

est indiqué de délivrer le malade de cette triste difformité. Si l'affection n'existe que sur un œil et paraît produire des phénomènes sympathiques sur l'autre, on ne doit plus hésiter à faire l'énucléation par le procédé ordinaire (méthode de Bonnet). On agira de même si le globe oculaire a pris un volume trop considérable et est profondément désorganisé. Bonnet a publié une observation dans laquelle l'injection de quelques gouttes de teinture d'iode dans la cavité oculaire avait suffi pour en produire l'atrophie. Le même résultat peut être obtenu en traversant l'œil avec un fil qu'on laisse à demeure; on produit ainsi une choroïdite suppurative qui est suivie généralement d'une diminution de volume de l'œil.

#### 4° Ophthalmie sympathique.

On donne le nom d'ophthalmie sympathique à une affection dont les lésions anatomiques peuvent être très-variables, mais qui reconnaît comme point de départ constant une maladie antérieure de l'œil du côté opposé.

Bien que les relations sympathiques qui existent entre les deux yeux aient été signalées depuis fort longtemps, c'est Wardrop (1) qui, le premier, a attiré l'attention des praticiens sur cette grave affection, et qui a emprunté à l'art vétérinaire le traitement chirurgical destiné à la combattre. Depuis longtemps, en effet, les médecins vétérinaires procédaient, dans certains cas, à la destruction de l'œil malade, pour préserver l'œil sain. Les chirurgiens anglais et, en particulier, Mackensie, ont eu le mérite d'étudier avec soin ce point important de la pratique ophthalmologique. Enfin, dans ces derniers temps, nous signalerons les travaux de de Brondeau, en France; de de Graefe, Artl et Mooren, en Allemagne.

DE BRONDEAU, *Des affections sympathiques de l'un des yeux à la suite d'une blessure de l'autre œil*. Thèse de Paris, 1858. — WALTON, *On Sympathic Inflammation of the Eyeball* (*Med. Times and Gazette*, 1864). — LAWSON, *Sympathic Ophthalmia* (*Ophth. Hosp. Reports*, 1865). — DE GRAEFE, *Zur Lehre der sympathischen Ophthalmia* (*Archiv f. Ophthalm.*, t. XII, 2<sup>e</sup> part., p. 494). — MOOREN, *Des affections sympathiques de la vue* (trad. française). Liège, 1870.

ÉTIOLOGIE. — C'est dans la grande majorité des cas à la suite d'une lésion traumatique d'un œil, surtout quand un corps étranger est resté dans l'intérieur du globe, qu'on voit se développer sur l'autre œil une ophthalmie sympathique. On l'a observée aussi à la suite de l'opération de la cataracte par abaissement, dans les luxations du cristallin qui paraît alors jouer le même rôle qu'un corps étranger.

Dans un certain nombre d'observations, la maladie a succédé à la blessure du corps ciliaire, à la distension, à la perforation spontanée de la sclérotique dans cette région. On a voulu faire jouer, dans tous ces cas, un grand rôle à la rétraction cicatricielle, Quelques auteurs admet-

(1) *Morbid Anatomy of the Human eye*. London, 1819.

tent, en effet, que c'est au moment où les nerfs ciliaires sont tirillés ou comprimés par la cicatrice que l'on voit les symptômes sympathiques se déclarer sur l'autre œil.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'ophthalmie sympathique se montrant sous des formes très-diverses, on comprend que sa symptomatologie doit être aussi variée suivant les cas. La maladie se présente d'habitude avec les allures d'une irido-choroïdite, soit à forme séreuse, soit à forme parenchymateuse; ce dernier cas, qui est le plus grave, est aussi le plus fréquent. Elle ne diffère guère alors, à part sa marche progressive et fatale quand on n'intervient pas chirurgicalement, des formes habituelles, dont nous avons déjà donné la description. D'autres fois, l'apparition de la maladie n'est signalée que par des troubles fonctionnels qui ne paraissent pas avoir une grande importance pour le malade, mais dont le médecin doit tenir grand compte pour pouvoir agir sans retard.

Les signes subjectifs sont une sensibilité exagérée à la lumière, du larmoiement, de la fatigue asthénopique. Quand on croyait que la maladie se transmettait par l'intermédiaire du chiasma des nerfs optiques, on rattachait ces troubles fonctionnels à des lésions du nerf optique et de la rétine. Mais si l'on explore le fond de l'œil à l'ophthalmoscope, on ne trouve le plus souvent, à part une légère hyperémie de la papille, aucune altération de la rétine. Dans trois cas cependant, de Graefe a pu constater l'existence d'une chorio-rétinite.

Quand il doit se produire une irido-choroïdite à forme séreuse, on voit apparaître un léger trouble de l'humeur aqueuse, et de petits dépôts sur la membrane de Descemet,

DIAGNOSTIC. — Dans la grande majorité des cas, le diagnostic sera facile à établir, et l'état de l'œil du côté opposé mettra le chirurgien sur la voie. Le plus souvent, en effet, c'est après une lésion traumatique, à la suite de douleurs ciliaires revenant par accès, lorsqu'il existe encore un moignon qui est le siège de douleurs, soit spontanées, soit provoquées par la pression, qu'on verra survenir les troubles fonctionnels du côté opposé. Le temps qui s'écoule entre la production de la lésion primitive d'un œil et l'apparition de l'ophthalmie sympathique sur l'autre œil, n'a pas de limites précises. On l'a vu atteindre vingt-six ans (Wecker).

PRONOSTIC. — La marche de la maladie, quand elle n'est pas arrêtée dans son évolution par un traitement approprié, est ordinairement progressive; on voit apparaître successivement toutes les lésions que nous avons déjà décrites en parlant de l'irido-choroïdite: la nutrition de l'œil souffre de plus en plus, le tissu de l'iris désorganisé contracte des adhérences avec la surface antérieure du cristallin cataracté, la rétine ne tarde pas à se décoller, entraînant ainsi une abolition complète de la perception lumineuse, et il survient peu à peu une atrophie de l'œil.

Depuis les brillants succès obtenus dans cette grave maladie par l'extirpation de l'œil primitivement lésé, le pronostic a beaucoup perdu de sa gravité, et l'on peut dire aujourd'hui que, dans la grande majorité des cas,

on parvient, en énucléant l'œil qui est la cause occasionnelle de l'affection, à sauvegarder l'autre. Mais il importe de savoir qu'une fois l'opération faite, le processus morbide ne rétrocede pas toujours, et dans certains cas, même en faisant l'énucléation tout à fait au début de la maladie, on a vu celle-ci suivre une marche fatalement progressive et amener une cécité incurable. Il faut donc, dans tous les cas, être très-réservé sur le pronostic.

TRAITEMENT. — C'est Wardrop qui paraît avoir appliqué le premier à l'homme le traitement que les vétérinaires employaient chez les chevaux, à savoir la destruction de l'œil, point de départ de la maladie. Avant Bonnet, cette opération se faisait d'une façon tout à fait irrégulière : tantôt on enlevait incomplètement le globe de l'œil, tantôt, au contraire, on l'extirpait en entraînant avec lui une partie du contenu de l'orbite.

Aujourd'hui on détache le globe de l'œil de la capsule de Ténon qui l'enveloppe en laissant complètement intact le contenu de l'orbite. Il est peu d'opération dont l'exécution soit plus méthodique, et les conséquences plus inoffensives. Voici comment on procède. Les paupières étant préalablement maintenues ouvertes au moyen d'un blépharostat ou d'élevateurs, on saisit avec une pince à griffe un pli de la conjonctive au bord de la cornée, puis avec des ciseaux courbes sur le plat et légèrement moussés de la pointe, on incise la conjonctive sur tout le pourtour de la cornée, et en glissant les ciseaux dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, on détache ainsi en la ménageant toute la conjonctive bulbaire. Cela fait, on saisit avec le grand crochet mousse à strabisme successivement chacun des tendons des muscles droits et obliques, et on les détache au ras de la sclérotique ; appuyant alors fortement avec le doigt indicateur entre le rebord orbitaire externe, et le globe de l'œil, on luxe celui-ci vers le côté interne. Ce temps de l'opération permet de glisser des ciseaux analogues à ceux dont on s'est servi jusque-là, mais plus forts de lames, jusqu'au pôle postérieur de l'œil où l'on coupe d'un seul coup le tronc du nerf optique au ras de la sclérotique. Il n'y a plus pour terminer l'opération qu'à détacher quelques légers filaments cellululeux qui retiennent encore le globe oculaire.

Outre les avantages que nous avons signalés plus haut, cette opération en présente encore d'autres très-importants. Le système musculaire est conservé en entier, les culs-de-sac de la conjonctive sont intacts, et les expansions aponévrotiques que ces portions de muqueuses reçoivent des muscles droits n'ont subi aucune atteinte. Aussi le moignon qui subsiste après l'opération est éminemment propre à faciliter l'application d'un œil artificiel jouissant d'une certaine mobilité.

Quand les lésions de l'œil atteint d'ophtalmie sympathique sont assez avancées et se présentent sous forme d'irido-choroïdite plastique, avec synéchies postérieures, on pourra améliorer l'état de cet organe en pratiquant l'iridectomie. Dans ces derniers temps, quelques auteurs ont

même essayé d'enrayer la marche de la maladie en pratiquant simplement cette opération, sans faire l'énucléation du côté opposé. Malgré quelques résultats heureux, nous croyons devoir engager les praticiens à faire tout d'abord l'énucléation de l'œil qui est le point de départ de la maladie.

##### 5° Cancer de l'œil.

On décrivait autrefois le cancer de l'œil comme une tumeur formée par le globe oculaire dégénéré et converti en fungus. On sait aujourd'hui que les tumeurs malignes qui envahissent la totalité du globe naissent de l'une des membranes externes ou internes de l'œil. Nous avons déjà signalé les cancers de la conjonctive, de la cornée, de la sclérotique ; plus souvent les tumeurs malignes de l'œil prennent leur origine dans l'épaisseur de la choroïde, de la rétine et du nerf optique.

Ces tumeurs présentent trois périodes dans leur évolution. Dans la première période, le globe conserve son volume et son aspect ; dans la deuxième période, la production morbide, quoique renfermée au dedans des tuniques, s'est avancée vers la partie antérieure du globe et se traduit à l'extérieur par une déformation appréciable ; enfin, dans la troisième période, la coque oculaire a cédé et la tumeur se présente entre les paupières sous forme d'un fungus plus ou moins volumineux.

On a vu, à l'occasion des tumeurs de la choroïde et de la rétine, les signes qui permettent de reconnaître ces productions malignes dans le cours des deux premières périodes, et nous ne croyons pas devoir y revenir.

Lorsque la coque oculaire a cédé et que la tumeur se montre sous forme de fungus, quelle que soit son origine, elle présente un aspect général qui ne permet pas de méconnaître sa nature. On observe, en effet, entre les paupières distendues, retournées, livides, sillonnées par de grosses veines, une tumeur rouge, saignante, ulcérée par places, d'où s'écoule un liquide sanieux et fétide, et qui donne lieu parfois à des hémorrhagies abondantes. Les ganglions lymphatiques préauriculaires et sous-maxillaires sont souvent engorgés. Enfin, les malades accusent de vives douleurs irradiant dans tout le côté correspondant de la tête.

Abandonnée à elle-même, la tumeur peut acquérir un volume véritablement énorme, par suite de l'envahissement des tissus contenus dans la cavité orbitaire. La mort survient par suite de la cachexie, résultant des hémorrhagies, de la suppuration, et souvent de la généralisation du mal ; elle peut être précipitée par quelque complication du côté de l'encéphale et des méninges.

L'extirpation de la totalité du globe est le seul traitement à opposer au cancer de l'œil. Pratiquée au moment où la production morbide a envahi la totalité du globe et a fait irruption au dehors de sa coque fibreuse, l'opération ne peut être considérée que comme palliative, car la récurrence sur place ou la généralisation rapide du cancer est la règle dans ces cas.

## 6° Ophthalmozoaires.

Les entozoaires de l'œil ont été observés, soit dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, soit dans la cavité même du globe. Quoique l'on ait rapporté quelques exemples de dragonneau, de monostomes et de distomes développés dans le cristallin et le corps vitré, les parasites que l'on rencontre le plus souvent dans l'œil sont les cysticerques. Ceux-ci occupent tantôt le tissu cellulaire sous-conjonctival, tantôt l'intérieur de l'œil.

On consultera sur les ophthalmozoaires :

DAVAINE, *Traité des entozoaires*, Paris, 1866. — DE GRAEFE, *Ueber intra-ocularen Cysticerk* (*Archiv f. Ophthalm.* 1862, t. VII, fasc. 2, p. 48).

1° *Cysticerques sous-conjonctivaux*. — On en connaît environ une quinzaine de cas, rapportés par Sichel et de Graefe. Le parasite est logé dans une poche fibro-celluleuse, dure, très-adhérente à la sclérotique ou à la cornée, et qui peut acquérir le volume d'un pois ou d'une petite noisette. Le centre de la tumeur offre un point jaunâtre qui répond au cysticerque.

En général, la présence de la tumeur détermine une inflammation plus ou moins vive; quelquefois la poche s'ouvre et le cysticerque est expulsé.

Le traitement consiste à extirper la tumeur, ou si l'extirpation complète est impossible, à en exciser la plus grande partie.

2° *Cysticerques intra-oculaires*. — Ils occupent la chambre antérieure, le corps vitré, ou le tissu cellulaire sous-rétinien.

Les cysticerques de la chambre antérieure sont tantôt libres, tantôt adhérents à l'iris. Dans le premier cas, le parasite se déplace avec les mouvements de la tête; dans le second cas, au contraire, on peut seulement constater les mouvements qui lui sont propres. La présence du cysticerque dans la chambre antérieure détermine des inflammations intra-oculaires, quelquefois très-graves; aussi est-il toujours indiqué

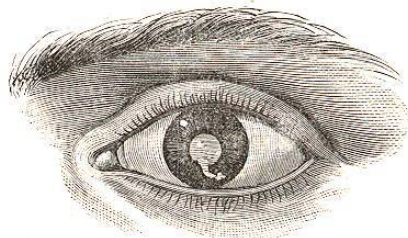


FIG. 91. — Cysticerque de la chambre antérieure.

d'en pratiquer l'extraction après section de la cornée.

Le cysticerque du corps vitré se rencontre bien plus fréquemment, surtout dans certains pays; dans le nord de l'Allemagne, de Graefe l'a observé près de 80 fois sur 80 000 malades, soit 1 sur 1000, tandis qu'à Vienne, c'est à peine s'il a été observé 4 fois sur 30 000 malades; enfin, en France on l'a rencontré encore bien plus rarement, et c'est à peine si l'on en connaît 3 à 4 observations.

Les signes objectifs ne peuvent être fournis que par l'ophtalmoscope,

et ils diffèrent suivant l'époque d'apparition du cysticerque. Au début, en effet, le cysticerque est le plus souvent caché sous la rétine décollée en ce point, et l'on ne peut l'apercevoir qu'à travers ce voile membraneux, de sorte qu'il serait facile de croire à un simple décollement rétinien. Mais on évitera l'erreur en examinant avec soin l'état des parties; on pourra ainsi distinguer souvent la vésicule transparente ou la tête de l'animal cachée derrière la rétine.

Quand le cysticerque s'est échappé de la rétine pour pénétrer dans le corps vitré, il se présente à l'ophtalmoscope sous forme d'une vésicule bleuâtre, transparente, ayant des mouvements propres; si on l'observe longtemps et attentivement, on peut voir l'animal sortir la tête hors de la vésicule, puis la rentrer; c'est là un phénomène tout à fait caractéristique.

Au bout d'un temps plus ou moins long, le corps vitré devient trouble, ainsi que les autres milieux transparents, et il est alors impossible de faire le diagnostic de l'affection au moyen de l'ophtalmoscope. Ce n'est que par exclusion, en tenant compte des antécédents et de la marche de la maladie qu'on peut arriver à soupçonner l'existence de l'entozoaire.

Les cysticerques du corps vitré constituent une affection très-grave pour l'organe visuel, car non-seulement l'œil dans lequel ils séjournent est destiné fatalement à se perdre, mais il peut se produire des accidents sympathiques du côté opposé.

Tous les moyens médicaux employés jusqu'ici, vermifuges à l'intérieur ou en collyres, ont été impuissants pour tuer ou faire disparaître l'animal, aussi est-ce à des moyens chirurgicaux qu'il faut recourir. De Graefe a tenté plusieurs fois de faire l'extraction de l'entozoaire à travers une incision scléroticale pratiquée au niveau de l'équateur de l'œil. Cette opération a été suivie le plus souvent d'une atrophie lente du globe oculaire; dans deux cas seulement il est resté une certaine quantité de perception lumineuse qualitative. Dans un cas plus récent, dû à Sichel fils (1), l'extraction par la sclérotique a été également suivie d'atrophie du globe. Si les douleurs étaient très-vives, et qu'il y eût menace sérieuse d'ophtalmie sympathique, on devrait avoir recours à l'énucléation du globe de l'œil.

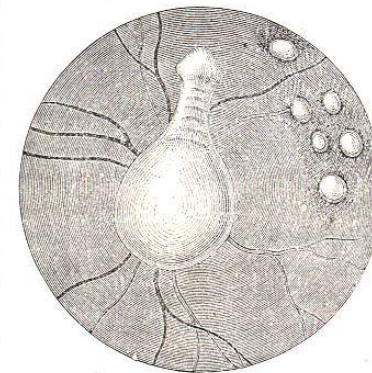


FIG. 92. — Cysticerques du corps vitré.

(1) *Gazette hebdomadaire*, Janvier 1872.