

Traitement. — Au début, sangsues à la tempe, glace, atropine, compression légère. — S'il survient des accidents inflammatoires, il faut pratiquer l'extraction du cristallin avec iridectomie, mais ces résultats sont moins satisfaisants que dans la cataracte ordinaire.

IX. — Maladies du corps vitré.

Le corps vitré se trouve placé entre le cristallin, qu'il loge dans une légère dépression, et la rétine; il se compose d'une enveloppe excessivement fine (membrane hyaloïde), et d'un contenu d'une transparence parfaite, que les uns considèrent comme anhiste, tandis que d'autres croient que le tissu qui le forme se trouve cloisonné, etc.

Le corps vitré n'a ni vaisseaux, ni nerfs.

Les maladies du corps vitré sont assez rares. Nous citerons: 1° les inflammations; 2° les opacités ou mouches volantes; 3° les hémorrhagies; 4° le *synchysis étincelant*.

1° Les *inflammations* du corps vitré ne sont guère connues que par les expériences de Donders qui, introduisant un fil de caoutchouc dans cet organe, a vu se former une opacité autour de ce corps étranger. La suppuration a été observée à la suite de traumatisme, d'opération, d'infection purulente, etc.

2° *Opacités ou mouches volantes.* — Certaines personnes voient incessamment voltiger au devant de leurs yeux des objets mobiles qu'elles comparent à des mouches. Cependant l'examen de l'œil, fait à l'ophthalmoscope, ne révèle aucune altération; c'est là une simple incommodité qui ne présente aucune gravité. Mais dans d'autres cas l'œil examiné à une lumière d'intensité moyenne permet de constater la présence de quelques opacités dans le corps vitré, et presque constamment le malade se trouve en même temps atteint de myopie progressive. Dans ce cas le pronostic est celui de la sclérochoroïdite postérieure, et c'est au traitement de cette maladie qu'il faut avoir recours.

3° Le corps vitré est parfois le siège d'*épanchements sanguins*

consécutifs à la rupture de quelques-uns des vaisseaux de la choroïde; très souvent il existe en même temps un décollement de la rétine.

Il en résulte une perte subite de la vision, et l'on constate une opacité du corps vitré; elle s'efface peu à peu, et le point de départ de l'hémorrhagie se présente sous l'aspect d'une cicatrice blanchâtre.

4° Le *synchysis étincelant* consiste dans la présence de mouches brillantes et dorées qui scintillent constamment devant les yeux. Cette maladie, fort rare, consiste dans la présence de cristaux de cholestérine dans le corps vitré; on l'a observée sur des yeux atteints de choroïdite chronique (Desmarres).

X. — Maladies affectant la totalité du globe de l'œil.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU GLOBE OCULAIRE.

Elles peuvent: 1° frapper l'œil dans sa totalité; 2° limiter leur action à certains de ses éléments.

A. — LÉSIONS TRAUMATIQUES AFFECTANT TOUT LE GLOBE OCULAIRE.

1. COMMOTION ET CONTUSION¹. — La commotion de l'œil survient à la suite de coups portés sur les diverses parties du squelette qui entourent cet organe².

La contusion est, au contraire, produite par un choc direct sur l'œil.

Les symptômes sont physiques et fonctionnels.

Symptômes physiques. — Le plus ordinaire est 1° un *épanchement de sang* dans l'intérieur de l'œil (hémophthalmie);

1. D'ordinaire, la simple compression de l'œil ne détermine que des phosphènes; cependant Beer a rapporté le cas d'un homme qui devint aveugle pour avoir eu les yeux comprimés avec les doigts.

2. Dans les violents efforts de vomissements, on a vu la congestion du système veineux de l'œil être portée au point de déterminer des épanchements sanguins sous la choroïde, et tous les symptômes de la commotion de l'œil.

cet épanchement peut se faire dans la chambre antérieure, et il se traduit par un dépôt rouge derrière la cornée ; il peut s'effectuer dans le corps vitré, mais si rarement, que quelques auteurs ont nié son existence ; enfin il siège assez souvent entre la choroïde et la rétine, et il se traduit à l'ophthalmoscope par des îlots d'un rouge vif disséminés sur le fond de l'œil.

2° Des lésions de l'iris, surtout le décollement de sa partie supérieure et la formation d'une pupille anormale.

3° Des lésions du cristallin et de sa capsule : celle-ci se déchire, et si l'ouverture est étroite il peut en résulter, soit une opacité partielle ou générale du cristallin (*cataracte traumatique*), soit une fonte complète si l'ouverture est large ; le cristallin peut s'incliner en avant ou en arrière, se luxer dans la chambre antérieure : dans ces derniers cas, ou il se résorbe ou bien il s'opacifie.

4° La choroïde peut se déchirer, lésion assez rare.

5° La rétine peut se décoller, ce qui a été souvent observé.

Faut-il ajouter que ces lésions se rencontrent souvent réunies ?

Symptômes fonctionnels. — Dans certains cas de commotion, alors même qu'il n'existe pas d'altérations physiques, le malade peut être pris d'une *amaurose* et d'une *mydriase* que l'on doit attribuer à la suppression de la sensibilité de la rétine. Mais habituellement il existe des troubles visuels en rapport direct avec les lésions anatomiques que nous venons de signaler.

Marche. — Ces diverses lésions ont des destinées diverses : les épanchements sanguins se résorbent souvent, les déplacements de l'iris guérissent aussi, les lésions du cristallin engendrent souvent des cataractes ; quant aux décollements de la rétine, ils peuvent guérir par résorption du sang épanché, ou bien ils persistent et même s'aggravent ; enfin on voit parfois survenir un *phlegmon* de l'œil qui détruit cet organe.

1. Et c'est en s'appuyant sur ce fait que les anciens opéraient la cataracte par le procédé de l'abaissement.

Traitement. — Condamner l'œil à un repos absolu, placer une sangsue à la tempe, des compresses d'eau froide sur l'œil, administrer un purgatif ; si l'épanchement de sang dans la chambre antérieure était considérable, on pourrait l'évacuer par la ponction de la cornée¹.

II. RUPTURE DE L'OEIL. — On a vu, à la suite de coups ou de pressions sur l'œil, la sclérotique et beaucoup plus rarement la cornée se rompre ; ces ruptures ont permis l'issue de tout l'œil ou seulement d'une ou de plusieurs de ses parties, choroïde, rétine, cristallin ; on a vu le cristallin se luxer sous la conjonctive. Une rupture avec évacuation complète se reconnaît à la simple vue ; est-elle moins grave, on la diagnostique par la déformation de la cornée et la dépressibilité du globe. Très souvent ces ruptures déterminent de graves altérations de la vue et souvent une perte de l'œil, soit immédiate, soit consécutive au phlegmon qui est une suite fréquente de ces traumatismes.

Le traitement doit être antiphlogistique, dans le but de prévenir les complications inflammatoires.

III. LUXATION DE L'OEIL. — EXOPHTHALMIE TRAUMATIQUE. — On a parfois observé, à la suite de certains traumatismes, la projection de l'œil hors de l'orbite ; si ce déplacement est considérable, il est à peine besoin de dire que le nerf optique est déchiré, la vision complètement abolie ; l'œil prend l'aspect terne de l'œil d'un cadavre. Mais, si l'exophtalmie est modérée, il faut, après s'être assuré qu'aucun corps étranger ne reste dans l'orbite ou dans l'œil, procéder à la réduction et instituer un traitement antiphlogistique ; on cite quelques cas dans lesquels l'œil a repris ses mouvements et ses fonctions.

B. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DES DIFFÉRENTES PARTIES DU GLOBE DE L'OEIL.

I. LÉSIONS DE LA CORNÉE. — Les *contusions* de la cornée ont

1. Les lésions du cristallin seront étudiées plus loin.

pu déterminer des opacités partielles ou de petits abcès qui ne guérissent qu'au prix d'une cicatrice.

Corps étrangers. — Il est très fréquent d'observer des corps étrangers implantés dans la cornée : ce sont des fragments de métal, des parcelles de charbon, des grains de poudre, etc. Le malade éprouve aussitôt une douleur vive, un larmolement abondant, etc. ; mais la position du corps étranger exerce une notable influence sur les accidents qu'il occasionne ; fait-il à la surface de la cornée une saillie notable, ces accidents seront très intenses ; est-il complètement caché entre les lames de la cornée, les accidents seront modérés.

Quoi qu'il en soit, si le corps étranger est abandonné à lui-même, il devient le point de départ d'une kérato-conjonctivite et d'opacités.

La règle absolue est de les extraire après avoir anesthésié l'œil par une instillation de cocaïne ; or il est parfois difficile de les distinguer, si l'on n'a le soin d'examiner la cornée à l'*éclairage oblique*. Si le corps étranger est superficiel on le détache aisément avec une aiguille à cataracte ; s'il est profondément placé entre les lames de la cornée, son extraction devient difficile. Desmarres a conseillé de faire, en dehors de lui, la ponction de la cornée avec une aiguille à paracentèse : avec une des faces de cette aiguille, on pèse légèrement d'arrière en avant sur la face profonde de la cornée, au niveau du corps étranger, tandis que, de l'autre main armée d'un couteau à cataracte, on procède à son extraction. S'il est tombé dans la chambre antérieure, on l'extrait après avoir agrandi l'incision de la cornée.

Les *piqûres* limitées à la cornée guérissent aisément ; il en est de même des *coupures* qui se réunissent par première intention ; dans quelques cas moins heureux, des vaisseaux s'étendent de la conjonctive à la plaie de la cornée, et celle-ci ne se cicatrise qu'au prix d'une opacité. Parfois les coupures de la cornée se compliquent d'une *hernie de l'iris* qui, entraîné par l'humeur aqueuse, vient s'enclaver entre les bords de la coupure. L'iris hernié peut rester ainsi enclavé définitivement dans la cornée, et la pupille est fort altérée ; souvent l'iris

s'enflamme, soit en totalité, soit seulement dans sa portion herniée, l'inflammation peut même se généraliser à tout l'œil et entraîner de graves accidents.

Traitement. — La coupure simple de la cornée guérit par le repos absolu de l'œil, l'occlusion des paupières et une pression modérée. S'il existe une hernie de l'iris, on peut, au moment même de l'accident, chercher à la réduire par une pression modérée exercée avec un stylet mousse ; en même temps, on instille dans l'œil une goutte par heure d'un léger collyre à l'atropine, et l'on recouvre le globe oculaire de compresses glacées.

Plus tard, en cas d'insuccès, on pourrait exciser la portion herniée ou la cautériser à diverses reprises avec un crayon effilé de nitrate d'argent.

II. CORPS ÉTRANGERS DE LA CHAMBRE ANTÉRIEURE. — Ils doivent être promptement extraits, soit en agrandissant la plaie qui leur a livré passage, soit par la création d'une voie nouvelle, car leur présence peut devenir le point de départ d'une iritis, d'une cataracte ou même d'un phlegmon de l'œil.

III. LÉSIONS DE L'IRIS. — Ce sont des piqures, des plaies déterminant des épanchements sanguins et des iritis plus ou moins intenses, c'est un décollement de l'iris dont la grande circonférence se détache du cercle ciliaire dans une étendue variable, et forme ainsi une pupille artificielle.

IV. LÉSIONS DU CRISTALLIN. — Lorsque la capsule du cristallin est perforée, l'humeur aqueuse se met en contact avec la lentille cristallinienne ; celle-ci devient opaque d'une façon définitive ; mais si la perforation est large, non seulement le cristallin devient opaque, mais il se gonfle, fait hernie à travers la perforation, puis se résorbe pour faire place à la hernie d'une nouvelle portion ; il finit ainsi par disparaître en entier ; souvent alors la capsule se fronce et s'incruste de sels calcaires (*cataracte siliquieuse*) ¹.

¹ L'opacité du cristallin peut s'observer à la suite de traumatisme portant sur l'œil sans que la capsule soit déchirée.

Dans d'autres cas, à la suite de contusions de l'œil, le cristallin éprouve un déplacement, c'est-à-dire une véritable luxation complète ou incomplète; cette luxation est parfois difficile à reconnaître; il existe cependant une dilatation de la pupille, un tremblement de l'iris et un trouble dans l'accommodation, trouble qui est corrigé par l'emploi de lentilles biconvexes; parfois même l'ophtalmoscope et l'éclairage latéral font distinguer le cristallin déplacé.

Tantôt tout se borne à ces légers accidents; dans d'autres cas, le cristallin luxé s'opacifie, se gonfle, et donne lieu à des douleurs assez vives; c'est presque toujours ce qui a lieu lorsqu'il est venu se placer dans la chambre antérieure; dans d'autres cas encore, il devient le point de départ d'une inflammation semblable à celle que produirait un corps étranger.

Traitement. — Si le cristallin luxé reste transparent et n'occasionne pas d'accidents, il n'y a point à intervenir; mais, s'il s'opacifie ou détermine une certaine réaction, il faut l'extraire par une incision faite à la cornée suivant les règles indiquées à l'article *Cataracte*.

V. LÉSIONS DE LA SCLÉROTIQUE, DE LA CHOROÏDE, DE LA RÉTINE. — Les coupures limitées à la sclérotique guérissent souvent sans peine, mais elles s'accompagnent souvent aussi d'une hernie de la choroïde et du corps vitré, de déplacement de l'iris; parfois même tout l'œil se vide.

On recommande le repos, l'occlusion des paupières, l'emploi des réfrigérants.

La rétine se laisse plus facilement décoller que déchirer, sauf pourtant lorsque l'instrument a traversé la sclérotique et la choroïde. Nous avons déjà étudié les décollements de la rétine. Les ruptures isolées de la choroïde sont fort rares; elles se traduiraient par des bandelettes rouges, surtout visibles à l'ophtalmoscope binoculaire de Giraud-Teulon.

VI. CORPS ÉTRANGERS DANS LE CORPS VITRÉ. — On cite quelques cas de corps étrangers volumineux, ayant pu séjourner longtemps dans le corps vitré, à l'insu du malade; cependant ils

déterminent d'ordinaire, soit des accidents inflammatoires aigus, soit des irido-choroïdites, des opacités du cristallin, etc., parfois des ophthalmies sympathiques. Il faut donc les extraire en se créant une voie dans le point qui paraît offrir l'accès le plus facile.

GLAUCOME.

Le mot glaucome, détourné de sa signification première (*γλακώπις*, yeux vert de mer), est aujourd'hui appliqué aux accidents qui résultent d'une *augmentation de la tension intra-oculaire*.

Pathogénie. — Or la tension de l'œil augmente sous l'influence de causes très variées, ce qui a conduit à émettre de nombreuses théories sur la pathogénie du glaucome.

1° *Inflammation du tractus uvéal* (iris et choroïde), choroïdite séreuse (de Graefe);

2° *Irritation des nerfs ciliaires* (Donders);

3° *Oblitération du canal de Schlemm* qui est la voie principale de résorption des liquides intra-oculaires (Max Knies);

4° *Troubles dans la vascularisation de l'œil* (Desmarres). *Ischémie de l'artère centrale de la rétine*, stase veineuse et exsudation des liquides (Panas).

Il est difficile de se prononcer sur la valeur de ces théories.

Le glaucome s'observe surtout de cinquante à soixante ans; il est très rare avant trente ans et presque sans exemple chez l'enfant.

Souvent héréditaire, comme la goutte, le rhumatisme, dont il peut dépendre, il accompagne parfois les névralgies de la cinquième paire.

Le glaucome présente dans sa marche des différences qui ont conduit à le diviser en aigu et en chronique.

A. — GLAUCOME AIGU.

L'exagération de la tension oculaire détermine des désordres anatomiques et fonctionnels dans toutes les membranes

de l'œil ; nous allons les exposer en procédant des parties superficielles vers les parties profondes.

1° Si l'on applique le doigt sur le *globe de l'œil*, on le trouve dur comme une bille d'ivoire.

2° La conjonctive bulbaire est congestionnée, au-dessous d'elle se dessine un *cercle périkératique* plus ou moins régulier.

3° La *cornée* devient terne, insensible, elle peut s'ulcérer, se perforer et entraîner la fonte de l'œil. Ces diverses altérations indiquent l'obstacle apporté par la compression intra-oculaire à l'abord des sucs nutritifs destinés à la cornée ; elles sont d'autant plus rapides que la compression est plus forte.

4° L'humeur aqueuse est souvent trouble.

5° *L'iris* est pâle, terne, la pupille dilatée. — Symptôme important, et au diagnostic puisque dans les affections aiguës la pupille est ordinairement rétrécie, et à l'interprétation des phénomènes glaucomateux puisqu'il indique une compression des nerfs ciliaires.

6° L'humeur vitrée est souvent trouble au point de masquer le fond de l'œil ; lorsqu'elle est transparente on peut constater des congestions, des apoplexies de la choroïde et de la rétine. La papille du nerf optique n'est pas excavée, elle est seulement très hyperhémée. Il est bien rare toutefois que pendant l'attaque les milieux de l'œil aient conservé assez de transparence pour permettre l'examen du fond de l'œil.

L'ophtalmoscope ne permet de constater que les pulsations de l'artère centrale de la rétine et la congestion des veines voisines.

Troubles fonctionnels. — L'œil est larmoyant. Le malade éprouve des douleurs extrêmement vives s'irradiant dans le fond de l'œil, vers la tempe, etc.

La vue est toujours très affaiblie, l'œil devient hypermétrope par le fait de la propulsion en avant de l'iris et du cristallin et par suite de la diminution de la chambre antérieure. Le glaucome peut détruire la vue en vingt-quatre heures (*glaucome foudroyant*). Mais le plus souvent la crise se calme, la vue reparait ; toutefois, après chaque attaque, le champ visuel se rétrécit, surtout du côté interne ou nasal.

Marche. — Le glaucome aigu se manifeste sous forme d'attaques, mais il est rare qu'il éclate sans avoir été précédé de prodromes ; ceux-ci consistent en une *presbytie croissante*, de plus les malades croient voir de la *fumée devant leurs yeux* et il leur semble que tout corps lumineux est entouré d'*arcs irisés*, ils éprouvent autour des tempes des *douleurs névralgiques* vagues, intermittentes, phénomènes auxquels d'ordinaire on n'attache pas d'importance et qui peuvent précéder de plusieurs mois l'attaque glaucomateuse (*glaucome prodromique*).

Le glaucome prodromique peut s'arrêter à ces troubles visuels se produisant à intervalles plus ou moins éloignés sous forme d'attaque, mais souvent il s'accroît et se présente alors sous deux formes, la forme aiguë et la forme chronique.

Forme aiguë. — Tout à coup, souvent au milieu de la nuit, le malade est brusquement éveillé par d'affreuses douleurs qui occupent le fond de l'œil, s'irradient dans la tête ; souvent il survient des vomissements, la vue est très affaiblie, elle peut être irrémédiablement perdue en quelques heures.

L'examen de l'œil révèle les altérations indiquées et l'on ne confondra pas la maladie avec une *névralgie sus-orbitaire* ni avec une attaque de *migraine*, car, malgré les vomissements et la douleur qui peuvent expliquer cette erreur, il faut remarquer que le glaucome éclate au milieu de la nuit, que les douleurs ciliaires sont beaucoup plus vives que celles de la migraine et irradiées principalement au pourtour de l'orbite.

Bien souvent le glaucome n'a pas une marche aussi grave, les douleurs se calment, les milieux de l'œil reprennent leur transparence ; toutefois les récidives sont longtemps à craindre.

GLAUCOME HÉMORRHAGIQUE. — C'est une forme des plus graves, caractérisée d'abord par des hémorrhagies rétinienne comparables à celles de la rétine hémorrhagique, puis se déclarent les phénomènes glaucomateux.

Traitement. — Dans les cas légers on instillera dans l'œil,

chaque soir, avant de se coucher, une goutte de pilocarpine (20 centigrammes pour 10 grammes), et si les attaques sont plus sérieuses, 1 goutte d'ésérine (5 centigr. pour 10 gr.); l'atropine est contre-indiquée, car on a remarqué que tout ce qui dilate la pupille prédispose à l'attaque; mais les cas graves réclament, le plus promptement possible, l'*iridectomie*, qui est le traitement par excellence du glaucome.

B. — GLAUCOME CHRONIQUE.

Il peut succéder à la forme aiguë ou s'établir d'emblée. C'est surtout dans cette forme que la pupille dilatée présente une coloration verdâtre.

Symptômes. — *Désordres anatomiques.* — Ils sont à peu près semblables à ceux du glaucome aigu. Le globe de l'œil est très dur, la conjonctive, les vaisseaux ciliaires légèrement injectés. La sclérotique, légèrement bleuâtre, peut, sous l'influence de la pression interne, se soulever çà et là¹. La cornée est terne, *insensible* par le fait de la compression des nerfs ciliaires, ce que l'on constate en touchant cette membrane avec l'extrémité d'un stylet, plus rarement ulcérée. Le cristallin perd graduellement sa transparence et prend une couleur verdâtre à laquelle la maladie doit son nom. L'iris est pâle, terne, atrophié, paresseux, la pupille très dilatée.

À L'OPHTHALMOSCOPE on constate les signes spéciaux au glaucome chronique, ce sont :

1° L'*excavation de la papille* du nerf optique dont les fibres se sont laissées refouler de manière à constituer une véritable cupule. On la reconnaît à ce que les vaisseaux rétinien, qui partent du centre de la pupille, se moulant sur les parois de la cupule pour remonter vers la rétine, paraissent interrompus, fragmentés, car on ne les voit pas dans les points où ils tapissent les parois de la cupule. De plus, en déplaçant la

1. Ces bosselures bleuâtres sont dues à l'amincissement de la sclérotique qui ne peut résister à la pression intra-oculaire et qui laisse voir la choroïde par transparence : la sclérotique peut même se perforer il en résulte la fonte et l'atrophie de l'œil.

lentille, on voit les vaisseaux du bord de la cupule se déplacer au-devant de ceux du fond, cela tient à ce qu'ils ne se trouvent pas sur le même plan (déplacement parallaxique).

2° Les *pulsations des vaisseaux rétinien* : elles résultent de l'obstacle qu'apporte à leur circulation la pression intra-oculaire, de telle sorte que le sang ne les aborde qu'au moment de la systole cardiaque (on sait qu'une artère doit être comprimée pour produire le pouls).

TRoubles fonctionnels. — Ils consistent en une diminution

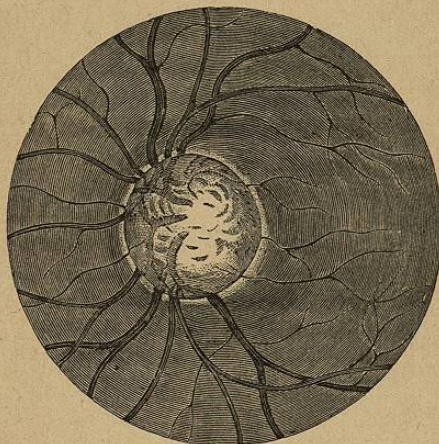


Fig. 159. — Excavation glaucomateuse.

du pouvoir accommodateur se traduisant par une presbytie presque subite qui ne permet plus de voir les objets à courte distance et par une diminution progressive du champ visuel, commençant d'abord du côté nasal et pouvant aller jusqu'à la cécité.

Marche. — Le glaucome chronique a une évolution extrêmement lente, mais progressive; parfois, certaines poussées aiguës, caractérisées surtout par des *douleurs ciliaires* s'irradiant sur le trajet des nerfs temporal et frontaux, activent sa

marche ; les désordres anatomiques, les troubles visuels, s'accroissent de plus en plus, et la vue finit par s'éteindre.

Glaucome chronique simple, non inflammatoire. — C'est une forme de glaucome chronique dans lequel tout phénomène inflammatoire fait défaut, de Graefe l'avait désignée sous le nom d'amaurose avec excavation du nerf optique.

Les milieux de l'œil ont conservé leur transparence, la pupille est dilatée, l'œil dur, la vue affaiblie et l'*excavation de la pupille* est très accentuée.

Traitement. — Il ressemble à celui du glaucome aigu. Un excellent moyen palliatif consiste dans des paracentèses répétées de la chambre antérieure.

L'*iridectomie* est une opération bien plus efficace, surtout lorsqu'elle n'a pas été trop longtemps différée, car lorsque les éléments nerveux de la rétine sont comprimés pendant un certain temps ils perdent leur sensibilité, et l'*iridectomie* ne saurait la leur rendre. Dans certains cas, les douleurs persistent malgré la cessation de la vue ; l'*iridectomie* peut les faire cesser.

Mais l'*iridectomie* reste souvent insuffisante, surtout dans la forme hémorragique et dans le glaucome chronique, c'est dans ces cas que Wecker et Quagliano ont proposé la *sclérotomie* pratiquée dans le limbe scléro-cornéen de façon à obtenir une cicatrice à filtration plus large que celle de l'*iridectomie* : car pour Wecker le point capital consiste à obtenir une incision permettant, à la façon d'un filtre, l'évacuation constante quoique insensible de l'humeur aqueuse.

La sclérotomie se pratique avec le couteau de de Graefe, la pupille rétrécie au préalable par l'ésérine. Le couteau fait une ponction à 1 millimètre en arrière du limbe cornéen, pénètre dans la chambre antérieure et fait une contre-ponction, puis il est retiré en laissant intact un pont séparant la ponction de la contre-ponction et ayant les mêmes dimensions.

HYDROPTHALMIE.

On désigne ainsi une augmentation du volume de l'œil, liée à une hypersécrétion des liquides qu'il renferme.

L'hydrophthalmie, habituellement *congénitale*, se développe parfois chez les enfants sans cause appréciable ou à l'occasion d'une lésion qui a affaibli sur un point la résistance de la sclérotique.

Symptômes. — L'œil présente un volume considérable ; la sclérotique, amincie, laisse voir la couleur bleuâtre de la choroïde, la pupille est dilatée, paresseuse ; plus tard encore les altérations des milieux de l'œil sont considérables, à tel point que les troubles visuels, qui n'étaient au début que de la myopie ou de l'astigmatisme, aboutissent à une cécité complète : il est rare que le malade souffre.

L'hydrophthalmie déterminant d'abord l'ectasie de la sclérotique, qui forme un bourrelet bleuâtre autour de la cornée, ne sera pas confondue avec le *staphylome pellucide* (kératocœnus), on ne la prendra pas davantage pour une *tumeur intra-oculaire*, car ces tumeurs déterminent une augmentation de la tension intra-oculaire et, par conséquent, des douleurs très vives, absolument étrangères à l'hydrophthalmie.

Le *pronostic* est grave, surtout celui de l'hydrophthalmie *congénitale*, car la maladie est double et fort souvent progressive.

Traitement. — Il consiste en paracentèses répétées et suivies chaque fois de l'application du bandeau compressif. Si l'œil est devenu énorme, si la vue est abolie de ce côté, et surtout si des phénomènes sympathiques se manifestaient sur l'autre œil, il ne faudrait point hésiter à enlever l'œil malade.

OPHTHALMIE SYMPATHIQUE.

On donne ce nom à des altérations graves survenues dans un œil sain, à la suite et comme conséquence d'une maladie antérieure de l'autre œil ¹.

Étiologie. — Dans l'immense majorité des cas, l'ophthal-

¹ Wardrop appela le premier l'attention sur l'ophthalmie sympathique ; il y fut conduit par la pratique des vétérinaires qui, dans certains cas, détruisent l'œil malade pour préserver l'œil sain.

mie sympathique est engendrée par les *lésions traumatiques* qui ont fortement compromis l'œil opposé, surtout lorsqu'un *corps étranger* y est resté enclavé. Mais bien d'autres causes peuvent la produire et, en somme, elle peut être engendrée par toutes les affections oculaires qui s'accompagnent d'irritation ciliaire durable : telles sont les *cyclites* ou inflammations des corps ciliaires, quelles qu'en soient les causes, contusions, déchirures, enclavement de l'iris dans une plaie cornéenne, synéchies, corps étrangers, etc...

Par quel mécanisme l'inflammation se transmet-elle d'un

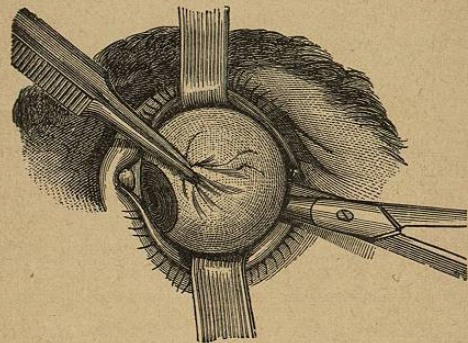


Fig. 460. — Énucléation de l'œil.

œil à un autre ? On a surtout invoqué la transmission par le système nerveux, soit par le nerf optique, soit par les nerfs ciliaires, on l'a attribuée aussi à des germes pathogènes qui, de l'œil malade gagneraient l'œil sain en suivant les gaines lymphatiques du nerf optique.

Symptômes.— L'ophtalmie sympathique peut se présenter sous deux formes ; mais la plus habituelle, c'est une *irido-choroïdite*. Voici quelle est sa physionomie la plus habituelle : Un individu a reçu une blessure grave dans l'œil ; il en a guéri, et cette difformité ne l'inquiète que modérément, car il voit parfaitement de l'œil sain, et l'œil altéré ne le fait point souffrir. Les choses restent ainsi un temps variable, parfois fort long ; mais voici que, sans cause appréciable, l'œil altéré de-

vient peu à peu sensible, la pression y détermine une douleur vive ; en même temps l'œil sain devient, lui aussi, sensible à l'action de la lumière, il se fatigue vite, il est larmoyant : si l'on examine cet œil, on y trouve habituellement les lésions de l'*irido-choroïdite*, plus rarement celles de l'*iritis séreuse* ; plus rarement encore on ne constate aucune lésion matérielle et les troubles de la vision se rattachent à une *névrose sympathique*.

Dans une autre variété désignée sous le nom d'*irritation sympathique*, il n'existe que des troubles fonctionnels, larmolement, sensibilité, diminution de l'acuité visuelle, etc... Plus rarement l'ophtalmie sympathique se manifeste par des lésions des membranes profondes de l'œil sans que les parties antérieures soient atteintes.

Traitement. — L'énucléation de l'œil primitivement malade est le seul traitement qui puisse assurer la conservation de l'œil sain, et encore faut-il que l'ophtalmie sympathique n'ait pas déjà fait de trop grands ravages.

Énucléation de l'œil. — Le malade étant couché et anesthésié, les paupières maintenues ouvertes par un écarteur, on saisit, avec une pince à griffes, un pli de la conjonctive, près de la cornée, et on l'incise avec des ciseaux courbes, à pointes légèrement mousses ; de proche en proche, on incise ainsi toute la conjonctive qui circonscrit la cornée ; la conjonctive incisée est détachée du globe oculaire. Cela fait, on introduit un crochet à strabisme sous le tendon de chacun des muscles droits et obliques, et on les sectionne à une petite distance de la sclérotique.

On saisit alors le globe de l'œil avec des pinces assez fortes, appliquées près du tendon du droit interne, et, attirant l'œil en avant et en dehors, on glisse des ciseaux courbes fermés le long de la face interne du globe de l'œil, et l'on arrive jusqu'au nerf optique que l'on sectionne. Le globe de l'œil est ainsi détaché.

Cela fait, on introduit un fil dans la conjonctive, parallèlement à la ligne de section et à 1/4 de centimètre d'elle, ce fil fait tout le tour de la conjonctive, à l'aide de 3 ou 4 ponctions, puis ses deux extrémités sont liées ensemble — la conjonctive est fermée comme par les cordons d'une bourse.

TUMEURS MALIGNES DE L'OEIL.

CANCER, SARCOME, GLIOME.

Les tumeurs malignes de l'œil appartiennent aux trois groupes que nous venons de citer ; de plus, on a parfois observé des épithéliomas primitivement développés sur la conjonctive, ou qui, nés sur les paupières, ont, par les progrès de leur évolution, envahi les parties externes du globe de l'œil.

Les tumeurs malignes de l'œil peuvent donc envahir les parties externes de l'œil, conjonctive, cornée et sclérotique ; mais elles proviennent bien souvent des parties profondes, et elles procèdent ordinairement de la choroïde et de la rétine.

Les tumeurs de la choroïde sont habituellement des sarcomes et des cancers, et on ne les observe que dans l'âge adulte, les tumeurs de la rétine sont au contraire presque toujours des gliomes¹, et ils se développent chez les jeunes enfants.

Symptômes. — On peut les diviser en trois groupes : 1^o les uns sont fournis par l'examen de l'œil, soit à l'ophtalmoscope, soit à la vue simple ; 2^o les autres consistent en accidents glaucomateux ; 3^o les troisièmes sont des troubles visuels.

1^o *Ophthalmoscope.* — Les gliomes de la rétine se présentent d'abord sous l'aspect de plaques blanches qui se transforment bientôt en bosselures nacrées et sillonnées par un fin réseau vasculaire. Les sarcomes de la choroïde peuvent provenir du corps ciliaire ; ils se présentent alors sous l'aspect de bosselures noirâtres situées derrière le cristallin, et pouvant le déplacer ; lorsqu'ils proviennent des parties postérieures, la rétine est d'abord décollée par un épanchement séreux, et ce n'est que plus tard que l'on distingue les bosselures de la choroïde.

2^o *Accidents glaucomateux.* — L'augmentation de pression

1. Virchow a désigné, sous le nom de gliome, les tumeurs malignes des centres nerveux formés par la prolifération de la névroglie, c'est-à-dire du tissu conjonctif du système nerveux. Les gliomes sont très vasculaires et ces tumeurs étaient prises autrefois pour des cancers encéphaloides.

créée par la présence de la tumeur dans l'œil détermine des phénomènes de glaucome (douleurs vives, dureté du globe de l'œil, insensibilité de la cornée, dilatation des veines sous-conjonctivales, etc.).

3^o La vue est naturellement altérée dans un rapport exact avec l'étendue de la tumeur et la gravité des accidents glaucomateux.

Marche. — Après un laps de temps très variable, la tumeur détermine l'atrophie de l'œil, mais elle progresse constamment ; la sclérotique présente des bosselures bleuâtres, la cornée se perforé ; et la tumeur proémine à l'extérieur sous l'aspect d'un *champignon fongueux* ; dans d'autres cas, la progression s'effectue vers les parties profondes de l'orbite ; le nerf optique est surtout très rapidement envahi par les gliomes ; dans ces cas, l'œil perd sa mobilité, et, plus tard encore, on observe fréquemment des désordres cérébraux indiquant une extension de la tumeur dans la cavité crânienne.

La *mort* est la terminaison constante de ces tumeurs ; le malade est emporté par la cachexie ou par les désordres cérébraux. La durée en est toujours assez longue (de un an à dix ans).

Traitement. — L'énucléation de l'œil ne met malheureusement pas à l'abri des récidives, alors même que l'extirpation a été complète. Il faut d'ailleurs bien se garder d'entreprendre une opération qui ne pourrait aboutir à l'ablation parfaite de toutes les parties malades, car dans ce cas l'intervention chirurgicale hâterait les progrès du mal.

XI. — Vices de conformation de l'œil.

Ils n'offrent que peu d'intérêt au chirurgien. Du côté de la *cornée*, on observe des staphylomes qui doivent, lorsqu'ils sont indépendants d'altérations profondes de l'œil, être traités comme des staphylomes ordinaires.

L'*iris* peut manquer totalement (on le remplace par des verres noirs présentant un orifice à leur centre). Il peut présenter des fissures plus ou moins étendues : c'est ce que l'on désigne sous le nom