

On les observe surtout chez les enfants, dans un œil ou les deux yeux. Sauf exception, ils ne gênent guère la vision et ne comportent aucune intervention. Dans le cas contraire, la rupture des filaments ou une iridectomie optique seraient indiquées.

Le *colobome irien* est caractérisé par une échancrure partielle ou totale de la partie, soit inférieure, soit inféro-interne de l'iris. La pupille est ovalaire ou en trou de serrure, analogue au colobome opératoire de l'iridectomie. Le colobome est ordinairement bilatéral et aussi héréditaire. On a attribué

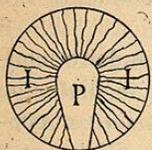


FIG. 41. — Colobome de l'iris.
I, iris; P, pupille colobomateuse.

cette malformation à la fermeture incomplète de la fente choroidienne; on tend aujourd'hui à y voir le résultat de troubles pathologiques intra-utérins.

L'*aniridie* ou *iridémie* congénitale est totale ou partielle et coïncide volontiers avec des troubles oculaires qui ont fait admettre soit un arrêt de développement, soit des états pathologiques divers. Les yeux

sont d'un noir charbonneux, photophobes, amblyopes et souvent astigmates. Des verres teintés, surtout fumés, peuvent être utiles contre le grand jour.

L'*albinisme* est plus ou moins prononcé. Il coïncide d'ordinaire avec la dépigmentation de la peau, des cheveux, des sourcils, des cils et de la choroïde. On voit aisément le fond de l'œil, qui apparaît tout rouge, à travers les mailles iriennes. Il existe une photophobie marquée.

La *mélanose* est irrégulière et plus marquée en certains points, dans un œil que dans l'autre. L'iris peut être bleu d'un côté et marron de l'autre (*hétérochromie*, yeux *vairons*). La mélanose s'observe particulièrement chez les sujets bruns, et coïncide avec une forte pigmentation du fond de l'œil.

Les *anomalies de la pupille* consistent dans son déplacement (*corectopie*) ou dans sa multiplicité (*polycorie*). Elle peut affecter la forme elliptique, ovalaire, etc.

CHAPITRE XI

MALADIES DU CORPS CILIAIRE

Les lésions du corps ciliaire sont rarement isolées. Primitives ou secondaires, elles se relient généralement, d'une part, aux affections de l'iris et, d'autre part, à celles de la choroïde.

Les blessures et les inflammations ciliaires présentent cependant certains caractères assez tranchés pour être étudiées séparément. Quant aux tumeurs et aux anomalies, elles seront traitées avec celles de la choroïde.

I. — Blessures.

§ 373. — Les *contusions* produisent des hémorragies ciliaires et d'un hyphéma plus ou moins abondant et persistant.

Les *plaies* sont variables suivant l'agent vulnérant et les atteintes des autres parties de l'œil. Elles sont toujours graves.

Les *corps étrangers*, éclats de pierre, de fer, d'acier, projectiles, etc., se logent dans le corps ciliaire et provoquent, par leur présence et leur septicité, de graves complications inflammatoires : exsudats, suppuration, atrophie du globe, ophtalmie sympathique.

Le *traitement* est surtout antiphlogistique et antiseptique : glace, sangsues, repos. Des sutures seront parfois utiles, au début, dans certaines plaies ciliaires ou sclérales antérieures.

Les corps étrangers doivent être enlevés à la pince ou à l'électro-aimant. L'évidement serait indiqué dans la panophtalmie, et l'énucléation deviendrait nécessaire s'il survenait de l'irritation ou de l'inflammation sympathique.

Les lésions traumatiques du corps ciliaire se reconnaissent

à leur siège, à la sensibilité de la région correspondante et parfois, après dilatation pupillaire maxima, par l'examen combiné, à l'éclairage oblique, de la loupe et du prisme.

II. — Cyclites.

§ 374. **Généralités.** — La cyclite correspond à l'inflammation du corps ciliaire.

Comme l'iritis, la cyclite est séreuse, plastique ou purulente; elle se rattache au traumatisme et à divers états locaux, irritatifs (corps étrangers, tumeurs), infectieux (plaies) ou généraux (syphilis, goutte, rhumatisme).

La vision diminue assez rapidement et peut même disparaître complètement. De la douleur péri-orbitaire se produit et la région ciliaire devient sensible. Les vaisseaux périkératiques se développent, la chambre antérieure et le vitré se troublent et présentent divers exsudats. La tension oculaire peut augmenter ou diminuer.

L'iritis et la choréïdite se manifestent souvent, durant l'évolution de la cyclite, avec leurs caractères propres habituels.

La cyclite est une affection grave. La résolution est rarement complète, et la vision reste amoindrie. Les formes purulentes et exsudatives sont les plus redoutables. Le glaucome, l'atrophie du globe, l'ophtalmie sympathique en sont parfois la conséquence ultime.

Le traitement est général et local : général, il s'adresse à la cause constitutionnelle et aux symptômes subjectifs ; local, il a pour but la dilatation de la pupille, la diminution de la congestion profonde, la suppression de l'hypertonie, l'issue du pus, l'extraction d'un corps étranger.

§ 375. **Cyclite séreuse.** — La vision se trouble et les douleurs oculaires ou péri-orbitaires sont plus ou moins violentes. L'œil est injecté, surtout autour de la cornée. La chambre antérieure devient louche, car l'humeur aqueuse tient en suspension des particules grisâtres; ces particules

tapissent aussi la membrane de Descemet. L'iris devient terne, dépoli et la pupille irrégulière. A l'ophtalmoscope, les parties antérieures du vitré paraissent troubles. La tension du globe est souvent augmentée, car l'infiltration lymphoïde occupe l'iris, le corps ciliaire, la zonule, les couches antérieures du vitré et gêne l'excrétion oculaire.

L'antipyrine, la morphine, le jaborandi et la pilocarpine, le mercure, l'iodure, l'arsenic, sont indiqués au point de vue général. On prescrira localement des sangsues à la tempe, les injections sous-conjonctivales de sublimé, l'atropine ou, au contraire, la pilocarpine, suivant qu'il y a atrésie pupillaire ou bien qu'il existe des phénomènes glaucomeux. Des paracentèses et au besoin une large iridectomie seront dirigées contre l'hypertonie ou l'atrésie de pupille.

§ 376. **Cyclite exsudative.** — Elle est généralement consécutive à l'iritis et débute par des troubles pupillaires; il s'y ajoute bientôt de fines opacités dans la partie antérieure du vitré; enfin une coloration vineuse, bleuâtre ou ardoisée, se montre vers la partie ciliaire de la sclérotique. La douleur et la vascularisation profondes, à ce niveau, sont très significatives. La diminution de la vision est très marquée et s'accroît au fur et à mesure que les lésions oculaires se développent. La cyclite plastique ne se résorbe qu'incomplètement et peut entraîner la perte d'œil par glaucome ou atrophie. La syphilis reste particulièrement en cause.

L'atropine, les tampons chauds, les injections sous-conjonctivales de sublimé sont indiquées. Les paracentèses et l'iridectomie peuvent être utiles. S'il y a hypotonie, l'expectation est prudente, car toute intervention favoriserait l'atrophie du globe.

§ 377. **Cyclite purulente.** — Elle est caractérisée par la présence du pus dans le champ pupillaire et surtout par l'hypopyon. L'œil est très vascularisé et offre du chémosis. La chambre antérieure paraît trouble, l'iris terne, rouillé, la pupille gris jaunâtre. Le vitré peut être envahi par des exsudats plastiques ou la suppuration. La vision est à peu près

nulle. Les douleurs oculaires et péri-orbitaires sont plus ou moins considérables. La cyclite purulente résulte d'une infection générale et surtout locale. Les contusions, les plaies accidentelles ou opératoires, les corps étrangers, en sont la cause habituelle.

L'œil est gravement compromis. L'atrophie, l'ophtalmie sympathique sont possibles. On peut cependant, par un traitement antiseptique énergique, espérer encore la guérison relative tant que la panophtalmie n'est pas déclarée.

L'antisepsie locale, surtout les injections sous-conjonctivales ou intra-oculaires (1 goutte) de sublimé au millième, la cautérisation ignée sont surtout favorables. Toutefois l'évidement ou l'énucléation deviennent parfois nécessaires.

CHAPITRE XII

MALADIES DE LA CHOROÏDE

I. — Blessures.

§ 378. La choroïde peut être rompue sur une certaine étendue. On constate alors, dès que l'œil devient éclairable, après la résorption du sang ou des exsudats, une *déchirure de la choroïde* allongée plus ou moins vers le pôle postérieur. Il s'agit évidemment de rupture par contre-coup. C'est généralement une fente blanc jaunâtre, puis tout à fait blanche, à concavité du côté de la papille, large au centre, effilée aux extrémités. Elle est irrégulière, comme branchée et bordée de pigment. Les vaisseaux rétinienens restent intacts. La réaction est parfois vive mais n'entraîne pas toujours la perte de la vision.

Les lésions traumatiques de la choroïde sont indiquées par les troubles du vitré et, plus tard, par l'examen ophtalmoscopique. L'aspect blanc et opaque des cicatrices, leur siège, l'intégrité des vaisseaux rétinienens sont assez caractéristiques.

II. — Choroïdites.

§ 379. **Généralités.** — Les lésions inflammatoires diverses se cantonnent rarement dans la choroïde. Elles se propagent aux parties voisines qui lui sont unies par des liens d'origine, comme l'iris et le corps ciliaire, ou par des rapports de nutrition et de contiguïté, comme la rétine et la sclérotique. Les irido ou cyclo-choroïdites, les scléro-choroïdites, les chorio-rétinites présentent des signes d'iritis, de cyclite, de sclérite, de rétinite. Dans certains cas cependant, on peut établir les caractères propres de la choroïdite, et dans beaucoup, ils sont nettement prédominants.

Les choroïdites surviennent à la suite de maladies générales infectieuses ou diathésiques, de plaies opératoires ou accidentelles, par propagation d'altérations de voisinage. Elles sont la cause de troubles visuels plus ou moins sérieux, de lésions ophtalmoscopiques caractéristiques.

Elles deviennent généralement graves.

On peut distinguer diverses formes de choroïdites suivant qu'on les rattache à leur cause, ou à leurs lésions anatomiques. Nous étudierons les choroïdites séreuse, exsudative, atrophique et purulente.

§ 380. **Choroïdite séreuse.** — Elle s'observe en même temps que l'iritis séreuse, et représente une localisation de l'inflammation lymphangitique de l'œil.

On constate un trouble du vitré limité à sa partie antérieure ou l'envahissant en totalité et coïncidant en avant avec un fin pointillé sur la membrane de Descemet, de l'injection périkeratique, de l'iritis. Il existe alors de la douleur péri-orbitaire et des troubles visuels importants. La tension oculaire est souvent supérieure à la normale. Parfois l'inflammation séreuse s'exagère et aboutit à la formation d'exsudats multiples qui conduisent à l'irido-choroïdite plastique ou purulente.