

ques gouttes d'atropine, et vous la verrez apparaître des plus manifestes. Cette déformation est due aux adhérences que l'iris contracte rapidement avec le cristallin (synéchies postérieures). La pupille peut être complètement obstruée par des exsudats fibrineux qui interceptent la lumière. L'iris est parfois projeté en avant et vient adhérer à la cornée (synéchie antérieure).

Enfin dans certains cas d'iritis très aiguë la suppuration se développe et le pus s'accumule dans la chambre antérieure (hypopion).

A ces signes physiques s'ajoutent des signes physiologiques spéciaux : la vision est toujours altérée, quelquefois anéantie. La douleur est parfois violente et a pour caractère d'être circum-orbitaire. La pression exercée sur le globe au niveau du cercle ciliaire est suivie d'une douleur intense dans le cas d'irido-cyclite.

Enfin on peut observer à des degrés divers, mais généralement faibles, le larmolement, la photophobie et le spasme des paupières.

Les symptômes de l'iritis se développent parfois rapidement et prennent tout de suite une grande intensité : c'est l'*iritis aiguë*, qui est presque toujours d'origine rhumatismale, mais la forme aiguë est rare. Presque toujours l'iritis affecte une *marche chronique* et presque toujours aussi elle est d'origine syphilitique et apparaît vers la fin de la période secondaire, du huitième au dixième mois après l'infection.

Il est inutile sans doute de créer une variété spéciale d'iritis syphilitique, car il n'y a en réalité de spécial que la cause. Toutefois l'iritis syphilitique affecte une marche qui lui est propre : elle est lente, insidieuse ; au début, la vision est peu altérée, et c'est à peine s'il existe de la douleur. En un mot, bien qu'elle ne présente pas de signe pathognomonique, les conditions dans lesquelles elle se développe, les allures qu'elle présente, la feront reconnaître du premier coup par un praticien un peu exercé.

Employez contre l'iritis un traitement énergique. Instillez sans tarder de l'atropine, afin de dilater la pupille le plus possible et de faire obstacle aux synéchies. Si la forme est aiguë et les douleurs violentes, appliquez à la tempe une douzaine de sangsues. Si la chambre antérieure est fortement distendue, et si des douleurs très violentes persistent au niveau du cercle ciliaire, faites la paracentèse de la cornée avec un couteau lancéolaire. Exercez ensuite sur l'œil une légère compression, ou bien recouvrez-le d'un bandeau flottant et tenez le malade dans l'obscurité.

Contre l'iritis syphilitique, faites de larges frictions circum-orbitaires avec l'onguent napolitain et donnez à l'intérieur l'iodure de potassium à dose croissante de 4 à 6 et 8 grammes par jour.

Vous sauverez l'œil, si vous intervenez à temps et énergiquement ; sinon, les synéchies et les exsudats pupillaires s'organiseront, et la vision sera à jamais altérée ou même perdue.

CHOROÏDITE.

L'inflammation de la choroïde envahit la zone choroïdienne ou bien le reste de la membrane. Nous avons déjà dit dans le chapitre précédent que l'iris et la zone choroïdienne sont si intimement unies anatomiquement qu'on ne saurait les séparer au point de vue pathologique, et ce que nous avons dit de l'iritis s'applique suffisamment à l'irido-choroïdite antérieure ou irido-cyclite pour nous dispenser d'y revenir.

La choroïdite aiguë donne naissance à cette grave affection que j'ai décrite plus haut sous le nom de glaucome aigu. Quant au glaucome chronique, à la scléro-choroïdite postérieure, leur histoire clinique sera présentée à propos des maladies du fond de l'œil.

J'en dirai autant de la rétinite et de la névro-rétinite.

3° AFFECTIONS NON INFLAMMATOIRES DE LA RÉGION ORBITAIRE.

Ainsi que je l'ai déjà fait observer, ces affections comprennent quatre groupes dont je présenterai successivement l'étude clinique.

A. Affections consistant en une lésion apparente visible sans le secours de l'ophthalmoscope, occupant le segment antérieur du globe. — Les affections qui constituent ce groupe n'ayant aucun lien qui les rattache entre elles, je les décrirai en suivant un ordre anatomique, c'est-à-dire en procédant d'avant en arrière, des couches superficielles vers les couches profondes.

Je commencerai toutefois par dire quelques mots de la saillie anormale du globe de l'œil, caractère qui frappe tout d'abord l'observateur. Cette saillie peut reconnaître deux causes : la propulsion du globe de l'œil en avant ou *exophthalmie*, et la distension des membranes par la présence d'un liquide épanché à leur intérieur ou *hydrophthalmie*.

Nous verrons ensuite : le ptérygion, la pinguecula, l'enchantis,

le dermoïde, le gérontoxon ou arc sénile; les staphylomes; les opacités de la cornée; les synéchiés ou fausses membranes; la persistance de la membrane capsulo-pupillaire et la cataracte.

On rencontre encore, sur la conjonctive en particulier, d'autres lésions, telles que des polypes, des angiomes, des lipomes, des sarcomes, etc., mais je ne m'occupe ici que des affections qui sont tout à fait spéciales à la région, car ces dernières constituent en définitive la grande exception et présentent d'ailleurs les mêmes caractères cliniques que dans les autres régions.

a. *Exophthalmie*. — L'exophthalmie signifie : projection en avant du globe de l'œil dans sa totalité et sans altération de sa structure.

Certaines personnes naissent avec une véritable exophthalmie, elles ont les yeux à fleur de tête. Il est possible que dans ce cas il y ait une prédominance d'action des muscles protracteurs du globe (les deux obliques) sur les muscles rétracteurs (les quatre droits). Ce qui tendrait à le faire supposer, c'est qu'à la suite de certaines opérations de strabisme, lorsqu'on a divisé un peu trop loin les deux droits latéraux, il survient une exophthalmie très choquante sous l'influence de l'action des obliques que ne contre-balance plus celle des droits.

Le plus ordinairement, l'exophthalmie n'est que le signe d'une autre maladie et reconnaît pour cause l'existence d'une tumeur de nature quelconque siégeant en arrière du globe. A ce titre elle présente une valeur diagnostique considérable.

L'œil peut être projeté directement en avant ou bien sur les côtés.

Une variété bien curieuse d'exophthalmie est celle qui est liée à l'existence de l'affection désignée sous le nom de *goitre exophthalmique* et dont la nature est si difficile à déterminer. Il n'est pas douteux, selon moi, que la propulsion du globe de l'œil résulte d'une stase sanguine dans les vaisseaux de l'orbite, due elle-même à la compression que le goitre exerce sur les veines du cou, et la preuve, c'est que dans une de mes extirpations du corps thyroïde l'exophthalmie, qui était énorme, diminua aussitôt sensiblement et ne tarda pas à disparaître après l'opération.

b. *Hydrophthalmie*. — L'hydrophthalmie est caractérisée par la présence, dans l'intérieur du globe de l'œil, d'un liquide séreux qui distend peu à peu la sclérotique et la cornée d'une ma-

nière uniforme. Cette affection est facile à reconnaître et ne pourrait être confondue qu'avec l'exophthalmie, mais il suffit d'y penser pour constater que c'est une distension et non une propulsion du globe.

L'hydrophthalmie, qui doit être confondue avec ce que l'on a encore décrit sous le nom de *buphthalmie*, est à l'œil ce que l'hyarthrose est aux articulations, c'est-à-dire une affection indolente et à marche lente. Elle est due à une inflammation chronique de la choroïde et à une hypersécrétion de l'humeur aqueuse. C'est sous l'influence de cette pression graduelle et lente que la sclérotique et la cornée, membranes inextensibles à une pression brusque, arrivent à se distendre sans provoquer les douleurs du glaucome aigu. Les troubles fonctionnels sont légers au début, mais à la longue la vision s'affaiblit et peut même disparaître.

Le traitement de l'hydrophthalmie est à peu près nul. On pourrait pratiquer de temps en temps la paracentèse de la cornée et même l'iridectomie.

c. *Ptérygion*. — Le ptérygion se présente sous l'aspect d'une membrane de forme triangulaire dont le sommet répond à la cornée et la base aux culs-de-sac conjonctivaux. Ordinairement le ptérygion est unique et occupe alors la partie interne de l'œil; la base répond à la caroncule lacrymale. Il peut être double, c'est-à-dire qu'il en existe un semblable à la partie externe; les deux sommets se regardent, peuvent même marcher l'un vers l'autre et se rencontrer au centre de la cornée. Le plus souvent un seul œil est affecté; cependant les deux peuvent être pris à la fois: j'ai opéré une jeune fille atteinte de quatre ptérygions, deux à chaque œil.

La membrane fait relief à la surface du globe et paraît surajoutée à la conjonctive. Les bords supérieur et inférieur sont saillants, peuvent être facilement dégagés et soulevés à l'aide d'un stylet ou d'une pince. Parfois le ptérygion est blanchâtre, d'autres fois il est rouge, très vascularisé, comme charnu. Le sommet touche en général au rebord cornéen, mais il peut empiéter sur la cornée et troubler la vision.

A l'aide des signes précédents, on ne pourra confondre le ptérygion avec une conjonctivite simple.

Lorsque le ptérygion est mince et blanc, c'est à peine s'il détermine quelque gêne, et le mieux est de n'y pas toucher, mais, lorsqu'il est épais et charnu, lorsque surtout il tend à empiéter sur la

cornée, il occasionne alors une gêne sérieuse, devient douloureux à cause de la conjonctivite qu'il entretient, menace la vision et produit une difformité très choquante: il convient d'opérer. Seulement, prévenez votre malade que la cure du ptérygion est très difficile et que presque toujours il récidive. C'est pourquoi vous aurez à choisir entre un grand nombre de procédés. Celui que je conseille et qui m'a réussi dans le cas auquel je fais allusion plus haut est la dissection *très complète* du ptérygion et des tissus sous-jacents jusqu'à la sclérotique, puis son excision.

d. La *pinguecula* est caractérisée par une petite tumeur sous-conjonctivale, d'apparence graisseuse, siégeant en général entre la cornée et la caroncule lacrymale et dont le volume varie d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chènevis. N'y touchez que si le malade en réclame l'ablation.

e. L'*enchantis* est une expression réservée aux affections de la caroncule lacrymale. Celle-ci peut s'enflammer et être le point de départ de tumeurs variables; on y a observé des calculs; les poils qui s'y implantent peuvent être déviés et irriter la conjonctive.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur le diagnostic et le traitement de ces diverses affections: combattez l'inflammation par les astringents, enlevez les poils déviés ainsi que les petites tumeurs de la caroncule, si elles sont l'occasion d'un trouble ou d'une gêne quelconques.

f. *Dermoïde*. — Le dermoïde est une petite tumeur dont la paroi est constituée, comme l'indique son nom, par les éléments normaux de la peau, et qui siége ordinairement sur le limbe scléro-cornéal, à la partie externe et inférieure de la cornée. Son volume est celui d'une lentille, sa couleur grisâtre, et sa surface est souvent recouverte de poils. Le dermoïde est congénital et sa production se rattache au développement de l'œil. Je serais disposé à croire que le dermoïde résulte de la persistance d'une portion du derme de l'embryon, lorsque les deux couches épidermique et dermique se dépriment et s'enfoncent dans la vésicule oculaire primitive, pour former le cristallin et la membrane capsulo-pupillaire.

Il faut enlever cette petite tumeur si elle gêne le malade, mais avec précaution et partiellement, sans quoi l'on ouvrirait le globe de l'œil.

g. Le *gérontoxon* ou *arc sénile* consiste dans l'existence d'un cercle opaque qui se développe autour de la cornée à une certaine époque de la vie, non cependant d'une manière constante. Ce cercle est produit par une dégénérescence graisseuse de la cornée et n'occasionne d'ailleurs aucune espèce de gêne ni de trouble dans la vision.

h. *Staphylômes*. — On appelle staphylome la distension partielle du globe de l'œil.

Cette distension peut porter sur l'hémisphère postérieur du globe, ou bien sur l'hémisphère antérieur, en arrière ou en avant de l'équateur. Le *staphylôme postérieur* fait partie des maladies du fond de l'œil et ne doit pas nous occuper dans ce chapitre. Voyons sous quel aspect se présente le *staphylôme antérieur*.

Le staphylôme antérieur est constitué par une saillie portant soit sur la sclérotique, soit plus souvent sur la cornée: d'où la distinction en staphylome cornéen et staphylôme sclérotical.

Le *staphylôme de la cornée* est de beaucoup le plus intéressant par les formes qu'il revêt et par le traitement qu'il nécessite. La déformation consiste en une saillie généralement conique dont la base occupe le centre de la cornée. Tantôt la cornée a conservé toute sa transparence: c'est le staphylôme *pellucide* ou transparent; tantôt la cornée a perdu sa transparence: c'est le staphylôme *opaque*.

Pourquoi la cornée, dont la texture paraît normale, se laisse-t-elle ainsi distendre vers son centre par la pression de l'humour aqueuse? il est difficile de le dire; quoi qu'il en soit, le staphylôme pellucide se présente sous l'aspect d'une saillie conique dont le sommet est dirigé en avant; sur ce sommet la cornée est amincie et présente parfois un léger nuage.

Le staphylôme opaque est presque toujours la conséquence d'une kératite vasculaire ancienne. Le tissu cornéen ramolli se laisse distendre peu à peu et vient former entre les paupières une saillie rougeâtre, brunâtre (l'iris en faisant partie), de forme variable, tantôt conique, parfois arrondie, cylindrique et même rétrécie au niveau de la cornée.

Dans le staphylôme pellucide, la vision est conservée, mais notablement altérée; le sujet est atteint de myopie et parfois d'astigmatisme. Il est à peine besoin de dire qu'elle est abolie, et pour toujours, dans le staphylôme opaque.

Il faut engager le malade à se débarrasser d'un staphylôme opaque de la cornée tant au point de vue plastique que dans la crainte d'un retentissement sur l'œil sain.

Voici le procédé que je conseille : lavez soigneusement l'œil avec l'acide borique ; touchez avec la cocaïne cinq ou six fois un quart d'heure avant l'opération ; embrochez le staphylôme avec un téna-culum et coupez au ras de la cornée avec les ciseaux courbes. Comme pansement, après avoir nettoyé l'œil avec la solution boriquée, mettez un protectif, une couche d'ouate phéniquée et une bande de flanelle.

Si le staphylôme reconnaissait pour cause première un traumatisme, si on avait surtout quelques raisons de croire à la présence d'un corps étranger dans l'œil, l'énucléation du globe serait préférable à une ablation partielle. Je serais d'avis d'avoir également recours à l'énucléation si, indépendamment de la gêne occasionnée par le staphylôme lui-même, le malade éprouvait des douleurs intra-oculaires ; vous le mettez plus sûrement ainsi à l'abri de l'ophtalmie sympathique.

Faut-il traiter le staphylôme pellucide ? Si le malade jouit d'un certain degré de vision, et si l'emploi des lunettes sténopéiques peut encore l'améliorer, je suis d'avis de ne pas intervenir, car les diverses opérations proposées : destruction du cône, transformation de la pupille en fente sténopéique (Bowman), iridotomie (Abadie), etc., sont loin de toujours réussir et peuvent aggraver l'état du malade ; cependant M. Galéowski a obtenu de bons résultats dans ces derniers temps en enlevant un petit lambeau transversal de la cornée.

Le *staphylôme de la sclérotique* se présente sous l'aspect d'une saillie de volume et de siège très variables, de couleur bleuâtre, violacée, recouvert de vaisseaux flexueux et variqueux. Il est consécutif aux inflammations des diverses membranes de l'œil qui ont progressivement aminci et distendu la sclérotique.

Le diagnostic de cette affection est facile ; tout au plus pourrait-on la confondre avec une tumeur mélanique du globe ; mais la marche de la maladie, à défaut d'autre signe clinique, suffirait à l'établir.

Comme l'hydrophtalmie, le staphylôme de la sclérotique entraîne progressivement la perte de la vision.

La paracentèse, l'iridectomie, sont les seules ressources rationnelles que l'on puisse opposer à son développement. Si la vision était abolie et que le staphylôme provoquât des douleurs ou une

gêne trop grandes, on proposerait au malade l'énucléation du globe.

i. *Opacités de la cornée.* — Les opacités de la cornée sont toujours la conséquence de kératites récentes ou anciennes. Suivant qu'elles sont plus ou moins prononcées, on en a admis trois degrés : un simple nuage, *néphélium* ; une tache plus prononcée, mais sombre et à contours mal définis, *albugo* ; une tache occupant toute l'épaisseur de la cornée, blanche, brillante, à contours nettement accusés, *leucome*.

Le leucome n'est que trop facile à reconnaître ; quant à l'albugo et surtout au néphélium, il est souvent nécessaire, pour s'en rendre un compte exact, de recourir à l'éclairage latéral et aussi à l'ophtalmoscope. Il est à peine besoin de faire remarquer que les troubles de la vision seront en rapport avec le degré de l'opacité, et aussi et surtout même avec son siège : un néphélium central gênera le malade plus qu'un leucome latéral, cela est évident.

Si le diagnostic des opacités de la cornée est facile, il n'en est pas de même de leur traitement. Quand elles sont récentes, on pourra recourir avantageusement à l'insufflation d'un mélange de poudre de calomel et de sucre candi ; au sulfate de cuivre ou au nitrate d'argent, soit en crayon, soit en collyre ; aux diverses pommades de précipité rouge, de précipité jaune ; au collyre au sulfate de soude, à l'iodure de potassium. Mais quand elles sont acquises, c'est-à-dire que la cause productrice est déjà ancienne, il faut savoir que jusqu'à présent aucun traitement n'a réussi, et ce n'est cependant pas faute d'en avoir essayé un grand nombre, depuis le grattage jusqu'à la transplantation d'une cornée prise sur un animal. Se préoccupant du côté purement cosmétique, MM. Abadie et de Wecker ont eu l'idée ingénieuse de masquer la difformité très choquante du leucome en tatouant la cornée avec l'encre de Chine, mais ce n'est pas sans faire courir à l'œil quelques chances d'inflammation, et le résultat n'est peut-être pas en rapport avec les risques à courir.

Vous pourrez cependant agir d'une façon active et efficace dans certains cas : c'est lorsque la cornée étant restée transparente sur un point, il sera possible d'établir en regard de ce point une pupille artificielle en pratiquant l'iridectomie.

j. *Synéchies et fausses membranes.* — On désigne sous ce

nom les adhérences que contracte l'iris soit en avant avec la cornée, synéchies antérieures, soit en arrière avec la capsule cristallinienne, synéchies postérieures. Elles sont consécutives aux diverses lésions traumatiques ou inflammatoires étudiées dans les chapitres précédents. Les synéchies peuvent être partielles, c'est-à-dire qu'une partie seulement de la petite circonférence de l'iris est adhérente; elles peuvent être totales, et cela a lieu surtout lorsque des fausses membranes se sont organisées en même temps dans le champ pupillaire.

On reconnaît les synéchies à l'examen direct, mais de préférence à l'éclairage latéral et à l'ophtalmoscope.

Le traitement ne fournit pas de résultats bien avantageux. Au début, on aura recours aux mydriatiques, à l'atropine en particulier. Plus tard, si la synéchie est partielle et surtout antérieure, on essayera de la diviser avec le synéctome. Il sera également indiqué de tenter la création d'une pupille artificielle, d'autant plus que le malade n'a rien à perdre.

k. *Persistence de la membrane capsulo-pupillaire* ou *acorie*. — Je rappelle qu'au troisième mois de la vie intra-utérine le cristallin est enveloppé de toutes parts par un sac, le sac capsulo-pupillaire, alimenté par de nombreux vaisseaux. Au septième mois, le sac s'atrophie et la paroi antérieure en se résorbant rend libre la partie centrale de l'anneau irien : c'est ainsi que se forme la pupille. Parfois cependant le sac cristallinien persiste et il en résulte une absence de la pupille. C'est dans un cas semblable que Cheselden pratiqua une pupille artificielle, conduite qu'il faudrait imiter.

l. *Cataracte*. — Lorsque la cornée est normale, la pupille intacte, et que derrière l'iris existe un corps opaque qui masque la transparence des milieux de l'œil, la lésion porte sur le cristallin, et le malade est atteint de *cataracte*.

Vous devrez résoudre successivement les questions suivantes :

Le malade est-il réellement atteint de cataracte?

Quelle est l'espèce de cataracte?

La cataracte est-elle simple ou compliquée?

Quel est l'état fonctionnel de la rétine?

Quel traitement convient-il d'employer?

Le malade est-il atteint de cataracte? — Dans la

grande majorité des cas, le diagnostic s'impose en quelque sorte; on aperçoit dans le champ pupillaire, derrière l'iris, une tache gris jaunâtre ou blanche, qui augmente ou diminue suivant que la pupille s'élargit ou se resserre. L'examen à l'œil nu suffit donc le plus souvent, et le diagnostic sera beaucoup plus facile encore, si l'on a pris la précaution d'instiller dans l'œil quelques gouttes d'atropine.

Lorsque le cristallin est de couleur sombre ou bien que les milieux de l'œil ont pris une teinte glaucomateuse, l'examen à l'œil nu ne suffit plus, et pourrait induire en erreur : il convient alors d'examiner à l'éclairage oblique et aussi à l'ophtalmoscope. Avec cet instrument, on constate que la lumière ne traverse pas le champ pupillaire et que la pupille est occupée par une tache noire. Le malade raconte que la vision s'est éteinte peu à peu, sans douleur, et il marche la tête basse, afin de dilater la pupille, qui laisse ainsi passer les rayons marginaux, la périphérie du cristallin étant ordinairement la dernière à s'opacifier.

Quelle est l'espèce de cataracte? — L'âge du malade et le plus simple interrogatoire vous apprendront tout d'abord si la cataracte est *congénitale*, si elle a succédé à un accident, c'est-à-dire si elle est *traumatique*, ou bien si c'est la cataracte *spontanée* habituelle du vieillard.

Disons tout de suite que, indépendamment des conditions étiologiques, la cataracte congénitale a pour caractère de présenter une couleur d'un blanc mat, laiteux; que la cataracte traumatique est d'un blanc brillant, éclatant, et prenons comme type de notre étude clinique la cataracte spontanée des vieillards, celle que nous rencontrons dans la très grande majorité des cas.

Rappelons-nous que l'appareil cristallinien se compose de la capsule d'enveloppe, appelée *cristalloïde*, décomposée elle-même en antérieure et postérieure, et de la lentille cristallinienne enfermée dans la capsule. De là l'ancienne division des cataractes en capsulaires, lenticulaires et capsulo-lenticulaires, division qui n'a guère de raison d'être, car l'opacité de la capsule est si rare, qu'elle peut être négligée en clinique.

La lentille cristallinienne ou le cristallin proprement dit se compose de deux couches distinctes : l'une superficielle ou périphérique, qui est molle, et l'autre profonde ou centrale, qui est