

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.

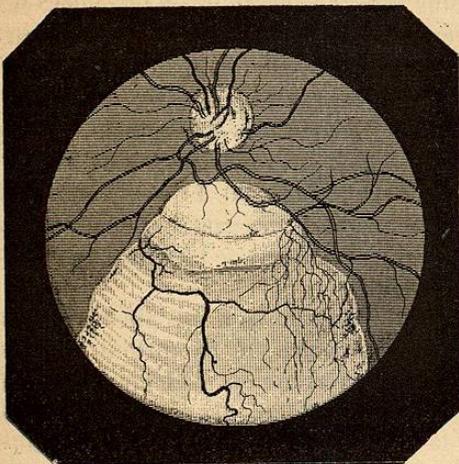


FIG. 44. — Colobome de la choroïde.  
Large plaque inférieure triangulaire  
et vascularisée.

Les phénomènes visuels dépendent de l'étendue du colobome, des lésions rétinienne, 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 rétinien.

Le colobome résulte, d'après 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.

## 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 rétinienne. 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.

Les résultats publiés dans ces dernières années, les statistiques de Hildebrand et Hirschberg démontrent l'utilité de cette pratique. Il est avantageux d'agir de bonne heure car on conserve généralement l'œil et même, dans un tiers ou un quart des cas, une vision plus ou moins convenable.

Pour tous les autres corps étrangers, l'extraction n'est utile que s'il y a réaction notable, ou si l'opération n'est pas trop risquée. Le cuivre est particulièrement dangereux.

L'extraction étant impossible ou nuisible, l'œil irrité, les phénomènes sympathiques se trouvant déclarés ou imminents, on doit procéder à l'énucléation de l'œil.

Les *entozoaires*, le *cysticerque celluleux* surtout, agissent comme corps étrangers. On les reconnaît, au début, à l'ophtalmoscope et on peut les extraire avec des pinces, des crochets, à travers une incision scléroticale méridienne.

## II. — Inflammations.

§ 387. **Hyalites.** — Les inflammations ont peu de prise sur le vitré, en raison de sa structure spéciale et de sa nutrition chorio-rétinienne. Elles sont d'ordinaire consécutives à celles du tractus uvéal ou de la rétine. Certaines irritations directes cependant occasionnent, dans le vitré, la formation de cellules lymphoïdes et peut-être provoquent le retour à l'état embryonnaire des cellules normales.

L'inflammation du vitré est plastique, suppurative, hémorragique et caractérisée objectivement par des corps flottants et du synchisis.

L'*hyalite plastique* est constituée par des filaments épais, des membranes larges, grisâtres, qui occupent la masse vitrée, se rétractent et entraînent des altérations des membranes profondes. Les plaies, les corps étrangers, certaines hémorragies spontanées provoquent cette affection. La régression est possible, mais seulement dans les formes bénignes. Traitement par les mydriatiques, la chaleur, la pilocarpine, etc.

L'*hyalite suppurée* est primitive et traumatique, ou secon-

daire et consécutive à une infection tardive par pénétration de microbes à travers un leucome adhérent. Il en résulte une atrophie ou la perforation du globe. L'évidement ou l'énucléation deviennent généralement nécessaires.

L'*hyalite hémorragique* correspond simplement aux hémorragies traumatiques et spontanées qui se produisent dans le vitré, se résorbent ensuite ou s'y organisent en flocons et membranes épaisses. Traitement général, pilocarpine.

§ 388. **Opacités.** — Elles constituent la mydopsie ou myodésopsie (μυωδής, semblable aux mouches, ὄψις, vue). Ce sont les mouches volantes produites par des exsudats divers et résultant de l'inflammation des membranes oculaires profondes. On a d'abord cru qu'elles siégeaient dans l'humeur aqueuse ou le cristallin, puis enfin on les a localisées dans le vitré. Ce sont des poussières, des filaments, des membranes.

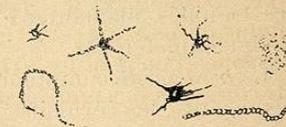


FIG. 45. — Opacités du vitré; filaments et poussières.

Les *poussières* représentent de fins corpuscules agglomérés, siégeant dans les parties antérieures ou postérieures du vitré. Troubles, elles gênent beaucoup la vision et donnent à l'humeur vitrée l'aspect jumentoux (Desmarres), c'est-à-dire celui de l'urine trouble des herbivores. On les observe surtout dans les choroidites syphilitiques.

Les *filaments* rappellent des bâtonnets, des corps allongés, branchés, irréguliers qui se tassent, s'enchevêtrent et altèrent plus ou moins la vision.

Les *membranes* forment des placards flottants plissés, comme des loques en mouvement, ou encore d'épaisses toiles d'araignée. Elles traversent l'œil en diverses directions et sont accompagnées de filaments, de poussières.

Les opacités du vitré se manifestent au patient sur un fond clair et gênent la perception des objets; elles s'interposent toujours entre eux et lui. On les constate parfois directement avec le miroir ophtalmoscopique plan ou concave. On peut

mieux encore les examiner par l'observation directe avec un fort verre convexe derrière le miroir. Quand le trouble oculaire est excessif, il devient avantageux de pratiquer l'examen après un repos oculaire prolongé.

Quelles que soient leur forme ou leur mobilité, les corps flottants sont constitués par des exsudats. Iritis, iridochoroïdites, rétino-choroïdites, névrites, hémorragies dans la syphilis, la cataracte, la myopie en sont la cause habituelle.

Une fois produits, les corps flottants disparaissent lentement ou persistent; néanmoins les exsudats consécutifs aux épanchements sanguins se résorbent assez rapidement.

Les troubles jumenteux guérissent mieux et plus vite que les troubles filamenteux; les membranes ne se résorbent qu'incomplètement.

Le traitement comprend les diurétiques, les sudorifiques, les laxatifs, les révulsifs, les myotiques ou les mydriatiques alternativement, enfin, le repos fonctionnel.

Les courants continus et faradiques, de courte durée et de faible intensité, ont donné de bons résultats.

La division ou l'ablation des larges membranes a été indiquée, mais ce sont là des moyens peu favorables.

§ 389. **Synchisis.** — Le synchisis — σύνχυσις, confusion — correspond au ramollissement du vitré et paraît consécutif aux inflammations des membranes profondes, choroïdites ou rétinites. Des corps flottants existent toujours et présentent une grande mobilité. Si le vitré sort de l'œil à la suite d'une opération ou d'un traumatisme, il est fluide, presque aqueux.

On attribuait autrefois au synchisis le tremblotement irien ou iridonésis, l'hypotonie, etc. Il n'y a, entre ces divers états, aucun rapport habituel.

On rencontre parfois, dans le vitré ramolli, des corps brillants, miroitants qui caractérisent l'affection connue sous le nom de *synchisis étincelant*. Elle s'observe surtout à la suite d'altérations graves du fond de l'œil, mais elle peut coïncider avec une acuité normale et une intégrité parfaite des membranes profondes. On y a constaté des cristaux de cho-

lestérine et de la tyrosine (Poncet). Les éléments pigmentés de la rétine et de la choroïde en seraient la source. On en trouve dans la chambre antérieure et le vitré. Panas, dans le synchisis produit chez les lapins par la naphthaline, a observé les lésions initiales sur la rétine.

Le vitré contient plus ou moins de paillettes brillantes et mobiles. On les découvre, en avant, à l'éclairage oblique, et, en arrière, à l'éclairage direct, avec l'ophtalmoscope pourvu d'un verre convexe de 15 à 20 dioptries.

Le synchisis n'est guère modifiable par les agents thérapeutiques. Traitement symptomatique.

**Décollement du vitré.** — Soit que le vitré se rétracte, soit que les membranes oculaires se distendent, soit enfin que des hydropisies partielles surviennent, le décollement se produit quelquefois. Il existe surtout en avant ou en arrière et s'observe après les blessures, les corps étrangers, les hyalites plastiques. On a fait jouer un rôle très considérable à la rétraction du vitré dans la pathogénie de certains décollements de la rétine.

### III. — Anomalies congénitales.

§ 390. Les anomalies congénitales du vitré sont le colobome et la persistance de l'artère hyaloïdienne.

Le *colobome* est exceptionnel et coïncide presque toujours avec le colobome de l'iris ou de la choroïde. On constate, en bas du vitré, une cloison blanchâtre correspondant à l'ancienne gouttière ou fente choroïdienne.

La *persistance de l'artère hyaloïdienne* est rare. Les cataractes congénitales la masquent habituellement et la font peut-être souvent méconnaître. Elle est caractérisée par un filament grisâtre qui part du centre de la papille et aboutit au pôle postérieur du cristallin ou reste flottant dans le vitré. La gaine lymphatique de cette artère, ou canal de Cloquet, peut aussi coexister.

Dans la *persistance du canal de Cloquet*, il existerait une di-

latation ampullaire au niveau de la papille et des filaments flottants dans le vitré.

Il s'agit dans tous les cas, de vestiges de l'artère et de la gaine vasculaire qui, chez le fœtus, vont de la papille optique à l'appareil cristallin et à la pupille, à travers le vitré.

## CHAPITRE XIV

### OPHTALMIE SYMPATHIQUE

§ 391. On appelle ainsi une irritation développée dans un œil dit *sympathisé* sous l'influence des lésions du congénère dit *sympathisant*.

Elle a été décrite d'abord par Demours, quoique connue antérieurement, mais désignée sous le nom d'ophtalmie sympathique par Mackensie.

Depuis cette époque, les recherches, qui ont surtout porté sur la pathogénie et le traitement, se sont multipliées.

L'ophtalmie sympathique est relativement rare : 1 cas sur 500. C'est une affection généralement constituée par de l'irido-cyclite ou de l'irido-choroïdite. Toutefois elle peut se manifester par l'inflammation ou l'irritation fonctionnelle de diverses parties de l'œil. Le tableau suivant, emprunté à Galezowski, est très compréhensif.

LÉSIONS SYMPATHIQUES. — *Forme commune* : irido-cyclite ; *formes rares* : conjonctivite, kératite, iritis, rétinite ou chorio-rétinite, névrite optique et atrophie papillaire, décollement de la rétine, glaucome.

NÉVROSES SYMPATHIQUES. — *Troubles de sécrétion* : larmolement ; *troubles de mouvement*, blépharospasme ; *troubles d'accommodation* : parésie, spasme accommodateur, asthénopie ; *troubles de la sensibilité rétinienne* : amblyopie, rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie, photopsies ; *troubles névralgiques* : photophobie, névralgie des nerfs ciliaires et du trijumeau ; *accidents cérébraux* : attaques d'épilepsie.

Les lésions anatomiques correspondent à l'*inflammation sympathique*, tandis que les troubles fonctionnels se rapportent plutôt à l'*irritation sympathique*. Cette distinction présente une certaine importance thérapeutique.

**Symptômes.** — Au point de vue clinique, il faut distinguer trois formes principales : séreuse, plastique, névrosique.

1<sup>o</sup> *Forme séreuse.* — Elle correspond à l'iritis, l'irido-cyclite et l'irido-chloroïde séreuses. On note de la rougeur périkératique diffuse, des troubles de l'humeur aqueuse et du vitré avec un dépôt piqueté à la face postérieure de la cornée, parfois un léger épanchement grisâtre. L'iris est terne, la pupille paresseuse et dilatée. Il existe souvent de l'hypertonie.

La vision est très affaiblie, mais une amélioration peut se produire graduellement.

2<sup>o</sup> *Forme plastique.* — C'est l'iritis, l'irido-cyclite et l'irido-choroïdite plastiques. L'inflammation oculaire est vive, le cercle périkératique très marqué. L'iris paraît dépoli, le bord pupillaire rouillé, irrégulier ; la pupille est occupée par des fausses membranes épaisses qui la font largement adhérer à la cristalloïde antérieure. Les milieux profonds de l'œil restent inéclairables à l'ophtalmoscope.

Les troubles subjectifs sont considérables, les douleurs parfois vives et la vision devient bientôt nulle. L'inflammation peut cependant s'arrêter avant la destruction de l'œil et permettre ultérieurement, par régression partielle, une certaine vision.

3<sup>o</sup> *Forme névrosique.* — On n'observe ici aucune lésion anatomique mais seulement des troubles fonctionnels : amblyopie, larmolement, asthénopie, etc. Quelle que soit sa forme, l'ophtalmie sympathique ne débute pas brutalement ; elle s'annonce volontiers par des prodromes plus ou moins marqués, de la photophobie, du larmolement, de la lourdeur, parfois un peu de douleur oculaire. Cette *irritation* sympathique peut persister telle quelle pendant des années. On voit des malades porteurs d'anciens moignons atrophiques ou de leucomes adhérents, avec ou sans atrophie cornéenne, pré-