

il est un peu plus large d'un côté que de l'autre, ou même il se rapproche de la forme elliptique. La pupille conserve sa couleur noire; quelquefois cependant on distingue dans son milieu, et profondément, une sorte de nuage. Oribase a prétendu, et la foule de ceux qui l'ont suivi a répété, que cette dilatation de la pupille produisait dans la vue un dérangement particulier qui faisait paraître les objets plus petits qu'ils ne le sont réellement. Mauchart a combattu cette erreur, et l'observation a confirmé l'opinion de Mauchart. Au reste, les effets que produit dans la vue la dilatation de la prunelle sont très-variés. Dans certains cas, elle conserve toute sa netteté, et quelquefois même, comme l'a remarqué Platner, les yeux embrassent à la fois un plus grand nombre d'objets, et jouissent encore de la faculté de distinguer plus nettement dans les lieux obscurs. Mais il est bien rare qu'une disposition contre nature produise d'aussi heureux résultats : souvent la vue est troublée, et le malade ne peut apercevoir que les corps d'un certain volume; une lumière vive rend encore leur aspect plus confus. La perte entière de la vue ne paraît pas être l'effet de la dilatation de la pupille; c'est l'amaurose qui la produit. Il en est de même du rapetissement des objets, qui dépend évidemment d'une autre affection qui complique la mydriase.

Le diagnostic de cette maladie est en général très-facile : il importe seulement de reconnaître si elle est essentielle ou si elle est symptomatique; dans ce dernier cas, ce serait contre la maladie principale qu'il faudrait diriger le traitement.

On ne possède guère de moyens directs d'attaquer la mydriase. On a essayé successivement ou à la fois les topiques excitants, aromatiques, spiritueux, les scarifications et les ventouses aux tempes, le vésicatoire et le séton à la nuque, les purgatifs, les vomitifs, les boissons antispasmodiques. Ces divers moyens ont quelquefois réussi; plus souvent ils ont été inutiles, surtout lorsque la maladie était ou ancienne ou congéniale, ou qu'elle s'était formée lentement. On peut espérer quelque succès des secours de l'art quand l'affection est récente et qu'elle est survenue tout à coup, lorsqu'elle s'est déclarée à la suite d'une cause évidente ou présumable, et dans ce cas, c'est contre la cause qu'on dirige le traitement.

### § 7. — Des mouvements convulsifs de l'iris.

Une maladie beaucoup plus rare que la contraction et la dilatation permanentes de la pupille, c'est le mouvement convulsif de l'iris, caractérisé par le rétrécissement et l'élargissement alternatifs et continuels de la pupille. Cette affection, appelée par quelques auteurs *souris*, produit dans la vue un phénomène assez bizarre, quoique facile à concevoir, parce qu'il découle des fonctions mêmes de la membrane affectée : les malades se plaignent d'un changement presque continu dans l'éclat de la lumière qui les environne; en sorte que d'un instant à l'autre son intensité les incommode, ou son absence les fatigue. La constriction ou la dilatation alternative de l'iris augmente ou diminue sans cesse la quantité de rayons lumineux qui traversent la prunelle; de manière que les mêmes objets paraissent alternativement trop éclairés ou trop obscurs. L'immobilité permanente de la pupille produit, comme nous l'avons dit, un effet entièrement semblable, lorsque le sujet qui en est affecté passe d'un lieu obscur dans un endroit éclairé, et *vice versa*. Dans la première affection, la lumière étant la même, l'ouverture qui la laisse arriver dans l'œil en admet alternativement une quantité inégale; dans la seconde, l'ouverture restant la même, le nombre de rayons qui la traverse augmente ou diminue subitement.

On a conseillé les calmants, les saignées, les pédiluves, etc. C'est dans les causes prédisposantes ou immédiates, et dans la constitution du malade, qu'il faut chercher les moyens curatifs du spasme de l'iris.

### ARTICLE IX.

#### *Maladies de la choroïde et de la sclérotique.*

Plusieurs des maladies propres à l'iris attaquent quelquefois la choroïde; la sclérotique est exposée à quelques-unes de celles qui affectent la cornée. Nous avons traité d'un certain nombre des affections communes à ces quatre membranes : nous n'en parlerons ici que très-succinctement. Le staphylôme de la choroïde à travers la sclérotique ne diffère point de celui de l'iris à travers la cornée. Les plaies

de la sclérotique, les corps étrangers qui s'y enfoncent, produisent une partie des phénomènes, et réclament les mêmes moyens thérapeutiques que les corps étrangers et les plaies de la cornée.

§ 1. — De la choroidite. (P. B.)

Les ophthalmologistes modernes décrivent sous le nom de *choroidite* une maladie qui a de l'analogie avec celle que Boyer décrit sous le nom d'*inflammation du globe de l'œil*. Comme il y a cependant quelques différences dans les deux descriptions, je vais faire ici l'étude de la choroidite.

La choroidite est l'inflammation de la choroïde. Il n'est pas possible d'admettre que cette inflammation existe seule : aussi nous verrons que son développement est joint à celui de symptômes inflammatoires dans les autres parties constituantes de l'œil.

La scrofule, la suppression d'une évacuation sanguine habituelle, celle d'un exanthème, sont ses causes ordinaires. Elle a été observée fréquemment chez les individus dont la sclérotique présente une teinte bleue, individus à cheveux et yeux très-noirs ordinairement ; individus d'une constitution scrofuleuse, quelle que soit la couleur de leur peau et celle de leurs cheveux.

Cette maladie ne débute pas franchement ; elle s'annonce tantôt par une douleur gravative dans l'intérieur de l'œil, qui s'irradie dans les régions frontale et temporale, tantôt par une sorte de tension, de plénitude et d'augmentation de volume du globe oculaire. L'œil présente de la rénitence, et il est plus saillant que dans l'état normal. Mais le symptôme le plus positif est la coloration bleuâtre de la sclérotique, qui est, dit-on, amincie par l'effet de la pression exercée par le tissu de la choroïde tuméfiée. Cette coloration permet, suivant les ophthalmologistes, de distinguer quelle est la portion de la choroïde qui est malade, et elle fait reconnaître que c'est le plus souvent la partie antérieure. Je pense que cette coloration dépend de la participation de la sclérotique à l'inflammation de la choroïde, et que par suite de cette inflammation elle est altérée dans sa texture, comme la cornée l'est dans la kératite. Cet amincissement de la sclérotique est accompagné de la formation de tumeurs analogues au staphylôme de la cornée, parce que, tous les points de la première de ces membranes n'ayant pas également perdu de leur épaisseur, ceux qui sont le plus minces se

laissent distendre par les humeurs de l'œil. Plus tard, l'iris participe à la maladie : il est déformé, ordinairement du côté le plus malade ; tantôt il est rétréci, tantôt il est élargi au point de disparaître presque complètement. La pupille a changé de couleur : elle est verdâtre, bleuâtre, quelquefois rougeâtre, suivant la teinte des parties qui sont derrière elle. La cornée perd sa forme ronde par suite de la distension produite par la sclérotique ; l'humeur aqueuse est quelquefois teinte de sang. La conjonctive est enflammée et offre des vaisseaux gorgés de sang autour de la cornée ; dans quelques cas, elle présente une inflammation œdémateuse.

Le développement de cette maladie est rapide : on l'a vue se manifester dans une nuit. L'analogie de ce développement et des symptômes de la choroidite avec la maladie connue sous le nom d'*inflammation du globe de l'œil* me fait présumer que c'est une seule et même maladie, qui a deux noms différents : c'est au moins ce que je dois conclure de mes observations. Ordinairement il n'y a qu'un œil malade, circonstance qui vient encore à l'appui de ce que je dis.

La choroidite peut se terminer par résolution, quand elle est convenablement traitée de bonne heure : alors les parties reviennent à l'état normal, et la vue se rétablit. Elle peut se terminer par un staphylôme de la choroïde ou de la sclérotique, ce qui est la même maladie. Cette terminaison est fâcheuse, parce qu'elle est suivie d'une altération ou de la perte de la vue. J'ai vu un cas d'ophtalmie interne que l'on pouvait attribuer à la choroidite, dans lequel un staphylôme de la sclérotique, situé près de la cornée, a permis la sortie des humeurs de l'œil, et celle-ci a été suivie de l'atrophie de cet organe.

La marche de la choroidite est ordinairement aiguë. Son diagnostic est facile d'après la description que j'ai donnée : on pourrait cependant la confondre dans le principe avec une conjonctivite simple commençante. Le pronostic est toujours grave.

L'anatomie pathologique fait voir, dit-on, la choroïde épaissie et couverte de couches albumineuses, produit de l'inflammation ; elle montre la sclérotique amincie dans les points les plus malades de la choroïde. Il existe quelquefois entre la choroïde et la rétine un épanchement albumineux qui refoule en dedans cette dernière membrane.

Le traitement doit être antiphlogistique et très-actif, pour entraver la maladie dans sa marche. Les saignées, les purgatifs, les dérivatifs

sur les membres inférieurs et au cou, doivent être mis en usage. Quand les staphylômes se rompent, il faut favoriser la sortie des humeurs de l'œil. Si cet organe était très-tuméfié, il pourrait être bon d'ouvrir la cornée par une incision, afin de faire cesser sa distension et les accidents qu'elle occasionne.

§ 2. — De la sclérotite. (P. B.)

La sclérotite est l'inflammation de la sclérotique.

Toutes les causes des ophthalmies peuvent la produire; mais, d'après les ophthalmologistes modernes, elle paraît due surtout au rhumatisme. Sans nier une pareille opinion, je dois dire que j'ai vu un grand nombre de sclérotites dans la production desquelles le principe rhumatismal ne jouait aucun rôle. Elle peut être la conséquence de lésions traumatiques. Ces cas sont rares: il y a plutôt alors ophthalmie générale.

Ses symptômes sont le développement de vaisseaux extrêmement ténus, filiformes ou plutôt capillaires, d'un rouge plus ou moins foncé, placés parallèlement entre eux et sans aucune anastomose, formant dans la sclérotique autour de la cornée une zone rayonnée semblable au disque d'une fleur radiée, et recouverts par la conjonctive, dont les vaisseaux quelquefois injectés ont une disposition tout à fait différente et sont mobiles sur les premiers dans les mouvements de l'œil. Ces vaisseaux de la sclérotique se terminent brusquement au bord de la cornée, et dans cet endroit ils sont moins fins qu'à leur extrémité opposée, qui se perd insensiblement et d'une manière graduée. L'apparition de ces vaisseaux n'est point accompagnée d'un écoulement muqueux, mais d'un écoulement abondant de larmes et d'une grande sensibilité pour la lumière. Il résulte de ce dernier phénomène que le malade n'ouvre ses paupières que très-difficilement, parce que, dès qu'il les écarte, l'œil fuit la lumière, et alors la crainte de la voir occasionne dans le muscle orbiculaire une espèce de mouvement convulsif qui maintient les paupières fermées. De là vient l'inclinaison de la tête en avant, afin qu'aucune lumière ne frappe ni ne traverse les paupières. C'est surtout chez les enfants qu'on observe ces phénomènes. La sécrétion abondante des larmes donne lieu à une absorption active des points lacrymaux et à un écoulement séreux par le nez.

Lorsque la sclérotite est très-intense, avec ou sans chémosis, ou qu'elle a existé pendant un certain temps, le bord libre des paupières, surtout celui de la paupière supérieure, se gonfle, s'enflamme, et prend une couleur rougeâtre ou s'œdématisée. Ce gonflement, borné ordinairement au bord même de la paupière, s'étend quelquefois jusqu'au pli orbitaire.

La crainte de la lumière, ou *photophobie*, est, suivant quelques ophthalmologistes, particulière à la sclérotite et à la rétinite, et même elle n'existe dans la sclérotite que parce qu'il y a en même temps rétinite; suivant d'autres, elle appartient à la kératite. Je ne crois pas cette dernière opinion admissible, et je partage la première. En effet, la crainte de la lumière ne peut avoir lieu que lorsque les organes impressionnés par elle sont affectés: or, la rétine est sans contredit l'organe sensible de la vue; donc, il faut qu'elle soit malade pour que l'œil fuie la lumière.

Les mouvements du globe de l'œil sont douloureux, à cause de l'action des muscles sur la sclérotique enflammée. La contraction musculaire produite dans cette membrane des tiraillements qui font naître de la douleur, à cause de l'augmentation de la sensibilité produite par l'inflammation.

Cette maladie se termine ordinairement par résolution: on n'observe la suppuration et l'ulcération qu'à la suite des lésions traumatiques.

La marche est le plus souvent aiguë, et la durée est toujours de plusieurs septénaires. Le diagnostic est facile d'après la disposition des vaisseaux que j'ai indiquée. Son pronostic n'a rien de grave.

Le traitement de cette affection est celui de l'ophthalmie. Les saignées, les dérivatifs sur le tube intestinal et sur les membres inférieurs, les vésicatoires au cou, et la privation de la lumière, sont les moyens à mettre en usage. Je n'attribue pas aux mercuriaux employés à l'intérieur et à l'extérieur les vertus thérapeutiques spécifiques que leur ont données les ophthalmologistes allemands et anglais: je ne les ai jamais observées. Je crois que l'emploi de la belladone ne vaut rien pour calmer la photophobie, puisqu'elle produit une dilatation de la pupille qui laisse alors passer un plus grand nombre de rayons lumineux: les narcotiques, qui n'ont aucune action sur l'iris, doivent seuls être mis en usage.