

perforée et la cavité orbitaire envahie. Le globe paraît alors comme enchâssé au milieu des tissus infiltrés.

La masse purulente intra-oculaire est membraneuse, bourbillonneuse, adhérente par de nombreux tractus aux parois oculaires. Quand on incise l'œil, elle ne s'écoule pas ; son extraction exige l'emploi des pinces ou de la curette. On y trouve les microbes ordinaires de la suppuration, staphylocoques et streptocoques.

La panophtalmie traumatique résulte d'une plaie opératoire par sclérotomie, iridectomie, extraction de cataracte, et apparaît rapidement en deux ou trois jours ; c'est aujourd'hui exceptionnel. Elle peut être provoquée par une plaie accidentelle ou la pénétration d'un corps étranger.

La panophtalmie parfois est tardive et reste des semaines, des mois et même des années à se produire. L'un de nous a cité des cas remontant à cinq ou six ans. Les enclavements iriens, les leucomes adhérents, les staphylômes, les corps étrangers peuvent la provoquer.

On admet généralement, avec Leber et Vagenmann, l'origine ectogène. Les éraillures épithéliales, la distension glaucomeuse, les tiraillements iriens entraîneraient de petites fissures par lesquelles se produirait l'infection microbienne.

Panas croit à la possibilité d'une infection endogène. On peut enfin admettre le séjour prolongé des microbes dans l'œil altéré, puis leur reviviscence pyogène sous des influences générales ou locales diverses. Il y aurait là, comme ailleurs, un microbisme latent qui suffirait à provoquer la suppuration. Nous avons surtout observé la panophtalmie tardive dans les leucomes adhérents traumatiques. Pourquoi les microbes pyogènes ne seraient-ils pas restés enclavés dans les cicatrices depuis l'accident primitif ?

Tout en considérant l'origine ectogène comme habituelle, il ne faut donc pas nier la cause interne ni le microbisme latent.

L'état général joue un certain rôle, car le lymphatisme, le diabète, l'albuminurie, l'alcoolisme, les maladies générales, ont une influence incontestable sur le terrain microbien.

Pour éviter l'infection externe, Kuhnt, Meyer, recouvrent les cicatrices irido-cornéennes d'un manteau protecteur conjonctival. La cautérisation ignée rend aussi des services contre les petites hernies de l'iris ou les infiltrations de la cornée. Les injections sous-conjonctivales de sublimé constituent le meilleur moyen que nous possédions pour enrayer la marche de la panophtalmie.

Le traitement médical comporte les calmants, les sangsues, le calomel, l'onguent napolitain, la glace, les irrigations détersives ; mais il est palliatif et insuffisant.

Le traitement chirurgical comprend des incisions, le curage, l'éviscération, l'évidement et l'énucléation.

Les incisions à travers la cornée ou la sclérotique débrident évidemment le phlegmon oculaire et soulagent le patient, mais leur action est généralement passagère. Le pus panophtalmique est épais, membraneux, retenu par de nombreux tractus dans la cavité de l'œil et en sort mal, peu ou pas. Les injections mêmes sont trop souvent impuissantes à produire une détersion efficace. La douleur revient bientôt, et le phlegmon reprend une intensité plus ou moins grande. Les incisions sont donc utiles, mais insuffisantes, et ne seront pratiquées que dans les cas où une intervention plus large sera repoussée par le malade.

Le curage de l'œil, après incision large de la cornée et la dissection pupillaire, est vanté par Chibret ; il injecte fortement le long des parois intra-oculaires un liquide antiseptique de manière à détacher et à entraîner mécaniquement le vitré purulent. L'ouverture est ici trop étroite, le pus trop membraneux et l'évacuation reste incomplète.

L'énucléation paraît plus efficace et plus rationnelle. Elle va droit au but et guérit radicalement en supprimant l'organe malade. L'œil panophtalmique enlevé, les tissus péri-oculaires sont débridés et désinfectés, la guérison est pour ainsi dire immédiate et définitive. L'énucléation est une excellente opération ; malgré quelques cas de mort, chose rare après tout, elle représenterait l'opération de choix dans la pan-

ophtalmie spontanée, traumatique et opératoire. Il répugne cependant au chirurgien d'enlever un œil qu'il a lui-même soigné pour ophtalmie purulente, pour traumatisme, ou opéré de la cataracte; quelques malades également se refusent à cette intervention; enfin, dans certains cas, la prothèse future peut paraître insuffisante. Nous réservons l'opération aux cas où la suppuration a envahi la cavité de l'orbite.

L'*éviscération* d'A. Græfe est une sorte de moyen terme entre l'incision simple et l'énucléation. Elle évite une mutilation, conserve un large moignon très favorable à la prothèse et constitue, pour les imaginatifs, comme un œil moral. C'est une bonne opération, mais une opération douloureuse, à réaction violente et, appliquée dans toute sa rigueur, généralement excessive.

L'*évidement* est une éviscération modifiée. Il a sur elle l'avantage d'être beaucoup moins douloureux, de dispenser de l'anesthésie générale, de provoquer une réaction faible, et de constituer une intervention extemporanée.

On pourrait craindre que les membranes internes de l'œil, n'étant pas détachées de la face interne scléroticale, soient la source d'une suppuration prolongée et d'une infection générale ou sympathique. Il n'en est rien; la guérison est complète en 10 à 15 jours et on ne voit guère des yeux suppurés produire une inflammation quelconque du congénère. Le résultat prothétique est supérieur à celui de l'énucléation et donne une grande mobilité à l'œil artificiel (Truc).

On pratiquera l'évidement toutes les fois que la suppuration aura envahi le vitré et que la perte de l'organe sera irrémédiable. Si l'on intervenait trop tardivement, alors que les tissus péri-oculaires sont envahis par le pus et que l'inflammation orbitaire est considérable, peut-être vaudrait-il mieux l'énucléation.

Les injections et le curage sont donc insuffisants; l'évidement convient aux suppurations totales exclusivement intra-oculaires; l'énucléation est préférable si l'inflammation suppurative est à la fois intra et extra-oculaire. Au point de vue

de la prothèse et du moral des patients, l'évidement paraît toujours supérieur à l'énucléation.

III. — Tumeurs.

§ 384. — Les tumeurs de la choroïde sont le tubercule, l'angiome, le myome, le sarcome, le carcinome et l'adénome.

La *tuberculose* choroïdienne se rencontre, comme sur l'iris, sous forme disséminée ou solitaire.

Dans la forme *disséminée*, on observe de petites élevures blanc ou jaune rougeâtre, plus ou moins confluentes et nombreuses. Leur développement est assez rapide, leur structure correspond à celle des nodules tuberculeux. Il existe de la tuberculose miliaire dans d'autres organes. Les troubles visuels sont en rapport avec l'étendue et le siège des lésions. Vu le mauvais état général diathésique, l'expectation est la règle, la douleur seule légitimerait l'énucléation.

La forme *solitaire* est moins caractéristique. Le tubercule est gris clair et assez volumineux. Il se constitue par l'agglomération de plusieurs follicules et coïncide aussi avec des tubercules dans divers organes. La vision est peu troublée. L'affection, insidieuse, doit être recherchée à l'ophtalmoscope.

La tuberculose choroïdienne se propage du côté du corps ciliaire et de l'iris ou dans le sens des nerfs optiques et des méninges, exceptionnellement vers l'œil opposé.

A la longue, la fonte purulente des tubercules produit de l'hypopyon; le globe oculaire se perforé et des douleurs violentes apparaissent.

La tuberculose choroïdienne, au point de vue vital, est une affection grave, car elle représente une simple manifestation de la tuberculose générale. Au point de vue oculaire, elle entraîne la perte de l'organe.

L'*angiome*, le *myome* sont des raretés anatomo-cliniques.

Le *sarcome* est relativement fréquent: 1 sur 2 000 malades environ. On l'observe à tout âge, mais surtout chez l'adulte et le vieillard. Il reste unilatéral. Le traumatisme a été invoqué

sans cause certaine et l'hérédité parfois constatée. D'après les travaux de Fuchs et ceux plus récents de Lagrange, il s'agit ordinairement de sarcome mélanique. Le leuco-sarcome est beaucoup plus rare : 1 sur 10.

Le *mélano-sarcome* est constitué par des cellules embryonnaires et du pigment. Les vaisseaux sont plus ou moins abondants. On le rencontre dans toutes les parties de l'œil, mais plus souvent dans le tractus uvéal. Ses allures sont assez rapides. La propagation se fait à l'intérieur ou à l'extérieur par les vaisseaux et les nerfs. C'est la forme la plus redoutable, celle dont la généralisation est particulièrement à craindre.

Le *leuco-sarcome* est à cellules rondes ou fusiformes, à vascularisation variable. Il prend naissance surtout dans les parties antérieures ou postérieures de la choroïde. Le sarcome à cellules rondes est plus malin que le sarcome à cellules fusiformes. Le premier, en effet, se développe rapidement, envahit l'orbite et récidive très facilement. On l'observe de préférence chez les jeunes sujets.

Les sarcomes deviennent parfois fibreux, vasculaires, et subissent des transformations muqueuses, calcaires ou osseuses.

Le sarcome, au début, est insidieux. On le rencontre par hasard ou à la suite de troubles amblyopiques. On constate alors une tumeur noirâtre, du volume d'un pois, d'un haricot, qui provoque un soulèvement, un *décollement* de la rétine. Dans la suite, après plusieurs mois, surtout chez l'adulte et le vieillard, l'œil rougit, devient douloureux, glaucomateux. L'hypertonie peut faire défaut chez les enfants. Plus tard encore, le globe oculaire se bosselle, se perforé, une tumeur grisâtre, gris noirâtre, envahit les paupières, l'orbite devient fongueuse et saignante. Les masses sarcomateuses peuvent devenir énormes et donner aux patients un aspect horrible. Enfin, si l'on n'intervient pas, la généralisation néoplasique dans le cerveau ou le foie conduit le patient au marasme et à la mort; celle-ci se produit par propagation directe ou par embolie.

Le sarcome se reconnaît au début soit à l'ophtalmoscope seul, soit par le décollement, l'irido-cyclite ou le glaucome

qu'il provoque. On doit donc se méfier des décollements en dehors de la myopie, chez les adultes, comme du glaucome chez les jeunes sujets. On distingue la tumeur sarcomateuse d'un décollement simple de la rétine à sa vascularisation spéciale anastomotique, très différente de la vascularisation branchée de la rétine; ce caractère est pathognomonique.

Le leuco-sarcome est plus pâle que le mélanosarcome et d'ailleurs beaucoup plus rare. L'examen microscopique seul toutefois établira la véritable nature, la variété et les particularités vasculaires ou dégénératives de la tumeur.

Le pronostic oculaire est fatal et le pronostic somatique, grave. Le mélanosarcome se généralise volontiers. Le leuco-sarcome globulaire est plus fâcheux que le fusiforme. L'énucléation hâtive constitue le seul traitement. Le nerf optique et ses gaines étant envahis de bonne heure dans les formes mélaniques et globo-cellulaires, l'évidement de l'orbite sera généralement indiqué (Lagrange).

Le *cancer métastatique* de la choroïde a été plusieurs fois constaté, même dans les deux yeux. On l'a surtout observé à la suite d'épithéliome, de carcinome ou d'adénome (Gayet) du sein. Il s'agit probablement d'embolies, ce qui explique sa prédilection pour la choroïde, très vasculaire. L'expectation, sauf douleurs excessives, doit être la règle.

IV. — Anomalies.

§ 385. Elles comprennent l'albinisme et le colobome.

L'*albinisme* est constitué par la non-pigmentation des cellules choroïdiennes; il est plus ou moins complet et coïncide généralement avec des troubles analogues de toutes les autres parties de l'œil, iris ou rétine, des téguments et des poils. Les vaisseaux choroïdiens anastomosés sont alors nettement visibles en arrière des vaisseaux de la rétine. Il y a de la photophobie (héliophobie), que l'on peut atténuer par des conserves fumées.

Le *colobome* est constitué par une plaque blanchâtre, d'aspect tendineux, de dimensions variables, à forme ovale, triangulaire, bordée de pigment, située en bas et en dedans entre le nerf optique et le corps ciliaire. Des colobomes de l'iris, de la macula, du nerf optique, d'autres anomalies, coexistent souvent. On note parfois de la microphthalmie.

L'amblyopie, les scotomes, le nystagmus sont habituels.

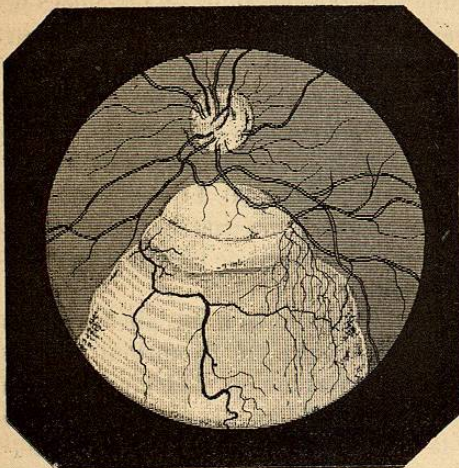


FIG. 44. — Colobome de la choroïde.
Large plaque inférieure triangulaire
et vascularisée.

les classiques, de l'occlusion incomplète de la fente choroïdienne. Les deux bords de la gouttière primitive ne se soudent pas et un mince tissu conjonctif représente seul la rétine et la choroïde. Les extrémités de la gouttière se réunissant les dernières, les colobomes optiques et iriens peuvent se produire plus longtemps et sont en effet plus fréquents que ceux de la choroïde. On est porté aujourd'hui à voir, dans les colobomes, des restes d'affections oculaires intra-utérines. Ces deux opinions ne sont pas d'ailleurs absolument contradictoires.

Les phénomènes visuels dépendent de l'étendue du colobome, des lésions rétiniennes, des troubles cérébraux.

Dans le colobome choroïdien, il existe de la dépression sclérale et une absence totale de la choroïde et de la rétine; on y a toutefois démontré des vestiges rétiniens.

Le colobome résulte, d'après

CHAPITRE XIII

MALADIES DU VITRÉ

I. — Blessures.

§ 386. Elles comprennent les contusions ou des plaies par instruments piquants, tranchants, contondants, et par armes à feu, avec ou sans corps étrangers.

Dans les contusions simples, il survient des hémorragies plus ou moins abondantes, venant des membranes uvéales ou rétiniennes. Le sang trouble la vue, mais peut facilement se résorber. Il persiste quelque temps des exsudats filamenteux ou membraneux qui gênent la vision. Des lésions diverses peuvent coexister.

Les plaies larges entraînent une perte variable de vitré; les plaies étroites, peu ou pas; mais l'infection est possible et provoque alors des accidents plus ou moins graves.

L'écoulement de vitré n'est par lui-même fâcheux que s'il devient abondant. Une perte minime reste sans importance; l'issue du tiers ou de la moitié de la masse totale entraîne généralement une atrophie du globe.

Les *corps étrangers* sont très variables dans leur nature, leurs dimensions, leur siège, leur septicité. L'hémorragie traumatique les masque au début; plus tard, si la transparence oculaire reparait, on les reconnaît à l'éclairage simple ou ophtalmoscopique. On peut aussi préjuger de leur volume, de leur forme ou de leur siège par les commémoratifs, l'examen de la plaie, les phénomènes réactionnels. Quand il s'agit de corps magnétiques, l'emploi de l'électro-aimant sait démontrer leur présence dans l'œil; en approchant l'aimant du globe, le corps étranger est attiré, se déplace et provoque de vives douleurs. L'extraction avec l'électro-aimant doit être toujours tentée, pour le fer et l'acier, soit par la plaie traumatique, soit à travers une incision cornéenne ou sclérale.