

tout aboutit à la panophtalmie. Si l'inflammation est jugulée, la cornée s'éclaircit, l'iris reprend une teinte plus nette, mais il persiste des adhérences irido-capsulaires épaisses, et la vision reste plus ou moins faible. L'atrophie du segment antérieur de l'œil n'est même pas rare.

La *suppuration de l'iris* coïncide avec celle de la cornée ou se fait indépendamment de celle-ci. L'aspect est analogue, mais la cornée reste transparente et plus ou moins intacte. Quand les douleurs sont vives et la vision à peu près nulle, le corps ciliaire et la choroïde participent à l'infection et l'atrophie est fréquente; cependant la panophtalmie est peu à redouter quoique toujours possible.

Dès que la suppuration se montre, que la cornée ou l'iris sont primitivement envahis, il faut agir et pratiquer une antiseptie énergique : antiseptie générale, péri-oculaire, intra-oculaire. Le calomel, le bi-iodure, le bichlorure de mercure, le sulfate de quinine à l'intérieur, les irrigations conjonctivales et lacrymales, l'onguent napolitain autour de l'orbite, les injections sous-conjonctivales de sublimé, les instillations de sublimé, la pyocétanine, la cautérisation ignée au niveau de la plaie, sont les moyens les plus efficaces. Dans un certain nombre de cas, on leur devra le salut de l'œil.

Les calmants au point de vue général, l'atropine, la cocaïne, au point de vue local, constituent des adjuvants toujours précieux.

Quand la diffusion purulente est conjurée, les opérations secondaires, si la vision profonde est en partie conservée, surtout l'iritomie, pourront ultérieurement rendre quelques services. Les troubles du vitré, les altérations de la choroïde laissent toutefois la vision finale très compromise.

Dans la *panophtalmie*, la cornée, le tractus uvéal, le vitré sont en pleine suppuration. Il apparaît du chémosis, du trouble jaunâtre de la cornée et des milieux; les douleurs sont violentes et peuvent durer des semaines entières. Tout est perdu, l'organe est mort, et l'on doit alors, sans tarder, faire l'énucléation, l'exentération ou mieux l'évidement.

**Complications éloignées.** — Elles surviennent des semaines, des mois ou même des années après l'extraction. Ce sont les cataractes secondaires, les irido-cyclites ou choroïdites plastiques, la suppuration, l'atrophie, le glaucome, l'ophtalmie sympathique.

Les *cataractes secondaires* représentent des opacités pupillaires plus ou moins épaisses.

On ne peut appeler ainsi les fines membranules analogues à de minces toiles d'araignées que l'on constate à l'éclairage oblique quelque temps après l'extraction et qui, constituées par la capsule seule, sont compatibles avec une acuité parfaite. Celles-ci existent toujours et on les reconnaît facilement à la loupe. Les vraies cataractes secondaires, qui diminuent notablement la vision, sont formées par la capsule ou son épithélium opaque, des débris lenticulaires et même des exsudats plastiques ou pigmentés de l'iris.

Elles surviennent à la suite d'extraction incomplète ou d'inflammation intra-oculaires et coïncident généralement avec des adhérences irido-capsulaires. On doit intervenir dès qu'elles diminuent sérieusement l'acuité visuelle, mais seulement quand toute irritation est tombée, après plusieurs semaines ou plusieurs mois. Les mydriatiques, la discision simple, l'iritomie, l'irido-ectomie seront indiqués dans les degrés successifs des cataractes secondaires. Ces opérations sont assez sérieuses, mais ne doivent pas, quoi qu'on en ait dit, arrêter l'opérateur; l'amélioration est généralement considérable.

Les *irido-choroïdites plastiques* entraînent l'obstruction ou l'occlusion de la pupille, des douleurs, de la rougeur de l'œil. Elles résultent d'une toilette insuffisante, avec infection opératoire ou post-opératoire, et présentent plus ou moins de gravité. La perte de la vision, l'atrophie, le glaucome, l'ophtalmie sympathique en sont parfois la conséquence finale.

On doit, en outre des mydriatiques, de l'onguent napolitain, du sulfate de quinine, pratiquer des injections sous-conjonctivales de sublimé.

La *suppuration* tardive est exceptionnelle, mais peut se produire par suite de l'infection première ou d'une infection nouvelle par la cicatrice mal close de la cornée, après des semaines et des mois. Il en est ici comme dans les leucomes adhérents. L'iritis purulente impliquera l'antisepsie, surtout les injections sous-conjonctivales de sublimé et des paracentèses. La panophtalmie exige l'évidement ou l'énucléation.

L'*atrophie* sera consécutive aux irido-cyclites, aux irido-choroïdites plastiques ou suppuratives. L'œil se ramollit, se réduit de volume et perd définitivement toute vision. A la suite de la suppuration exclusive de la cornée, l'atrophie peut se borner au segment antérieur.

L'expectation est de règle. S'il se produit des phénomènes sympathiques, l'énucléation devient nécessaire.

Le *glaucome* se rencontre rarement. On l'observe à la suite des irido-cyclites ou de choroïdites avec enclavement de l'iris. L'œil est rouge, dur, douloureux à la pression, accompagné de névralgie péri-orbitaire. Une sclérotomie, des paracentèses et l'énucléation seraient, suivant le degré ou la violence de la réaction, successivement indiquées. On peut enfin pratiquer l'élongation du nasal externe suivant la méthode de Badal.

L'*ophtalmie sympathique* survient aussi dans les inflammations violentes du tractus uvéal, avec enclavement. L'énucléation hâtive peut suffire dans la simple irritation, mais elle est souvent impuissante contre l'inflammation du congénère. On pourrait alors recourir, pour ce dernier, aux injections sous-conjonctivales ou encore, *in extremis*, aux instillations intra-oculaires de sublimé (Abadie).

### VIII. — Luxation du cristallin.

§ 359. On donne ce nom aux déplacements permanents du cristallin. La luxation est complète quand le cristallin a entièrement abandonné le champ pupillaire; elle est incomplète et elle constitue la *subluxation* lorsque le cristallin occupe encore

la plus grande partie de la zone pupillaire. La luxation est *congénitale*, *pathologique*, *traumatique*. Enfin elle a lieu dans la chambre antérieure, dans la chambre postérieure, le vitré et sous la conjonctive.

**Luxation congénitale.** — C'est généralement de la subluxation, une simple *ectopie du cristallin*. On l'observe surtout en haut, et elle augmente avec le temps.

L'affection est bilatérale et symétrique. Le cristallin est ordinairement petit. On a signalé des affections diverses de la zonule, du vitré et des membranes profondes. Le colobome choroïdien, la cœrectopie peuvent coexister. La vision est faible, la myopie et l'astigmatisme sont habituels.

On a attribué les luxations congénitales à des lésions du ligament suspenseur et du vitré. Il s'agit probablement de vice de développement et d'hétérotopie du bourgeon cristallinien (Duval). L'hérédité semble manifeste dans plusieurs cas.

Les luxations congénitales auraient de la tendance à s'accroître progressivement et aboutiraient d'ordinaire à la luxation complète.

**Luxation pathologique.** — Elle a lieu généralement en bas et souvent des deux côtés.

Le vitré est fluctuant, la zonule ramollie ou détruite, l'iris tremblottant; le cristallin, par son propre poids, descend ordinairement derrière l'iris et montre son bord supérieur dans le champ pupillaire, soit à l'éclairage oblique, soit surtout à l'éclairage ophtalmoscopique.

La vision est défectueuse; la polyopie est fréquente à cause de la réfraction inégale des rayons lumineux à travers la

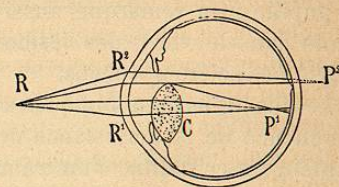


FIG. 37. — Luxation incomplète du cristallin.

C, cristallin subluxé en bas; R, faisceau lumineux; R<sup>1</sup>P<sup>1</sup>, réfraction cristallinienne; R<sup>2</sup>P<sup>2</sup>, réfraction extra-cristallinienne; P<sup>2</sup>, foyer rétinien après réfraction cristallinienne; P<sup>1</sup>, foyer rétinien après réfraction extra-cristallinienne.

partie supérieure de la pupille privée de cristallin et la partie inférieure encore pourvue de la lentille. Si le cristallin était opaque, la vision peut reparaitre, après la luxation, comme dans l'ancienne méthode opératoire d'abaissement; c'est d'ailleurs un mode de guérison spontanée de la cataracte.

On constate, à l'éclairage oblique ou ophtalmoscopique, que la lentille est descendue derrière la pupille et que son bord supérieur forme une courbe grisâtre régulière dans le rouge de la pupille. On remarque aussi fréquemment des corps flottants dans le vitré, des lésions chorio-rétiniennes, des staphylômes scléro-cornéens.

Les luxations pathologiques s'aggravent avec le temps sous l'influence de la persistance des causes initiales, de la pesanteur du cristallin, d'un traumatisme banal, parfois même sans cause appréciable.

Les modifications brusques de la vision, son amélioration notable chez le myope et parfois la cataracte mettent sur la voie du diagnostic. La constatation objective du déplacement cristallinien à l'éclairage oblique ou direct le confirme absolument. On notera aussi la position de la lentille, les conditions visuelles et les lésions profondes concomitantes.

Le cristallin luxé en avant provoque souvent des troubles glaucomateux qui aboutissent à la perte de l'œil. En arrière, il peut être toléré pendant de longues années, mais des accidents glaucomateux sont toujours possibles.

**Luxation traumatique.** — Elle est plus ou moins complète. Ce peut être une simple subluxation. Elle est provoquée par un traumatisme direct ou indirect. Une chute, l'action d'un projectile, un ébranlement violent, chez les sujets prédisposés, en sont la cause habituelle. On l'observe aussi dans l'opération de la cataracte, pendant les manœuvres de kystitomie ou d'extraction.

La luxation se produit brusquement et presque toujours d'un seul côté. Elle se fait dans la chambre antérieure, dans le vitré, ou sous la conjonctive bulbaire. La lentille, en tout cas, est ordinairement sortie de son enveloppe capsulaire

déchirée, mais exceptionnellement celle-ci peut être intacte.

La luxation dans la chambre antérieure a rarement lieu pendant une intervention opératoire. Nous l'avons cependant observée, après une large discision, chez un enfant affecté d'une cataracte zonulaire sclérosée. Un traumatisme important est presque toujours nécessaire pour la produire.

Il est facile de reconnaître cet état, soit directement, soit à l'éclairage oblique, car la lentille, même transparente, a conservé sa forme et sa réfringence; les bords surtout sont nettement perçus. La résorption peut se produire à la longue et spontanément, comme dans notre cas; d'ordinaire, il survient des douleurs, de l'irido-cyclite ou du glaucome qui obligent à pratiquer l'extraction du cristallin.

La luxation dans la chambre postérieure peut aussi avoir lieu pendant la kystitomie ou les manœuvres d'extraction de l'opération de la cataracte, mais surtout à la suite d'un violent traumatisme ou par le fait du ramollissement de la zonule ou du décollement du vitré. C'est un abaissement, un enfoncement, ou un renversement accidentel plus ou moins complet de la lentille.

La diminution de la réfraction, la coloration noire de la pupille, l'absence de reflet capsulaire et des images de Purkinje indiqueront la luxation du cristallin. L'examen ophtalmoscopique fera souvent découvrir, en bas ou latéralement dans le corps vitré, la lentille, tantôt fixe, tantôt un peu mobile. A la longue elle s'altère plus ou moins, mais on l'a rencontrée intacte après de longues années.

Les lésions de la cornée et de l'iris, l'épanchement sanguin rendent parfois le diagnostic difficile.

La luxation sous-conjonctivale est toujours le résultat d'une blessure oculaire avec rupture scléro-cornéenne. Elle se produit en avant des muscles droits et, suivant la violence ou le siège du choc, en haut ou en bas, le plus souvent en haut et en dedans.

Il survient de l'aphakie, un enclavement ou un arrachement irien, et l'on voit, sous la conjonctive, une petite bosselure arrondie du volume et de la forme du cristallin.

Le cristallin a pu être expulsé de l'œil et se trouver dans le cul-de-sac inférieur. Dans les traumatismes excessifs, il a même été, dit-on, projeté à distance.

On reconnaît la luxation à l'aphakie et à la petite saillie sous-conjonctivale; s'il y a des lésions diffuses et une hémorragie abondante, le diagnostic peut rester quelque temps incertain.

Le *traitement* des luxations du cristallin varie suivant leur origine, leur degré, leur siège et leurs complications.

Les *luxations congénitales*, quand elles comportent une vision convenable, n'exigent aucun traitement spécial. L'iridectomie optique devient cependant utile dans certaines luxations, comme la discision ou l'extraction peuvent s'imposer, s'il se produit de l'opacification.

Les *luxations pathologiques*, sans réaction notable et avec vision convenable, seront respectées. Si la vision est trop affaiblie, une iridectomie peut être indiquée. L'abaissement paraît aussi devoir être avantageux, dans les cas de diplopie gênante. L'extraction doit être pratiquée dès que la vision est compromise par de l'opacification, des phénomènes d'irido-choroïdite ou des menaces de glaucome.

Les *luxations traumatiques* dans la chambre antérieure comportent l'extraction du cristallin par une incision pratiquée vers la partie inférieure de la cornée.

Si la luxation se produit dans le vitré pendant l'opération de la cataracte, on doit terminer l'extraction à la curette. Dans la luxation consécutive à un traumatisme accidentel, il vaut mieux s'abstenir de toute intervention quand le cristallin déplacé est toléré; la guérison sera peut-être définitive, comme dans l'ancienne méthode d'abaissement de la cataracte. Si toutefois des phénomènes graves d'irido-cyclite ou de glaucome apparaissent, l'extraction sera aussitôt pratiquée. On a recommandé systématiquement l'extraction totale (Guende), quand il s'agit de cataractes subluxées ou branlantes.

### IX. — Anomalies.

§ 360. On a rencontré quelques irrégularités du cristallin : le colobome (E. Meyer), le lenticone antérieur et même le lenticone postérieur. Des malformations s'observent alors souvent sur d'autres parties du corps ou du globe de l'œil.

Le *colobome* se manifeste sous l'aspect d'une fente triangulaire, siégeant en bas et visible à l'examen ophtalmoscopique comme à l'éclairage oblique.

Dans le *lenticone*, on constate une déformation placée dans le champ pupillaire qui donne des ombres irrégulières semblables à celles du kératocone. Examen fait de la cornée, on n'y trouve rien d'irrégulier. On conclut alors que la déformation siége dans le cristallin, et l'éclairage oblique peut le démontrer. Dans le lenticone antérieur, la partie déformée s'élève quand le regard se porte en haut; dans le lenticone postérieur, l'aspect irrégulier s'observe en bas quand le regard s'élève et inversement.

## CHAPITRE X

### MALADIES DE L'IRIS

#### I. — Blessures.

§ 361. L'iris peut être blessé par des corps contondants, piquants, tranchants, des armes à feu; il est susceptible enfin de présenter des corps étrangers.

Le traumatisme irien en lui-même est bénin. Desmarres d'abord, de Græfe ensuite ont démontré le peu de réaction de l'iris aux sections, aux arrachements, et de Wecker a pu ajouter, en exagérant quelque peu, qu'il n'y a pas d'iritis trau-