

tante dans la thérapeutique chirurgicale de la cataracte. La division de la cataracte peut se faire par la sclérotique ou par la cornée. C'est généralement cette dernière voie que l'on choisit de préférence.

On se sert d'une aiguille droite dont la pointe est très-acérée et coupe des deux côtés. La pupille étant dilatée, les paupières maintenues écartées et l'œil fixé, comme il a été dit pour la scléroticonyx, l'aiguille est introduite obliquement dans la cornée, au milieu de l'espace situé entre le bord de la pupille et le limbe cornéal. L'instrument introduit à plat, est ensuite tourné de champ, de manière à agir par sa pointe et par son tranchant sur la cristalloïde antérieure et sur la substance même du cristallin, si l'on se propose de faire le broiement.

A la suite de cette opération, le malade doit être condamné au repos et placé dans l'obscurité, l'œil couvert d'un bandeau léger. On devra faire, en outre, de fréquentes instillations d'atropine; enfin, on veillera à combattre les accidents inflammatoires s'ils se développent.

Chez les sujets jeunes, la division de la cataracte peut amener une guérison en trente ou quarante jours; mais celle-ci peut se faire attendre beaucoup plus longtemps. Il devient même quelquefois nécessaire de pratiquer une nouvelle discision, mais on doit toujours attendre que toute trace d'inflammation ait complètement disparu.

La division convient principalement aux cataractes molles ou demi-molles et chez les individus jeunes. Elle est d'une exécution facile, et expose à peu d'accidents; toutefois il faut avouer que ses résultats sont souvent très-tardifs, et qu'elle n'est pas toujours inoffensive. Je l'ai vue, dans bon nombre de cas, suivie d'iritis assez intenses et assez persistantes pour compromettre sérieusement la vision.

En résumé, malgré ses avantages incontestables, la méthode de division de la cataracte ne convient qu'à certains cas déterminés, et ne saurait être proposée comme méthode opératoire générale.

3° *Extraction*. — Ainsi que son nom l'indique, cette méthode a pour but de donner issue au cristallin, à travers une ouverture pratiquée dans la cornée ou dans la sclérotique.

On peut admettre que c'est à Daviel (1748) que revient le mérite d'avoir introduit dans la chirurgie oculaire l'opération brillante par laquelle on extrait le cristallin frappé d'opacité. Son procédé, auquel on peut, à bon droit, conserver le nom d'*extraction de Daviel*, malgré les nombreuses modifications qu'on lui a fait subir, consiste à donner issue à la cataracte à travers une incision semi-circulaire de la cornée, de manière à former aux dépens de cette membrane un grand lambeau.

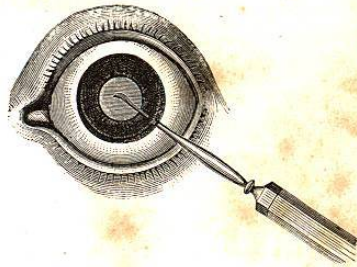


FIG. 79. — Discision de la cataracte.

Parmi les modifications apportées au procédé de Daviel, les unes, sans importance sérieuse, n'altèrent en rien les principes fondamentaux de cette opération; les autres, au contraire, présentent une importance capitale et constituent réellement des procédés à part.

Outre l'opération classique de Daviel (procédé d'extraction à grand lambeau), la méthode d'extraction de la cataracte comprend deux autres procédés: ce sont l'*extraction linéaire* et l'*extraction à petit lambeau*.

a. *Extraction à grand lambeau (Procédé de Daviel)*. — On désigne encore cette opération sous le nom de *kératotomie*, et on la distingue en supérieure et inférieure, suivant que l'incision est pratiquée à la partie supérieure ou à la partie inférieure de la cornée.

Les instruments nécessaires sont: un couteau de Beer, un kystitome-curette, un fixateur du globe (fig. 80).

Le malade peut être opéré couché, ce qui est indispensable lorsqu'on le soumet au chloroforme, ou assis sur une chaise et la tête appuyée contre la poitrine de l'aide qui sera chargé d'écartier les paupières.

La pupille ayant été dilatée par l'atropine, et l'aide tenant les paupières écartées en exerçant une pression douce sur le globe, le chirurgien prend le fixateur de la main gauche et le couteau de la main droite, applique le premier de ces instruments un peu au-dessus du diamètre transverse de la cornée, puis fait pénétrer la pointe du couteau dans la cornée par le côté temporal, en l'enfonçant à un demi-millimètre de la sclérotique. Le couteau doit pénétrer parallèlement à l'iris, et être conduit sans hésitation vers le point diamétralement opposé de la cornée que le chirurgien doit constamment viser. En poussant l'instrument vers ce point, la pointe vient faire saillie au dehors, et la section de la cornée est achevée par la progression du couteau dont le manche doit être porté légèrement en arrière, afin que la pointe puisse passer au-dessus du nez.

Au moment où la section se termine, le fixateur est enlevé, et l'aide abandonne les paupières que le malade doit tenir fermées comme s'il dormait.

Ce premier temps achevé, le chirurgien procède à l'ouverture de la capsule, à l'aide du kystitome, petit crochet, très-acéré à sa pointe, dont le dos est lisse et arrondi. L'aide ayant écarté doucement les paupières sans exercer la moindre compression sur le globe, le chirurgien glisse doucement le kystitome au-dessous du lambeau cornéen, puis, lorsque

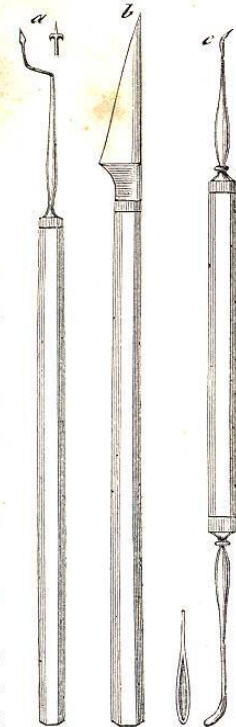


FIG. 80. — a. fixateur du globe (pique de Pamard); b. couteau de Beer; c. kystitome-curette.

celui-ci est arrivé dans le champ pupillaire, il en dirige la pointe en arrière et pratique sur la cristalloïde antérieure plusieurs incisions se croisant entre elles. Le kystitome est alors retiré et les paupières abandonnées à elles-mêmes.

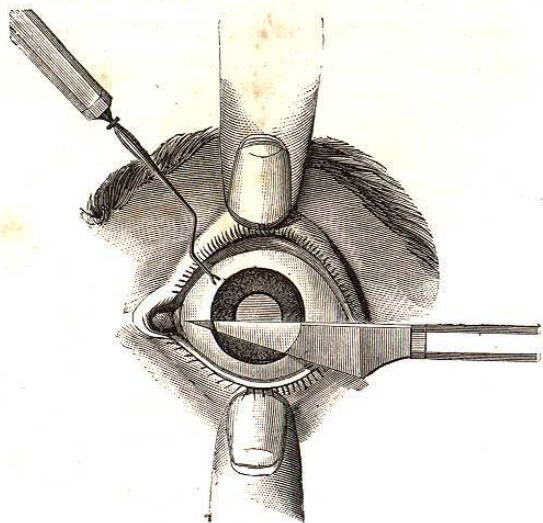


FIG. 81. — Kératotomie inférieure. Section de la cornée.

Après quelques instants de repos, les paupières sont de nouveau doucement écartées, et le chirurgien exerce avec le dos de la curette une pression légère mais continue sur le globe. Le cristallin franchit alors la pupille, s'avance dans la chambre antérieure et sort par l'ouverture pratiquée à la cornée. Si, après l'issue du cristallin, on découvrait encore dans le champ pupillaire des débris des masses corticales, on devrait en provoquer la sortie, soit par une douce compression du globe, soit par l'introduction de la curette.

L'opération est dès lors terminée, et l'on doit procéder au pansement qui consiste dans l'occlusion de l'œil à l'aide d'un linge fin appliqué sur les paupières et recouvert de petits plumasseaux de charpie que l'on assujettit au moyen d'une bande de flanelle médiocrement serrée.

L'opéré doit être condamné au repos et placé dans une chambre obscure. Le pansement sera renouvelé dès le lendemain, afin de reconnaître et de combattre immédiatement les complications qui pourraient survenir.

Diverses modifications ont été apportées au procédé classique de Daviel, dont nous avons cherché à donner une idée aussi succincte que possible. Sans parler du siège de la section cornéenne (*kératotomie supérieure, inférieure ou oblique*), je signalerai la combinaison de l'iridectomie avec l'extraction à grand lambeau, soit que l'excision de l'iris se pratique

quelque temps avant l'extraction (Mooren), soit que l'iridectomie et l'extraction se fassent dans la même séance (Jacobson).

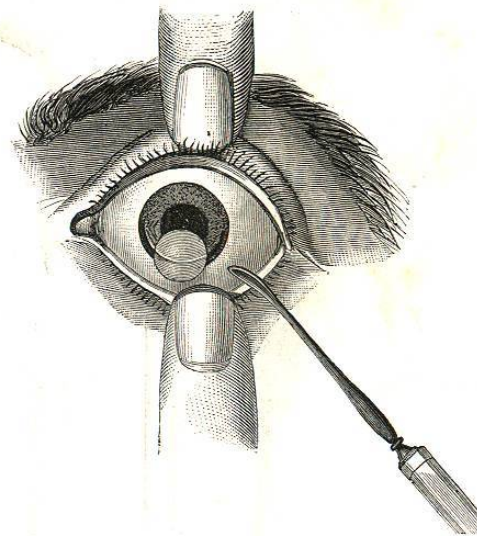


FIG. 82. — Kératotomie inférieure. Sortie du cristallin.

b. *Extraction linéaire.* — Ce procédé opératoire est dû à Gibson (1810). Adopté par Travers et plus tard par Fréd. Jæger qui lui donna son nom, il paraissait complètement abandonné lorsque de Graefe l'introduisit de nouveau dans la pratique en le modifiant et le perfectionnant. L'extraction linéaire a pour but de parer aux inconvénients sérieux inhérents à la formation d'un grand lambeau cornéen, inconvénients qui se résument dans la difficulté de la coaptation d'un semblable lambeau, d'où résultent le défaut de réunion, la suppuration de la cornée et souvent le phlegmon de l'œil.

L'extraction linéaire comprend divers procédés dont on trouvera la description dans les traités spéciaux. Le procédé actuellement usité et connu sous le nom d'opération de de Graefe consiste dans une incision presque droite portant sur les limites de la cornée et de la sclérotique et intéressant à la fois ces deux membranes.

Pour pratiquer cette opération, outre le fixateur de l'œil et l'écarteur des paupières déjà mentionnés à l'occasion de l'abaissement, les instruments nécessaires sont : un couteau de de Graefe, long et très-étroit, un kystitome droit ou coudé, une curette d'une forme spéciale et généralement faite de caoutchouc durci, des pinces courbes et une paire de ciseaux courbes pour sectionner l'iris (fig. 83).

Le malade étant couché sur le dos, les paupières écartées et le globe fixé solidement avec la pince, le chirurgien plonge le couteau, dont le tranchant regarde en haut, à 1 millimètre et demi environ du bord de la cornée et à 2 millimètres au-dessous d'une ligne tangente au bord supé-

rieur de la cornée. Le couteau pénétrant dans la chambre antérieure est d'abord conduit vers la partie inférieure de la cornée, puis la pointe es-

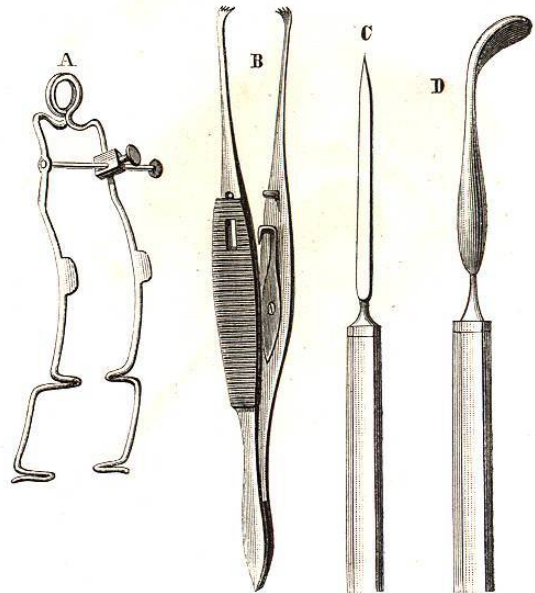


FIG. 83. — A, écarteur des paupières; B, pince fixatrice; C, couteau de de Graefe; D, curette.

ramenée de bas en haut jusque sous le bord sclérotical dans un point symétrique à celui de la première ponction. Il suffit de pousser l'instrument dans cette direction pour

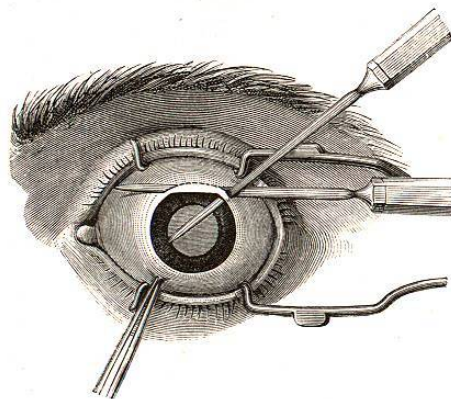


FIG. 84. — Opération de de Graefe.

dérée comme à peu près linéaire, quoique, en réalité, elle détache un petit lambeau.

Ce premier temps de l'opération terminé, on procède à l'excision de la partie de l'iris qui correspond à l'incision sclérotico-cornéenne, et qui s'opposerait à la sortie du cristallin. En général, dès que l'incision est pratiquée, l'iris vient faire hernie à travers la plaie; dans le cas contraire, on doit l'attirer au dehors avec la pince courbe à iridectomie. L'excision de l'iris est d'ailleurs extrêmement importante au point de vue des résultats ultérieurs et doit être faite avec le plus grand soin. L'iris est attiré doucement au dehors avec la pince, puis excisé à l'aide de ciseaux droits ou courbes en commençant par l'angle temporal de la plaie pour achever l'excision au niveau de l'angle nasal, de façon qu'il ne reste aucune partie de l'iris engagée dans les angles de la plaie. Le kystitome est alors doucement introduit et la cristalloïde incisée comme il a été dit à l'occasion de l'extraction à lambeau, puis on procède à l'expulsion du cristallin, qui s'opère sous l'influence de pressions exercées avec la curette sur la partie inférieure du globe. Enfin, lorsque ce résultat est obtenu, il faut examiner avec soin la nouvelle pupille, et s'il reste encore des parties de couches corticales, on peut, à l'aide de frictions et de pressions de bas en haut, nettoyer entièrement la pupille. C'est là, on doit le dire, un des principaux avantages de l'opération de de Graefe, et qui suffirait à lui assurer la supériorité sur l'extraction à grand lambeau.

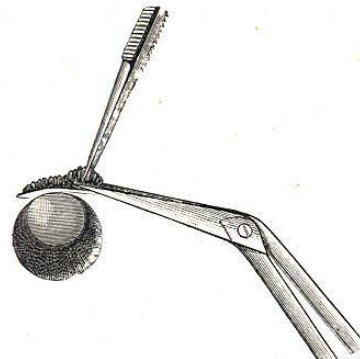


FIG. 85. — Excision de l'iris.

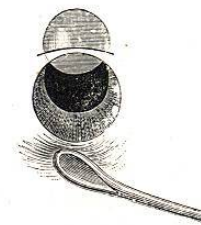


FIG. 86. — Sortie du cristallin.

Le pansement consécutif est à peu près celui que nous avons indiqué à l'occasion de l'extraction à grand lambeau; il consiste en un bandage légèrement compressif.

3° *Extraction à petit lambeau.* — Dans ces dernières années, quelques chirurgiens ont proposé un procédé opératoire qui tient le milieu entre la méthode à grand lambeau et les méthodes à incision linéaire. Liebreich fait une incision à très-petite courbure (fig. 87), qui empiète à ses deux extrémités sur la sclérotique, et il obtient la sortie du cristallin sans iridectomie. Lebrun a également pratiqué avec succès un procédé qu'il nomme *extraction à petit lambeau médian*, et qui consiste dans la formation d'un

petit lambeau taillé dans la partie moyenne du segment supérieur de la cornée (fig. 88). Ce procédé dispense aussi d'avoir recours à l'iridectomie.



FIG. 87. — Procédé de Liebreich.



FIG. 88. — Procédé de Lebrun

L'extraction peut être considérée comme supérieure à toutes les autres méthodes curatives de la cataracte. Nous avons vu que, de l'avis de tous les ophthalmologistes, l'abaissement est entièrement abandonné; la discision n'est pas une méthode générale et ne convient qu'à certains cas déterminés (*cataracte congénitale, cataracte molle*). L'extraction, au contraire, constitue une méthode générale. Même dans les cas où la discision pourrait être employée, l'extraction la remplace avantageusement, et pour les cataractes dures, l'extraction est seule applicable.

Mais à quel procédé doit-on donner la préférence? L'opinion des chirurgiens est encore partagée sur ce point, mais je ne crains pas de dire que l'on tend de plus en plus à s'éloigner de l'ancien procédé de Daviel (procédé à grand lambeau). Je partage entièrement pour ma part cette tendance et je me fonde surtout, pour abandonner le procédé de Daviel, sur ce fait incontestable qu'il expose à des accidents plus nombreux et plus graves que les autres procédés d'extraction, et qu'il fournit une somme de succès infiniment moindre, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'étude des statistiques de tous les pays. Entre le procédé de de Graefe, plus ou moins modifié, et les procédés plus récents de Liebreich et de Lebrun (procédés à petit lambeau), il est difficile de se prononcer. Sans nul doute, le procédé de de Graefe a des inconvénients; il est d'une exécution longue, assez délicate, et entraîne une pupille difforme, d'où résulte certains troubles dans l'exercice de la vision. Les procédés à petit lambeau, si l'on en croyait ceux qui les préconisent, ne seraient pas passibles des mêmes objections; mais ils ne sont pas encore suffisamment entrés dans la pratique pour que l'on puisse comparer les résultats qu'ils fournissent à ceux qu'a donnés le procédé de de Graefe. Aussi, malgré ses inconvénients qu'il est d'ailleurs facile de corriger, c'est à ce dernier procédé que l'on doit jusqu'à nouvel ordre donner la préférence.

4° *Déplacement de la pupille.* — Cette méthode convient seulement aux cataractes centrales, dans lesquelles les parties périphériques du cristallin ont conservé leur transparence, tandis que le noyau est opaque et intercepte le passage des rayons lumineux. Dans ces conditions, d'ailleurs assez rares, on peut avoir recours à l'un des procédés d'iridectomie qui a pour effet d'ouvrir un passage à la lumière vis-à-vis des parties périphériques du cristallin.

B. Cataractes fausses (*cataractes capsulaires*).

Nous désignons sous ce titre les opacités déterminées par le dépôt de produits pathologiques sur la surface antérieure de la capsule cristalline.

Au point de vue anatomo-pathologique, on doit distinguer plusieurs variétés de cataractes capsulaires, dont les principales sont : les *cataractes pseudo-membraneuse, phosphatique, pigmentaire*.

La *cataracte pseudo-membraneuse* est due au dépôt sur la surface de la cristalloïde de lymphes plastiques plus ou moins adhérentes qui souvent s'incrustent de sels calcaires ou s'infiltrent de granulations graisseuses.

La *cataracte capsulaire phosphatique* est caractérisée par le dépôt de phosphate ou de carbonate de chaux, qui tantôt forme des points ou des taches isolées, jaunâtres et réfractant fortement la lumière, tantôt représente des figures plus ou moins régulières.

Enfin la *cataracte pigmentaire*, résultat du dépôt d'une certaine quantité de pigment uvéen sur la cristalloïde antérieure, apparaît sous l'aspect de taches noires et irrégulières.

Quelle que soit la variété anatomique de la cataracte capsulaire, il importe de distinguer les cas où l'iris est libre de toute adhérence avec la cristalloïde opacifiée de ceux où cette adhérence existe.

La *cataracte capsulaire adhérente* succède aux inflammations de l'iris, dont les produits d'exsudation ont établi entre cette membrane et la cristalloïde des adhérences plus ou moins résistantes. Cette variété de la cataracte appartient à l'histoire de l'iritis.

La *cataracte capsulaire non adhérente* reconnaît la même origine que la précédente; seulement les adhérences qui ont pu exister pendant quelque temps ont cédé à la dilatation pupillaire, et ce sont les traces des adhérences primitives qui constituent l'opacité.

Tantôt cette opacité n'est que partielle et limitée à quelques points isolés, tantôt l'opacité est formée par une véritable fausse membrane grisâtre, irrégulière à sa surface, et recouvre la totalité ou seulement une partie, et généralement alors la partie centrale de la cristalloïde.

C'est à la classe des cataractes capsulaires non adhérentes qu'il faut rattacher les variétés désignées sous le nom de *cataracte pyramidale, végétante*, et qui, le plus ordinairement, succèdent à une ulcération de la cornée terminée par perforation. Le cristallin est venu contracter des adhérences avec les bords de l'ulcère, puis lorsque la chambre antérieure s'est reproduite, ces adhérences se sont rompues, mais en laissant sur la capsule les traces de la matière exsudée.

Relativement au diagnostic de la cataracte capsulaire et de la cataracte lenticulaire, il ne présente généralement aucune difficulté grâce aux moyens d'exploration que nous possédons aujourd'hui et dont nous avons signalé l'importance en faisant le diagnostic de la cataracte lenti-

culaire. Voici en quelques mots les caractères qui permettront de distinguer les opacités de la lentille ou de sa capsule.

Dans la cataracte lenticulaire, l'iris est normal, la pupille a conservé sa mobilité, et souvent il existe entre elle et le cristallin un cercle noir, dû à l'ombre portée par l'iris sur la lentille opaque; dans la cataracte capsulaire, l'iris est altéré, décoloré, déprimé; la pupille est inégale, immobile, en entonnoir, et généralement il n'y a pas d'ombre portée.

L'opacité, dans la cataracte lenticulaire, est de forme variable, mais occupe la substance même du cristallin, tandis que, dans la cataracte capsulaire, l'opacité est irrégulière, superficielle.

L'épreuve des trois images est nulle pour la deuxième et la troisième image dans la cataracte capsulaire, tandis que, dans la cataracte lenticulaire, elle fournit toujours deux images.

Le traitement de la cataracte capsulaire varie selon qu'elle est ou non adhérente. La cataracte non adhérente, lorsqu'elle est centrale, peut être guérie au moyen d'une pupille artificielle, comme nous l'avons indiqué pour les cataractes stratifiées. Si elle est complète, elle devient passible des mêmes procédés opératoires que la cataracte lenticulaire, seulement il est indispensable d'inciser largement ou même d'extraire en même temps la capsule et la lentille.

La *cataracte capsulaire adhérente* exige l'emploi de procédés mixtes qu'il est difficile de préciser d'avance. L'opération de de Graefe dont on modifie plus ou moins l'incision, selon les circonstances, me paraît celle qui convient à la généralité des cas, et qui permet de déchirer les adhérences et d'exciser une portion suffisante de l'iris pour donner issue au cristallin et à sa capsule. On trouvera d'ailleurs, dans les ouvrages spéciaux, un certain nombre de procédés ou de manœuvres propres à triompher des difficultés que l'on rencontre fréquemment dans ces opérations délicates.

C. Cataractes secondaires.

On désigne sous ce nom les opacités qui se montrent dans le champ pupillaire à la suite de l'opération de la cataracte par abaissement, division ou extraction. Elles sont constituées tantôt par des débris de capsule revêtus d'exsudats opaques, tantôt par des fragments du cristallin, tantôt enfin par des néo-membranes, résultat d'une iritis consécutive à l'opération.

Ces cataractes secondaires qui gênent le passage des rayons lumineux doivent être écartées du champ de la pupille. Lorsqu'elles sont libres d'adhérences avec l'iris, le mieux est d'en tenter l'extraction soit à l'aide d'un petit crochet introduit à travers une ouverture linéaire de la cornée, soit à l'aide d'une petite pince spéciale connue sous le nom de serre-telle et que l'on introduit à travers une ouverture pratiquée dans la sclérotique.

Dans le cas de fausses membranes adhérentes, on ne doit plus songer à en faire l'extraction, mais à les déchirer pour donner passage à la lumière. On parvient le plus souvent à ce but à l'aide de deux aiguilles

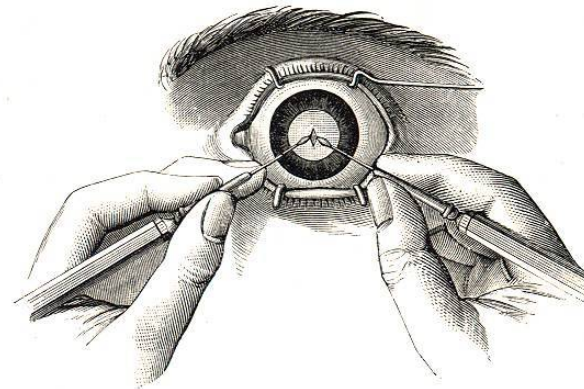


FIG. 89. — Opération pour la cataracte secondaire.

introduites en deux points opposés de la cornée et dont les deux pointes amenées au contact l'une de l'autre servent à pratiquer une brèche dans la fausse membrane.

§ X. — Lésions vitales et organiques du corps vitré.

1° Inflammation, suppuration.

Quand on considérait le corps vitré comme une masse liquide, de consistance gélatineuse, dépourvue de vaisseaux et de nerfs, et presque uniquement soumise aux actions physiques et chimiques, il était difficile d'admettre son inflammation isolée. Les recherches histologiques modernes ont fait justice de cette erreur en démontrant que le corps vitré est un véritable tissu vivant, renfermant des cellules propres, et susceptible par conséquent de devenir le siège de lésions vitales.

Donders s'est occupé expérimentalement des altérations qui surviennent dans le corps vitré, quand un corps étranger y pénètre. Il a imaginé à cet effet l'expérience suivante. On traverse l'œil d'un lapin de part en part, au moyen d'une aiguille armée d'un fil en caoutchouc; cela fait, on tend fortement le fil et on le fait couper en même temps des deux côtés au ras de la sclérotique. Le fil, par son élasticité, revient sur lui-même et se pelotonne au milieu du corps vitré.

Quelques heures après cette opération, on voit la portion du corps vitré qui entoure le corps étranger devenir légèrement trouble, opaque, puis membraneuse, et finalement envelopper complètement le corps étranger, qui disparaît ainsi aux regards de l'observateur.

Ce fait, qu'il est facile de produire expérimentalement, s'observe sou-

vent chez l'homme; quand il ne s'est pas produit d'hémorragies dans le corps vitré, on peut suivre pas à pas, au moyen de l'ophthalmoscope, les phénomènes pathologiques que nous venons de décrire. Il est pourtant de règle d'observer dans ces cas, outre les opacités membraneuses qui entourent le corps étranger, d'autres opacités qui traversent le corps vitré et semblent masquer le passage suivi par le corps étranger pénétrant dans l'œil. Il n'est pas rare, à la suite de ces traumatismes, de voir les opacités s'étendre peu à peu et envahir tout le corps vitré.

La suppuration du corps vitré peut survenir à la suite de traumatismes, ou consécutivement aux opérations qu'on pratique sur l'œil, en particulier après la cataracte, quand il y a un prolapsus du corps vitré; la maladie succède alors le plus souvent à une choroïdite purulente, et nous reviendrons sur ce sujet en parlant du phlegmon de l'œil. On observe aussi parfois la suppuration du corps vitré dans certaines maladies générales: fièvres typhoïdes graves, méningites, pyohémie. Cette affection était décrite autrefois sous le nom d'*ophthalmie métastatique*; elle est le plus souvent consécutive aussi à une choroïdite purulente.

2° Opacités du corps vitré (mouches volantes, myodésopsie).

À l'état physiologique, il existe dans le corps vitré des éléments cellulaires libres, véritables corps flottants, qui ne donnent lieu à aucune observation particulière. Il est facile de les rendre apparents en regardant à travers une fine ouverture pratiquée dans une carte à jouer sur une surface uniformément éclairée, un mur blanc ou la voûte céleste. On voit apparaître ainsi, dans la surface rétrécie du champ visuel uniformément éclairé, de petits points noirs, des filaments plus ou moins foncés qui se meuvent spontanément, dans un sens et dans l'autre. En faisant cette expérience, on se rend très-bien compte des phénomènes qu'éprouvent les malades qui se plaignent de *mouches volantes*.

Dans les mouches volantes et les corps flottants du corps vitré, on doit distinguer deux variétés principales. Les uns sont simplement perçus par le sujet, et l'observateur ne peut pas les découvrir au moyen de l'ophthalmoscope. Les autres, au contraire, sont assez développés pour qu'on puisse constater directement leur présence dans les milieux transparents. Les premiers doivent être considérés comme l'exagération d'un état physiologique, et n'offrent qu'une importance secondaire; les autres, au contraire, méritent d'attirer l'attention du praticien, et sont souvent l'indice d'un état pathologique grave des membranes du fond de l'œil.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Les malades qui ont des opacités flottant dans le corps vitré se plaignent de points noirs, de petits nuages plus ou moins épais qui traversent à chaque instant l'étendue du champ visuel; ces points leur apparaissent avec beaucoup plus de netteté quand ils projettent leurs regards sur une surface uniformément éclairée. Après

avoir fait exécuter un mouvement de bas en haut à l'œil, si celui-ci reste immobile, le nuage descend lentement au-devant de lui (*scotome mobile*).

Certains malades, afin de mieux voir, chassent en haut le globe de l'œil au moyen d'un mouvement brusque; ce mouvement répété à chaque instant par saccade, donne à leur physionomie quelque chose de caractéristique.

Pour constater, au moyen de l'ophthalmoscope, l'existence de corps flottants dans le corps vitré, il faut se servir d'un faible éclairage et d'un miroir plan (*miroir de Coccius, plaques d'Helmholtz*), et éclairer simplement le fond de l'œil, sans se servir de lentille interposée. En faisant imprimer au globe oculaire de légers mouvements en haut et en bas, on verra se mouvoir, sur le champ pupillaire uniformément éclairé, les petits flocons noirâtres contenus dans le corps vitré. Avec un faible éclairage, on pourra ainsi observer les moindres opacités qui échapperaient facilement à l'observateur, s'il employait un éclairage trop intense. C'est ainsi que certaines formes de rétinites spécifiques s'accompagnent de fines opacités siégeant dans le corps vitré et qui voilent comme un nuage de poussière le fond de l'œil.

PRONOSTIC. TRAITEMENT. — Les mouches volantes physiologiques qui n'occasionnent que des troubles subjectifs, qui échappent à l'observation ophthalmoscopique, qui ne sont accompagnées d'aucune altération du fond de l'œil, bien que tourmentant souvent beaucoup les sujets qui en sont atteints, constituent plutôt une gêne, un ennui, qu'une véritable maladie; aussi leur pronostic n'est jamais sérieux. Quant au traitement, il est des plus simples et doit consister dans la cessation de travaux très-assidus, l'emploi de quelques purgatifs, l'usage de verres légèrement fumés.

Quand les mouches volantes constituent un phénomène pathologique, comme elles accompagnent fréquemment d'autres lésions des membranes profondes, leur pronostic est plus grave et se trouve intimement lié à celui de la maladie qui leur a donné naissance. L'apparition de mouches volantes, dans la scléro-choroïdite postérieure, dans la myopie progressive, est un signe fâcheux, car il dénote une activité nouvelle survenue dans le processus morbide, et il est souvent le signe précurseur d'un ramollissement du corps vitré et d'un décollement de la rétine. Dans ces cas, les émissions sanguines locales, le repos absolu pendant vingt-quatre heures, dans l'obscurité, la cessation complète de tout travail, l'usage de pilules de sublimé de 4 centigramme, modifient souvent d'une manière heureuse la nutrition de la choroïde, et peuvent enrayer le processus morbide. Les opacités qui accompagnent les rétinites spécifiques cèdent d'habitude aussi à un traitement spécifique, mais elles se reproduisent avec une singulière facilité, malgré le traitement, qui doit être parfois prolongé fort longtemps.

3° Hémorragies dans le corps vitré.

Des hémorragies spontanées se produisent parfois dans le corps vitré sans qu'on puisse en déterminer la cause. Quand ces hémorragies sont peu abondantes, elles apparaissent sous forme de flocons filamenteux, et donnent lieu à tous les symptômes des mouches volantes; mais elles peuvent être assez considérables pour abolir tout à coup complètement la vision et la réduire à une simple perception lumineuse quantitative. Ces opacités *membraneuses* occupent alors toute l'étendue du champ pupillaire, et au premier abord on pourrait croire qu'il s'agit là d'opacités siégeant dans le cristallin; mais l'examen à l'éclairage oblique et la recherche des reflets capsulaires permettront d'éviter la méprise.

Ces hémorragies, qui sont le plus souvent la conséquence de la rupture de quelque vaisseau dans les parties équatoriales de la choroïde, ne sont pas très-graves tant qu'elles ne s'accompagnent pas de décollement de la rétine; elles se résorbent d'habitude assez rapidement, et l'on peut constater alors, dans les parties équatoriales de l'œil, le point de départ de l'hémorragie, sous forme d'un point cicatriciel blanchâtre, entouré parfois de masses noires pigmentaires. On peut voir, au bout de quelque temps, le même phénomène se reproduire, mais il se complique souvent à la longue d'un autre symptôme beaucoup plus grave, le décollement de la rétine, résultant de l'infiltration sanguine entre cette membrane et la choroïde.

4° Synchisis étincelant.

Cette singulière affection est produite, comme l'ont démontré pour la première fois Desmarres et Malgaigne (1), par la présence de cristaux de *cholestérine* dans l'intérieur du corps vitré.

A l'ophtalmoscope, parfois même simplement à l'éclairage oblique, on voit une foule de paillettes brillantes, chatoyantes, se mouvoir sur le fond rouge de l'œil. Quant aux symptômes subjectifs, ils sont à peu près les mêmes que dans les autres formes de mouches volantes.

Cette maladie fort rare a été observée sur des yeux atteints de choroïdite chronique, et, dans certains cas rapportés par Desmarres, chez des individus qui avaient été opérés de cataracte *par abaissement*. La cholestérine disparaît peu à peu, très-lentement (treize ans dans le cas de Desmarres). On ne connaît encore aucun traitement bien efficace pour hâter cette résorption.

(1) Desmarres, *Traité des maladies des yeux*, t. III, p. 394.

B. — LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES AFFECTANT LA TOTALITÉ DU GLOBE DE L'ŒIL.

1° Phlegmon de l'œil (ophthalmite, panophtalmite, ophthalmie métastatique).

On comprend sous ce nom une inflammation des membranes profondes de l'œil, suivie de suppuration et se terminant par la perte complète du globe oculaire. Ainsi définie, cette maladie n'a pas une base anatomique bien précise, car elle peut succéder soit à une choroïdite purulente, dont elle n'est alors que la terminaison, soit à une inflammation primitive et directe du corps vitré, se terminant par suppuration, soit à de vastes ulcérations de la cornée s'accompagnant de perforation. Mais comme il est souvent difficile de préciser, quand un phlegmon de l'œil se déclare, quelle est la partie de l'organe qui a été la première lésée, et que, d'un autre côté, dès que cette complication apparaît, sa symptomatologie est nettement tranchée, et efface toutes les autres, nous avons pensé qu'il était utile de lui réserver encore une place à part dans la nosologie oculaire.

ÉTILOGIE. — Le phlegmon de l'œil s'observe le plus souvent à la suite des lésions traumatiques, soit accidentelles, soit résultant de manœuvres chirurgicales. Les blessures du corps ciliaire, s'accompagnant de prolapsus du corps vitré, les déchirures de la sclérotique résultant d'une contusion violente, la pénétration de corps étrangers dans le globe oculaire, sont les causes les plus fréquentes de la panophtalmite. Parmi les opérations chirurgicales qui donnent naissance à cette affection redoutable, il faut citer l'opération de la cataracte, particulièrement l'ancien procédé à lambeau, les opérations de staphylôme, l'ablation des parties antérieures du globe de l'œil, l'extraction d'entozoaires, de corps étrangers siégeant dans le corps vitré.

On voit cette complication apparaître comme le terme final de certaines affections oculaires : choroïdite purulente, ophthalmies purulentes, diphthéritiques, accompagnées de vastes perforations de la cornée. Enfin certaines maladies générales (septicémie, affections puerpérales, typhoïdes, méningite cérébrale et cérébro-spinale) donnent lieu parfois au développement du phlegmon de l'œil (*ophthalmie métastatique*).

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes sont locaux et généraux; les premiers consistent, dès l'apparition de la maladie, dans une injection vive de la conjonctive bulbaire, s'accompagnant rapidement de chémosis et d'œdème, qui envahit les paupières supérieure et inférieure, et le pourtour de l'orbite. Si l'on entrouvre les paupières, le globe de l'œil paraît distendu, augmenté dans son volume, et cette distension peut simuler une exophtalmie; mais l'œil n'est pas fortement projeté en avant comme dans le phlegmon de l'orbite, et le plan imaginaire passant par le rebord