

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-

senter, pendant des années, seulement un excès de sensibilité à la lumière et du larmolement.

S'il arrive que la sympathie se manifeste d'emblée par les symptômes habituels de l'inflammation irienne, irido-cyclique, irido-choroïdienne ou même chorio-rétinienne, on constate alors les divers phénomènes de l'iritis ou de l'irido-choroïdite séreuse ou plastique : cercle périkératique, exsudats pupillaires, sensibilité oculaire, douleurs péri-orbitaires, troubles des milieux, affaiblissement, abolition de la vision.

On note tous les degrés, de la simple poussée irienne à l'occlusion pupillaire complète, depuis la diminution visuelle légère jusqu'à l'amaurose absolue. Il peut se produire une ou plusieurs poussées inflammatoires ; si, même, un traitement radical n'est pas appliqué, on observe des poussées successives et de l'atrophie de l'œil sympathisé.

**Étiologie.** — L'ophtalmie sympathique est généralement consécutive à une irido-cyclite traumatique, accidentelle ou opératoire, avec ou sans corps étranger. Elle survient à des époques variées. D'ordinaire, elle se montre à la période inflammatoire de l'œil primitivement affecté et cette période inflammatoire peut survenir plus ou moins longtemps après la première atteinte. On voit des yeux blessés, enflammés, atrophiés, subir des poussées irritatives tardives après un calme prolongé et provoquer de la sympathie. Enfin l'œil sympathisant peut avoir encore une certaine valeur visuelle et même la conserver, alors que, par son action morbide, l'œil sympathisé sera devenu complètement aveugle.

On a remarqué que les yeux foncièrement détruits sont peu dangereux pour leurs congénères. Un œil panophtalme provoque rarement de la sympathie ; il en est de même pour les atrophies considérables, à moins que des incrustations calcaires ou des productions osseuses n'y existent.

Les atrophies du segment antérieur sont, aussi, peu sympathisantes. Par contre, les enclavements iriens, les plaies scléro-cornéennes profondes, ciliaires, surtout les corps étrangers septiques provoquent fréquemment l'ophtalmie sympathique.

**Pathogénie.** — Plusieurs théories ont été émises pour l'interprétation des phénomènes de l'ophtalmie sympathique : théories optique, ciliaire, parasitaire.

1° Mackensie pensait que l'inflammation, partie de l'œil sympathisant, suivait, pour aboutir à l'autre œil, le nerf optique et le chiasma. On abandonna ultérieurement cette hypothèse en remarquant que l'inflammation sympathique ne revêt pas toujours la forme d'une névrite ou d'une neurorétinite ;

2° Plus tard, avec Donders, les nerfs ciliaires, nombreux dans le tractus uvéal, très nombreux dans sa partie antérieure dont les lésions sont si souvent cause de sympathie, furent accusés ; les ciliaires des deux yeux n'étant pas en rapport immédiat, on admettait une voie réflexe ;

3° Les vaisseaux sanguins étaient également mis en cause mais sans démonstration suffisante. Les espaces lymphatiques, allant manifestement d'un œil à l'autre, furent surtout incriminés ;

4° L'infection fut indiquée par Snellen, puis défendue par Deutschmann. Ce dernier a fait une série d'expériences qui l'on amené à conclure que l'ophtalmie sympathique est infectieuse et provoquée par le transfert de germes d'un œil à l'autre, à travers les espaces lymphatiques qui entourent le nerf optique. Il surviendrait ainsi, dans l'œil sympathisé, une lymphangite dont la source se trouverait dans l'œil sympathisant. Il s'agirait d'une véritable ophtalmie par migration de germes à travers les voies lymphatiques ; Deutschman l'appelle *ophtalmie migratrice*. Malheureusement, les recherches de cet auteur ne se sont pas confirmées, au contraire. On ne constate pas, en effet, dans le second œil, les microbes injectés dans le premier et on ne produit pas d'ophtalmie sympathique par ce moyen. Non seulement on ne trouve pas de microbes, mais encore l'absence de fièvre fait penser que leurs produits de sécrétion ne sont pas plus qu'eux-mêmes la cause de cette redoutable affection.

L'infection pourrait d'ailleurs être transmise d'un œil à l'autre par les vaisseaux, les nerfs ciliaires et optiques aussi

bien que par les espaces lymphatiques. Mais, quoique probable, elle n'est pas encore suffisamment démontrée.

**Pronostic.** — L'ophtalmie sympathique est une affection d'une extrême gravité puisqu'elle peut entraîner la cécité complète. Cependant, une guérison absolue ou relative est souvent obtenue par un traitement hâtif. On peut dire, en outre, que le pronostic dépend de la forme même de l'ophtalmie sympathique. Il est favorable dans la simple irritation névrosique, assez bon dans l'iritis séreuse, et détestable dans l'irido-choroïdite plastique.

**Diagnostic.** — L'ophtalmie sympathique ne présente véritablement aucun caractère typique, *sui generis*; en attendant un critérium microbien, il s'agit donc d'un simple diagnostic de probabilité. On songera cependant à cette affection quand, après lésion d'un œil, l'autre œil présente des phénomènes irritatifs : larmolement, photophobie, amblyopie, etc. On l'admet quand elle entraîne de la rougeur, des exsudats irido-choroïdiens et une diminution extrême de la vision; enfin on doit la prévoir en présence d'une plaie irido-ciliaire, d'un corps étranger, etc. La forme irritative sera aisément distinguée, à l'examen direct, de la forme séreuse ou plastique.

**Traitement.** — Le traitement est médical ou chirurgical. Médical, il est constitué par le mercure en frictions, le calomel, les sangsues, les instillations intra-oculaires de sublimé (Abadie). Le malade sera maintenu dans l'obscurité ou mieux l'œil couvert d'un bandeau noir. Chirurgical, il comprend l'énucléation, la névrotomie optico-ciliaire, l'éviscération. La névrotomie et l'éviscération ne sont pas suffisantes; l'énucléation, jusqu'à nouvel ordre, doit être préférée.

On énucléera si l'œil atteint est détruit ou menace le congénère, s'il y a des corps étrangers qu'on ne puisse extraire, s'il y a irritation ou inflammation sympathiques.

Quand la sympathie est déclarée, il faut énucléer l'œil sympathisant et traiter médicalement, comme il est indiqué plus haut, l'œil sympathisé. A ce moment toutefois, il est déjà

bien tard, car non seulement l'inflammation sympathique n'est pas toujours enrayée, mais encore on peut la voir s'aggraver.

## CHAPITRE XV

### GLAUCOME

§ 392. On désigne sous le nom de glaucome une affection complexe dont le phénomène primordial est l'augmentation de la tension intra-oculaire.

L'état glaucomateux survient sans lésion oculaire antérieure apparente et constitue le *glaucome primitif*, appelé simplement glaucome; ou bien il est consécutif à une lésion oculaire antérieure et forme le *glaucome secondaire*.

Le glaucome primitif est aigu, subaigu, irritatif ou chronique; il présente souvent des *prodromes*; enfin il aboutit à la perte totale de la vision, *glaucome absolu*, et parfois à la *dégénérescence glaucomateuse* du globe.

Les anciens pensaient que le glaucome siégeait dans le cristallin. Brisseau en fit une lésion du vitré et Wenzel une maladie de la rétine et du nerf optique; Sichel père, d'après Cannstadt et Chelius, croyait à de la choroïdite. Cette dernière idée n'est pas encore tout à fait abandonnée.

Weller nota le premier l'hypertonie. Avec l'ophtalmoscope, les notions sur le glaucome se développèrent. Jæger puis de Græfe admirent toutefois que la papille était bombée, mais à la suite des recherches de Færster, de Weber, H. Müller et de Græfe même (1857), on reconnut son excavation.

Guérin, de Lyon, et Mackensie pratiquaient des ponctions scléroticales et Desmarres père, des paracentèses pour diminuer le trop plein de l'œil. Toutefois, c'est à de Græfe que revient le mérite d'avoir solidement établi la symptomatologie et le traitement du glaucome; c'est à lui encore que l'on doit l'heureuse application de l'iridectomie à cette affec-