. Le glaucome chronique simple est celui dont l'évolution se fait le plus lentement.

Accidents. — Complications. — Dans le cours d'un glaucome chronique, l'apparition d'une attaque glaucomateuse aiguë peut être comptée comme un accident, en raison de l'aggravation brusque qui en résulte pour la situation du malade. Mais nous décrirons seulement comme complications les hémorragies qui se montrent parfois dans le cours du glaucome. C'est une complication rare, puisque sur 100 cas de glaucome on en compte à peine deux, d'après de Wecker. Cet accident a été considéré comme une forme particulière de glaucome (*glaucome hémorragique*).

Les hémorragies résultent ordinairement de la rupture des petits anévrysmes

miliaires qui ont été décrits par Liouville en 1868, et dont Laqueur a donné en 1869 une étude complète. Les hémorragies se font d'abord le long des vaisseaux rétiniens et se présentent avec l'apparence d'apoplexies rétiniennes. Elles traduisent leur présence par des scotomes centraux, lorsqu'elles se font au voisinage de la macula. Puis, sans prodromes, au bout de quelques semaines, se manifestent les signes du glaucome. C'est habituellement la forme aiguë qu'il revêt. Les douleurs ciliaires sont particulièrement vives, irradiées dans une grande étendue, et Panas les a vues affecter le caractère d'un tic douloureux de la face.

Les accidents prennent généralement une allure rapide; les deux yeux se perdent en peu de temps, et les hémorragies intra-oculaires qui se répètent, lorsque les lésions du glaucome chronique sont confirmées, ne peuvent plus être directement constatées en raison du trouble des milieux de l'œil. Elles se traduisent seulement par une aggravation subite des douleurs.

Terminaison. — Si la marche du glaucome chronique simple n'est pas enrayée par le traitement, la terminaison naturelle de la maladie est l'abolition complète de la vision par excavation de la papille et *atrophie du nerf optique*, mais l'œil ne subit pas ordinairement de désorganisation plus profonde.

A la suite du glaucome chronique inflammatoire, et surtout à la suite des attaques de glaucome aigu, on voit se produire, soit une atrophie du globe, soit une perforation de la cornée avec évacuation de son contenu.

L'atrophie de l'œil ou *phtisie glaucomateuse* s'accompagne d'une diminution des diamètres de la cornée, et plus spécialement du diamètre vertical. La sclérotique prend une teinte de plus en plus sombre et arrive à la coloration ardoisée; les veines ciliaires antérieures sont variqueuses; le cristallin opacifié, appliqué derrière la cornée, a une couleur verdâtre, et l'iris atrophié est réduit à une mince bandelette refoulée à la périphérie. A la dureté primitive du globe de l'œil succède alors le ramollissement; il tend à prendre une forme carrée sous la pression des muscles droits.

La terminaison par *sphacèle de la cornée* s'observe à la suite des attaques de glaucome aigu. La gangrène résulte alors de l'excès de pression intra-oculaire, et dès que la perforation s'est produite, il se fait une hémorragie accompagnée de l'expulsion du contenu de l'œil. Les douleurs vives ressenties jusque-là cessent alors brusquement, et peu à peu l'œil arrive à constituer un simple moignon.

Diagnostic. — L'augmentation de la tension intra-oculaire est la caractéristique du glaucome. En l'absence de ce signe, le diagnostic ne peut être sûrement porté. Dans quelques cas, il est vrai, la dureté du globe de l'œil est peu marquée et, dans le cours de l'affection, elle présente des oscillations qui peuvent laisser place au doute. L'excavation de la papille, signe d'une grande importance, permet, généralement alors, dans les formes chroniques, d'affirmer le diagnostic. Elle ne doit pas être confondue avec l'excavation *physiologique* et l'excavation *atrophique* de la papille, dont nous donnons deux spécimens.

La période prodromique, dans laquelle la dureté de l'œil n'est pas toujours constatable et dans laquelle l'excavation papillaire n'existe pas encore, se reconnaît surtout au nuage que les malades accusent, à la sensation de fumée répandue au-devant des objets et aux troubles de l'accommodation.

[*E. DELENS.*]

Le glaucome chronique simple et le glaucome chronique inflammatoire présentent réunis presque tous les signes de l'affection, avec les différences que nous avons indiquées, et le diagnostic en est ordinairement facile.

Le glaucome aigu primitif, survenant sous forme d'attaque, a été confondu au début avec une migraine ; il s'accompagne, en effet, parfois de troubles gastriques et de vomissements, mais l'attaque de glaucome aigu survient surtout la nuit et

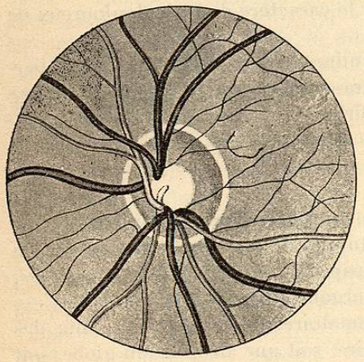

Fig. 148. — Excavation physiologique de la papille.

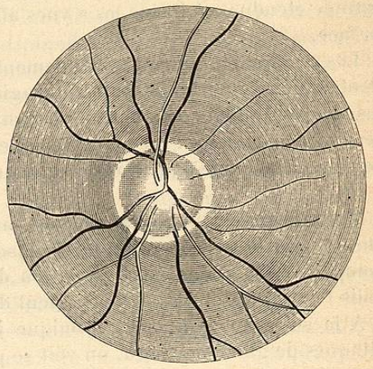

Fig. 149. — Excavation atrophique de la papille.

les douleurs ciliaires ont une intensité beaucoup plus grande que celles de la migraine, irradiées principalement au pourtour de l'orbite.

Pronostic. — La gravité du pronostic du glaucome n'a pas besoin d'être affirmée après ce que nous avons dit. Elle varie cependant beaucoup suivant la forme que revêt la maladie, et elle a notablement diminué depuis qu'on sait mieux la diagnostiquer et la traiter.

Le glaucome prodromique est la forme la moins grave, parce qu'il n'a pas toujours de tendance à se transformer en glaucome confirmé, et qu'un traitement simple, l'emploi de l'ésérine, suffit le plus souvent à en arrêter la marche. Il laisse cependant toujours suspendue la menace d'une transformation en glaucome aigu ou chronique.

Le glaucome chronique simple est moins grave en lui-même que le glaucome inflammatoire, mais le traitement opératoire par excellence, l'iridectomie, a moins d'efficacité pour en arrêter la marche.

Le glaucome aigu, surtout lorsqu'il revêt la forme foudroyante, est la forme la plus grave. En quelques heures la vision peut être compromise ou perdue, si le diagnostic n'est pas porté et si le traitement opératoire n'intervient pas immédiatement.

Nous avons signalé aussi la gravité particulière de la forme hémorragique et l'inefficacité habituelle du traitement.

Traitement. — Le traitement du glaucome a fait depuis trente ans d'incontestables progrès. On arrête aujourd'hui, dans un certain nombre de cas, l'évolution de cette grave affection ; parfois on réussit à rétablir la vision d'yeux qui, sans l'intervention chirurgicale, eussent été infailliblement perdus. Malheureusement encore, bien des cas de glaucome ne bénéficient pas des progrès de la thérapeutique chirurgicale, soit parce qu'ils sont méconnus ou traités trop tardivement, soit encore parce que nous ne possédons pas d'indications suffisamment précises sur l'efficacité de telle ou telle méthode dans des conditions déterminées.

La *période prodromique* du glaucome peut être avantageusement traitée, sans intervention opératoire, par l'emploi continué des instillations du collyre à l'ésérine à 1 pour 100, répétées quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures. C'est Laqueur qui a le premier bien mis en évidence (1877) l'action de cet alcaloïde sur la tension oculaire. Le professeur Panas a retiré de bons effets de ce traitement.

Les instillations du collyre de nitrate de pilocarpine à 2 pour 100 semblent pouvoir remplacer l'ésérine dans le traitement du glaucome prodromique. Elles ont l'avantage de ne pas déterminer de douleurs, comme le font quelquefois les instillations d'ésérine.

L'emploi des collyres à l'atropine doit être absolument proscrit du traitement du glaucome.

Le *glaucome aigu* primitif ou consécutif ne peut être arrêté dans sa marche et dans ses conséquences désastreuses que par une opération. A de Graefe revient l'honneur d'avoir, dès 1857, démontré que l'iridectomie était particulièrement efficace dans ces cas. Il étendit ensuite au glaucome chronique inflammatoire, et même au glaucome chronique simple, le bénéfice de l'iridectomie. Toutefois cette opération reste souvent inefficace contre le glaucome chronique simple.

Antérieurement à de Graefe, Desmarres avait eu recours aux ponctions sclérales et reconnu les heureux effets de l'abaissement de tension qui en résulte. Mais de Graefe a montré que l'iridectomie, largement pratiquée jusqu'à l'insertion du bord ciliaire de l'iris, était bien plus puissante. Il expliquait cette action par la diminution de la surface sécrétante résultant de la suppression d'une partie de l'iris. Cette explication n'est plus guère admise, mais les heureux effets de l'iridectomie dans le glaucome aigu et dans le glaucome chronique inflammatoire sont encore constatés tous les jours.

L'iridectomie, dans ces cas, doit être pratiquée le plus tôt possible, alors même que les phénomènes aigus sont le plus intenses. La section doit porter sur la partie supérieure et la plus périphérique du limbe scléro-cornéen ; l'excision de l'iris être large et périphérique à la fois. On aura soin, au moment où l'on retire le couteau, de ne laisser écouler que lentement l'humeur aqueuse, pour éviter une détente trop brusque. Dans les conditions où l'on opère habituellement, l'iridectomie présente des difficultés sérieuses ; la plus considérable provient de l'absence de chambre antérieure et du refoulement de l'iris à la périphérie. En outre, après la cicatrisation de l'incision, on voit souvent persister des cicatrices saillantes comprenant une partie de l'iris (cicatrices cystoïdes), qui exposent l'œil aux dangers d'une infection ultérieure. Néanmoins, l'iridectomie reste le véritable traitement du glaucome aigu et du glaucome inflammatoire.

Dans le glaucome hémorragique, au contraire, les dangers de l'iridectomie sont tels que tous les opérateurs y ont renoncé.

D'autres opérations ont été proposées pour remplacer l'iridectomie. De ce nombre est l'opération de Hancock ou section du muscle ciliaire, que ce chirurgien pratiquait à l'aide d'un instrument spécial. Il ne paraît pas que la section du muscle ciliaire ait une action spéciale. Toutes ces opérations semblent agir

en créant ce que de Wecker a appelé des *cicatrices filtrantes*; il se fait, en effet, au niveau des cicatrices portant sur la sclérotique, une filtration des liquides intra-oculaires qui s'oppose à l'augmentation de la tension. A leur niveau, la conjonctive prend un aspect laiteux qui les fait reconnaître. Lorsque la cicatrice cesse d'être filtrante, on voit les accidents réapparaître. Aussi a-t-on conseillé l'incision du tissu cicatriciel, opération qui a reçu le nom de *oulétomie* (Panas).

Cette idée a conduit Stellwag von Carion à proposer (1860) la *sclérotomie* pour remplacer l'iridectomie, dans les cas où cette dernière se montre le moins efficace, c'est-à-dire dans ceux de glaucome chronique simple. Elle est également applicable aux cas de glaucome prodromique et de glaucome hémorragique. De Wecker, qui, depuis 1867, a exécuté un nombre considérable de fois cette opération, la pratique aussi comme opération préparatoire à l'iridectomie.

Pour faire la sclérotomie, il faut préalablement avoir instillé dans l'œil le collyre à l'ésérine pour déterminer la contraction du sphincter irien. Les paupières étant écartées et l'œil maintenu par la pince fixatrice, le chirurgien fait, à 1 millimètre en arrière du limbe cornéen, avec un couteau de de Graefe, une ponction à la partie supérieure, comme s'il voulait tailler un lambeau de 2 millimètres de hauteur. Lorsque le couteau a pénétré dans la chambre antérieure, la contre-ponction est faite au point opposé. Mais, au lieu d'achever la section du lambeau, on se contente d'agrandir un peu la plaie de la ponction et de la contre-ponction, en laissant un pont intermédiaire formé par le tissu de la sclérotique. Les dimensions de ce pont doivent être égales à celles de chacune des incisions latérales. En retirant le couteau, de Wecker incise en outre légèrement avec la pointe, la face inférieure de ce pont, dont l'épaisseur se trouve ainsi diminuée.

Dans le glaucome chronique simple, la sclérotomie peut être répétée plusieurs fois. Elle peut aussi être pratiquée dans la cicatrice d'une iridectomie antérieure; elle n'est plus alors qu'une simple *oulétomie*.

Dans le glaucome prodromique la sclérotomie s'est montrée efficace, et a sur l'iridectomie l'avantage de ne pas entraîner de mutilation. Appliquée aux cas de glaucome hémorragique, elle n'expose pas aux accidents si graves qu'on a vu survenir à la suite de cette dernière.

Dianoux a combiné la malaxation de l'œil à la sclérotomie, de manière à obtenir une évacuation plus abondante de l'humeur aqueuse qui vient soulever la conjonctive autour des lèvres de l'incision.

L'incision de la sclérotique a été pratiquée dans d'autres régions que la région voisine du limbe de la cornée. Elle constitue alors la *sclérotomie équatoriale* dont on retrouve les traces dans la pratique de Guérin (de Lyon) (1769) et de Mackenzie (1830).

La sclérotomie équatoriale a été recommandée par Luca en 1871. Le professeur Le Fort en vantait les heureux effets, et Masselon, en 1886, a montré le parti qu'on en peut tirer. On l'exécute en incisant la sclérotique, suivant un des méridiens de l'œil, et dans le voisinage de la région équatoriale, en général entre le muscle droit supérieur et le droit externe. Le couteau ne doit pas pénétrer à plus de quelques millimètres, débridant la sclérotique, la choroïde et la rétine sans pénétrer profondément dans le corps vitré. Parinaud, en retirant le couteau, lui fait subir une rotation qui incise une des lèvres de la plaie de manière à donner à celle-ci l'aspect étoilé de la morsure de sangsue.

L'élongation du nerf nasal externe a été appliquée par Badal au traitement du glaucome (A. Trousseau, *De l'élongation du nerf nasal externe dans le traitement du glaucome*. Thèse de Paris, 1855), mais ne paraît pas avoir donné les résultats que les premières tentatives avaient fait espérer.

II

OPHTALMIE SYMPATHIQUE

Nuel, art. Ophtalmie sympathique du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XVI, p. 1. — Gosselin et Longuet, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXIV, p. 581. — Panas, Leçons sur les maladies inflammatoires des membranes internes de l'œil, p. 78. Paris, 1878. — A. Louvet, Pathogénie et formes cliniques de l'ophtalmie sympathique. Thèse de Paris, 1888-1889. — H. Jeulin, Étude sur les corps étrangers intra-oculaires et sur l'ophtalmie sympathique consécutive. Thèse de Paris, 1893-1894.

Par ophtalmie sympathique, il faut entendre l'inflammation d'un œil jusque-là sain, sous l'influence de son congénère, le plus habituellement traumatisé (Panas).

De tout temps on a constaté que certaines inflammations oculaires, notamment l'irido-cyclite, peuvent après être restées localisées à un œil éclater tout à coup sur l'œil opposé et y déterminer les lésions les plus graves. Mackenzie le premier, en 1814, décrivit ces cas sous le nom d'iritis ou d'ophtalmie sympathiques. Wardrop les étudia peu après et en indiqua le traitement. Depuis cette époque la question de l'ophtalmie sympathique a exercé la sagacité des oculistes et des chirurgiens et de nombreuses théories se sont produites pour expliquer la transmission des accidents d'un œil à l'autre.

Il est forcément arrivé que des accidents tout à fait indépendants de ceux qui avaient atteint le premier œil ont été mis à tort sur le compte de la sympathie. C'est ainsi qu'on a considéré le glaucome, l'atrophie simple de la papille, le décollement de la choroïde, la cataracte, la kératite et la conjonctivite même, comme des manifestations sympathiques alors qu'elles résultaient de causes accidentelles ou d'une prédisposition générale antérieure.

L'ophtalmie sympathique vraie se manifeste presque exclusivement par une irido-cyclite plastique ou séreuse. Les lésions du fond de l'œil ne sont pas la règle (Panas), bien que la papillo-rétinite s'observe dans un certain nombre de cas.

Étiologie et pathogénie. — L'adulte et le vieillard sont surtout exposés à l'ophtalmie sympathique, rare chez les enfants. L'existence d'une irido-cyclite sur un des yeux est la condition habituelle du développement de l'affection, principalement lorsque l'inflammation entretient des douleurs ciliaires prolongées. Toutes les blessures de l'iris et du corps ciliaire, toutes les plaies septiques, mais surtout le séjour des corps étrangers dans la région ciliaire, exposent à l'ophtalmie sympathique. Les éclats de capsule, les paillettes de fer, les grains de plomb atteignent, en effet, parfois cette région et s'y fixent. Le cristallin déplacé, détermine lui-même, souvent une irido-choroïdite, et cet accident, jadis fréquemment observé après l'abaissement de la cataracte, entraînait parfois non seulement la perte de l'œil opéré, mais celle de l'œil opposé.

On voit des corps étrangers, enkystés depuis longtemps dans l'œil, déterminer tout à coup des phénomènes douloureux et des accidents dans l'autre œil. Ces accidents peuvent se produire après dix, vingt ou trente ans. De vieux moignons irrités par une cause accidentelle, par le contact d'un œil artificiel ou par

l'existence de masses calcaires à leur intérieur, deviennent ainsi la cause d'ophtalmies sympathiques.

Dans quelques cas même, c'est à la suite d'une opération pratiquée sur la région cilaire d'un des deux yeux que les accidents ont éclaté. Les enclavements de l'iris dans une cicatrice sont, à cet égard, particulièrement à redouter.

Le mécanisme par lequel se transmet l'inflammation d'un œil à l'autre a beaucoup préoccupé les chirurgiens. Le terme de *sympathie* constate le fait de la transmission sans rien expliquer, mais aussi sans rien préjuger, et à cause de cela peut-être mérite d'être conservé. On a d'abord pensé que l'inflammation se transmettait par les vaisseaux. Cette théorie, émise par Mackenzie, par Himly, reprise par O. Becker, est difficilement acceptable.

On a surtout invoqué la transmission par le système nerveux. Le nerf optique et les nerfs ciliaires ont été tour à tour incriminés. Contre la transmission par le chiasma on a pu objecter, il est vrai, que le nerf optique était presque toujours atrophié sur l'œil primitivement atteint; Pagenstecher l'a même trouvé rompu. Ce ne sont pas là des conditions très favorables à la transmission. En outre, les lésions sur l'œil secondairement atteint débutent rarement par le nerf optique et la rétine, bien que de Graefe ait, dans quelques cas, constaté ce mode de début. On ne peut nier cependant que les altérations du nerf optique transmises aux centres nerveux ne puissent, par une marche descendante, être réfléchies sur l'œil opposé.

C'est, en effet, à l'action réflexe par l'intermédiaire des nerfs ciliaires qu'on a attribué, à une époque encore récente, le développement de l'ophtalmie sympathique. Se fondant sur les expériences analogues de Magendie, de Cl. Bernard, on admettait que l'irritation partie des nerfs ciliaires de l'œil primitivement atteint, se réfléchissait par les centres nerveux sur les nerfs ciliaires du côté opposé. Cette théorie paraissait d'autant plus admissible que H. Müller avait constaté la conservation d'un certain nombre de nerfs ciliaires sur l'œil sympathisant.

Knies s'est efforcé d'établir que la propagation d'un œil à l'autre se fait par les espaces lymphatiques de la gaine intra-vaginale du nerf optique en passant par le chiasma, et les expériences de Deutschmann sur les animaux ont apporté leur appui à ce mode de propagation. Les germes partis d'un œil suivraient la gaine du nerf optique et le chiasma pour parvenir à l'autre œil. Ces germes sont des microcoques, suivant Snellen, Leber et Deutschmann. Sattler suppose même que ce sont des cocci de nature spéciale, non encore déterminée.

Le nom d'ophtalmie *migratrice* devrait donc, si cette théorie était confirmée, être substitué à celui d'ophtalmie sympathique. C'est sous ce titre, en effet, que Deutschmann a publié son travail (*Ueber die Ophtalmia migratoria*. Leipzig, 1889, p. 145). Mais la théorie migratrice de Deutschmann, après avoir été généralement acceptée, pendant plusieurs années, est aujourd'hui fortement ébranlée et l'on tend à revenir aux théories anciennes. Panas regarde comme nécessaire au développement de l'ophtalmie sympathique : 1° l'action réflexe de l'œil sympathisant sur l'œil sympathisé, par les nerfs optico-ciliaires, mettant ce dernier en état de réceptivité morbide; 2° une infection préalable de l'œil sympathisé auquel les germes sont apportés par la circulation générale.

Symptômes. — L'ophtalmie sympathique se produit sous deux formes principales, l'irido-choroïdite séreuse et l'irido-choroïdite plastique. Cette dernière

est beaucoup plus grave. On a aussi admis une forme nerveuse (névrose sympathique) plus rare et moins dangereuse (Ed. Meyer).

Le début a lieu par les troubles fonctionnels de l'œil sympathisé, plusieurs semaines, plusieurs mois et souvent plusieurs années après la manifestation des accidents primitifs sur l'œil sympathisant. Ces troubles consistent en névralgies ciliaires accompagnées de sensibilité de tout l'appareil oculaire. Il y a du larmoiement, de la photophobie. Les patients accusent la sensation de phosphènes, d'éclairs; l'accommodation est souvent paralysée. Il y a un certain degré d'amblyopie et le champ visuel est rétréci.

En même temps, apparaît de l'injection périkératique, et, si la transparence des milieux le permet, on observe à l'ophtalmoscope un trouble nuageux de la papille. Ce signe n'a pas encore été très fréquemment rencontré. Bien constaté, il viendrait à l'appui de la théorie migratrice soutenue par Deutschmann. Dans deux ou trois cas exceptionnels, de Graefe a trouvé les signes d'une chorio-rétinite.

Lorsque l'affection revêt la forme de l'irido-choroïdite séreuse, on voit apparaître les troubles de l'humeur aqueuse signalés dans la description de cette maladie. Cette forme est, de l'aveu de tous les auteurs, beaucoup moins grave que la forme plastique qu'elle précède quelquefois. C'est la période de lymphangite (Deutschmann). Dans la forme plastique, l'iris apparaît, tendu, décoloré, quelquefois bosselé. Il adhère, par la plus grande partie de sa face postérieure, à la cristalloïde. La chambre antérieure est diminuée de profondeur; la pupille est obstruée par des dépôts qui cachent le trouble du corps vitré. Le cristallin s'opacifie quelquefois.

La rétraction cicatricielle des dépôts plastiques qui se font au niveau du corps ciliaire a pour effet le tiraillement de l'iris à sa périphérie. Sous l'influence de cette traction, on a vu le corps ciliaire se détacher de la sclérotique. Le décollement de la rétine est aussi un accident ultime de cette forme grave.

La tension oculaire est quelquefois momentanément augmentée dans le cours de l'ophtalmie sympathique, mais elle finit toujours par diminuer, et l'atrophie du globe est la terminaison habituelle de la maladie.

L'existence d'une lésion ancienne, ou d'un simple moignon de l'autre œil, alors même que celui-ci ne donne pas lieu à des douleurs ou à des signes d'irritation actuelle, devra toujours mettre en garde, lorsque apparaissent des douleurs et des troubles fonctionnels de l'œil resté sain jusque-là. Ces troubles, cependant, sont loin d'aboutir fatalement aux graves lésions qui viennent d'être décrites. Ils justifient l'admission d'une forme nerveuse et peu grave de l'ophtalmie sympathique. La forme séreuse ou lymphangitique est beaucoup moins grave que la forme plastique, mais il ne faut pas oublier qu'elle la précède quelquefois.

Traitement. — Au début, lorsque les troubles fonctionnels ne font qu'apparaître et que le diagnostic n'est pas encore fixé d'une manière certaine, on peut chercher à les combattre par des applications de compresses chaudes, incessamment renouvelées, et par les instillations d'atropine. En même temps on prescrit les frictions mercurielles.

Les injections sous-conjonctivales de la solution de sublimé, à la dose de deux à dix gouttes, préconisées par Abadie et Darier, trouvent dans ce cas une de leurs applications les plus justifiées.

Abadie avait injecté d'abord, dans les milieux mêmes de l'œil blessé, deux

gouttes d'une solution de sublimé à 1 pour 1000 et à 1 pour 500, et arrêté ainsi dans l'autre œil le développement d'une ophtalmie sympathique. Dans un cas même, il réussit à rétablir la vision en injectant dans le seul œil qui restât, une goutte de solution de sublimé à 1 pour 1000. Actuellement, on donne la préférence aux injections sous-conjonctivales.

Si les accidents ont eu pour point de départ une plaie de l'œil, les lèvres de celle-ci seront cautérisées au galvano-cautère, avec l'espoir d'y détruire le foyer principal des germes infectieux.

L'iridectomie de l'œil sympathisé, lorsque l'irido-choroïdite est déclarée, a été proposée comme pouvant enrayer la marche de l'affection. Mais elle a plus souvent aggravé celle-ci. Elle ne pourrait être employée que dans les cas où tous les phénomènes inflammatoires auraient disparu depuis plusieurs mois, laissant après eux des synéchies iriennes, et pour empêcher le retour de nouveaux accidents.

Depuis Wardrop, on sait que le moyen le plus sûr d'arrêter les progrès de l'ophtalmie sympathique est de sacrifier l'œil primitivement atteint. Cette pratique a été empruntée par lui aux vétérinaires qui, depuis longtemps, détruisent par la chaux l'œil atrophié des chevaux pour empêcher la perte de l'autre œil.

Dès que l'on constate sur l'œil sympathisé les signes d'une irido-choroïdite, surtout s'il s'agit de la forme plastique, il ne faut pas hésiter à énucléer l'œil opposé antérieurement atteint. Cette énucléation doit être faite le plus tôt possible. Dans les cas où elle n'arrête pas les accidents, c'est, généralement, parce qu'on est intervenu trop tard.

L'*énucléation* doit être faite par la méthode de Bonnet. On aura soin de pratiquer la section du nerf optique le plus près possible du fond de l'orbite et de la faire suivre d'irrigations antiseptiques prolongées. On laissera en même temps à demeure une certaine quantité de poudre d'iodoforme dans la plaie, pour assurer sur place la destruction des germes infectieux.

On a voulu substituer à l'énucléation du globe d'autres opérations, telles que l'exentération et les sections nerveuses. Snellen a proposé la section des nerfs ciliaires, de Wecker y a joint l'excision du tissu cicatriciel, lorsqu'il existe une trace du traumatisme sur l'œil sympathisant.

L'*énervation de l'œil* (section du nerf optique et des nerfs ciliaires) a été proposée et faite sur les animaux par Boucheron. Schöler et Galezowski l'ont pratiquée sur l'homme.

Ces opérations, d'une exécution plus laborieuse que l'énucléation, donnent des résultats moins certains.

III

PHLEGMON DE L'ŒIL — PANOPHTALMITE

La panophtalmite ou phlegmon oculaire est l'inflammation suppurative des membranes et des milieux de l'œil aboutissant le plus ordinairement à la perforation et à l'atrophie de ce dernier. La suppuration, dans ces cas, se limite plus particulièrement à la choroïde; aussi a-t-on quelquefois décrit le phlegmon de l'œil comme une choroïdite parenchymateuse et suppurative; mais la rapide

extension de la suppuration et l'envahissement du corps vitré et des autres milieux empêchent de localiser les lésions à une seule membrane et doivent faire préférer la première de ces deux expressions.

La cause déterminante de la panophtalmite est la pénétration de germes infectieux dans les milieux de l'œil. La nature de ces germes varie, ainsi que leur mode de pénétration. Tantôt ils sont directement introduits dans l'œil à la faveur d'une plaie ou d'une solution de continuité quelconque; tantôt ils y parviennent apportés par la circulation lorsqu'il y a déjà infection générale de l'économie.

Les plaies accidentelles, en particulier celles de la région ciliaire, celles surtout que complique un corps étranger, les brûlures, servent de porte d'entrée à l'infection de l'œil. Les ulcérations de la cornée, toutes les lésions qui détruisent les couches superficielles de cette membrane, peuvent être suivies d'une migration microbienne dans l'intérieur de l'œil. Cette complication est fréquente à la suite des ophtalmies diphtéritique, varioleuse, érysipélateuse.

On l'observait communément autrefois, comme complication de l'opération de la cataracte, de l'excision des staphylomes, lorsqu'on ne prenait aucune précaution antiseptique. Les instruments malpropres ou les sécrétions altérées de la conjonctive introduisaient dans l'œil les germes d'infection.

Les maladies générales qui se compliquent le plus souvent de phlegmon de l'œil sont la fièvre typhoïde, les états septicémiques puerpéraux, la méningite. On le voit survenir aussi dans le cours de la variole, de l'érysipèle, sans lésion préalable de la cornée. Nous l'avons observé à la suite d'un cas de pneumonie infectieuse. On le signale comme se produisant dans le cours de la méningite cérébro-spinale; sa gravité serait alors moins grande.

C'est par la couche chorio-capillaire de la choroïde que paraissent débuter les lésions (Schweigger). Cette membrane est doublée, ou triplée d'épaisseur, infiltrée de pus. Il existe du pus en nappe entre elle et la rétine. Quelquefois, la rétine est soulevée par un amas gélatineux (Poncet). On rencontre aussi des traces d'hémorragies, de véritables caillots que Knapp considère comme résultant d'infarctus. Le corps vitré est infiltré de pus, quelquefois transformé en un véritable abcès. La sclérotique résiste longtemps à l'action destructive de la suppuration; lorsqu'elle se perfore, la perforation a lieu, ordinairement, au voisinage de l'insertion du muscle droit supérieur où elle est plus mince.

Symptômes. — Au début, un reflet verdâtre de la pupille annonce les changements déjà opérés dans le corps vitré. L'injection périkératique, le chémosis ne tardent pas à se montrer. L'œil est dur. La chambre antérieure se trouble, l'iris est propulsé en avant, la pupille dilatée. Bientôt les paupières, la supérieure surtout, se gonflent, deviennent rouges; le tissu cellulaire rétro-oculaire participe à l'inflammation, et il en résulte une légère propulsion du globe et une difficulté notable de ses mouvements.

La cornée ne tarde pas à s'opacifier; elle s'infiltre de pus; un hypopyon apparaît dans la chambre antérieure, et c'est généralement à travers la cornée perforée que se fait l'évacuation du contenu de l'œil.

Les troubles fonctionnels sont, au début, du larmoiement, de la photophobie, un trouble profond de la vision. Les douleurs se montrent rapidement, d'abord localisées dans l'œil; elles sont très vives, pulsatives, souvent atroces; elles ont été comparées à celles du panaris.

Bientôt elles s'irradient dans la moitié correspondante de la tête, à la région