

globe. Il peut être général : alors tout le globe est augmenté de volume et d'une couleur bleu foncé ; la cornée devient demi-transparente et les chambres de l'humeur aqueuse sont développées anormalement. Ou bien il est impossible de distinguer les limites entre la sclérotique et la cornée ; celle-ci est opaque, adhérente à l'iris ; la pupille est oblitérée.

Anatomie pathologique. Au niveau des saillies staphylomateuses, la sclérotique et la choroïde sont amincies, la rétine atrophiée ; ces membranes adhèrent entre elles, ou bien il existe des épanchements lymphatiques ou séreux, tantôt entre la sclérotique et la choroïde, tantôt entre la choroïde et la rétine. Dans quelques cas, on trouve un épanchement séreux sous-rétinien tellement considérable, que la rétine est refoulée vers le centre du globe et séparée de la choroïde, ne présentant qu'un faisceau plissé, prenant son origine du nerf optique et s'étendant en avant jusqu'à la cristalloïde postérieure.

Nature du mal. Le staphylôme scléro-choroïdien est une phlegmasie de la choroïde et de la sclérotique avec amincissement de ces deux membranes qui, cessant d'offrir une résistance suffisante à la pression des liquides intraoculaires, se laissent distendre peu à peu, dans les points les plus faibles, pour former les saillies bleuâtres qui caractérisent l'affection.

Causes. Ce sont celles de la choroïdite. Quelques auteurs attribuent un grand rôle à l'état scrofuleux ; Mackenzie décrit la maladie sous le nom de *sclérotite scrofuleuse*. Les femmes y sont plus exposées que les hommes et, chez elles, l'affection est parfois le résultat de troubles menstruels. Sichel la rattache aussi à une disposition hémorroïdale et gouteuse, à la suppression d'une évacuation habituelle. Les plaies pénétrantes de la sclérotique et de la choroïde en sont quelquefois le point de départ. On signale encore le manque d'exercice ; l'habitude de rester enfermé ; les dérangements des fonctions de l'estomac et des intestins ; les fatigues de l'organe de la vision par suite de travaux continus ; l'exposition des yeux à une chaleur ou à une lumière trop intenses.

Diagnostic. On pourrait confondre le staphylôme scléro-choroïdien avec le *cancer mélanique* de l'œil. Cette dernière production morbide a une marche plus rapide. Lorsqu'il existe un staphylôme, la ponction de la tumeur donne issue à un fluide aqueux et la saillie s'affaisse momentanément. S'agit-il d'une affection mélanique, la ponction donne issue à une substance noire, demi-solide, et la saillie ne diminue pas de volume.

Traitement. Au début, on met en usage les divers moyens préconisés contre la choroïdite. Mackenzie se loue de l'*acide arsénieux* et de l'*arséniate de potasse* ; sous l'influence de l'administration de ces agents, à la dose d'un milligramme, trois fois par jour, pour commencer, il a constaté une contraction des vaisseaux variqueux, une diminution dans l'altération de couleur et dans la saillie de la sclérotique, une amélioration de la vue et de la santé générale. Le même praticien a obtenu de bons résultats de l'emploi du *mercure* et de l'*iodure de potassium*, à une période même déjà avancée du mal. Lorsque la tumeur résiste aux moyens généraux, on peut en solliciter l'affaissement par diverses médications locales : la *cautérisation pra-*

tiquée à plusieurs reprises, et à quelques jours d'intervalle, avec une solution concentrée d'azotate d'argent ou avec le crayon de pierre infernale ; la *ponction* avec une aiguille à cataracte, de façon à vider le contenu de la tumeur. Immédiatement après, on rapproche les paupières et on exerce sur l'œil une compression méthodique, afin de s'opposer au retour de la saillie. Si le staphylôme scléro-choroïdien est très-proéminent, mais bien circonscrit, on peut *exciser* la tumeur. Dans les cas où il existe un grand nombre de tumeurs staphylomateuses ; ou bien encore, s'il y a une seule tumeur d'un volume considérable, que les mouvements des paupières soient gênés, que le malade éprouve des douleurs dans le globe ; si enfin le sujet veut être débarrassé d'une difformité, il convient de faire l'*ablation du segment antérieur de l'œil*, pour obtenir l'atrophie de ce dernier et pouvoir y adapter un œil artificiel. Le procédé opératoire est analogue à celui qui a été décrit pour le staphylôme opaque de la cornée (p. 36), si ce n'est que le couteau est enfoncé dans l'épaisseur de la sclérotique, en arrière des saillies staphylomateuses.

SECTION XIII.

MALADIES DES CHAMBRES ANTÉRIEURE ET POSTÉRIEURE.

CHAPITRE I.

CORPS ÉTRANGERS DES CHAMBRES ANTÉRIEURE ET POSTÉRIEURE.

Les corps étrangers pénètrent beaucoup plus souvent dans les chambres antérieure et postérieure de l'œil, par la cornée que par la sclérotique, à travers lesquelles ils sont projetés avec plus ou moins de force. Ils sont de diverse nature : des fragments de capsule fulminante, de pierre, de fer, d'ardoise, de verre, une écharde de bois, du petit plomb, la pointe d'une aiguille à cataracte. Le corps étranger occupe tantôt la chambre antérieure, tantôt la postérieure. Dans le premier cas il peut être *mobile* en tous sens, obéissant aux lois de la pesanteur, c'est-à-dire se déplaçant avec les mouvements de la tête (Critchett). Le plus souvent, *il se loge dans une partie de la chambre antérieure*, où il garde une *position fixe* (Petrequin). Il peut se placer *derrière l'iris*, entre celui-ci et le cristallin (White Cooper), ou plus profondément encore, *sous la membrane hyaloïde* restée intacte (Critchett).

Abandonnés à eux-mêmes, les corps étrangers qui ont pénétré dans les chambres de l'œil se comportent différemment. Il est extrêmement rare qu'ils se *résorbent*. Parfois le corps étranger *s'enkyste* (Salomon). Le plus

souvent, la présence du corps étranger détermine des *phénomènes inflammatoires graves* : une iritis, un hypopion, des douleurs violentes, l'abolition de la vision et l'atrophie de l'œil. Dans presque tous les cas, on a noté la formation rapide d'une *cataracte traumatique*. Les corps étrangers qui pénètrent au milieu des tissus vivants ont, comme on le sait, de la *tendance à se porter au dehors*. Ceux qui sont introduits dans les chambres de l'œil ne se soustraient pas à cette loi générale. Il y en a qui se sont frayé une voie à travers la cornée. Wordsworth a observé le *passage du corps étranger de la chambre postérieure dans l'antérieure*, où il est venu se fixer à l'iris.

Diagnostic. Il est généralement facile, quand le corps étranger occupe la chambre antérieure, parce qu'alors on l'aperçoit, à moins qu'une inflammation grave n'ait déjà obscurci la cornée ou déterminé un hypopion. Dans les cas de ce genre, alors que la plaie de la cornée ou de la sclérotique était encore béante, on a introduit quelquefois, par cette ouverture, un stylet explorateur qui a permis de reconnaître le corps étranger. Lorsque le corps étranger est logé derrière l'iris, il n'est pas toujours facile de le reconnaître. Les renseignements du blessé sont insuffisants ou trompeurs. La plaie cornéenne et scléroticale est parfois cicatrisée et invisible. On ne peut que soupçonner la présence du corps étranger à la persistance des phénomènes inflammatoires, aux attaques réitérées d'iritis, aux douleurs vives dans le globe.

Traitement. Toutes les fois qu'on est appelé auprès d'un sujet chez lequel un corps étranger a pénétré dans l'œil, et qu'on découvre, par l'inspection attentive de l'organe, l'endroit où le corps est logé, il faut en pratiquer immédiatement l'extraction. Ne pas remplir cette indication, c'est exposer le blessé aux accidents inflammatoires les plus graves, à la perte de la vision, à des douleurs intolérables dans l'œil. Le malade est placé dans la position horizontale. Les paupières ayant été convenablement écartées par un aide, on fixe le globe, en saisissant un repli de la conjonctive avec des pinces à griffes. Si le corps étranger occupe la chambre antérieure et que la plaie cornéale ne soit pas cicatrisée, on introduit par cette ouverture, que l'on peut au besoin agrandir, un crochet ou une petite pince, avec lesquels on ramène le corps étranger au dehors. Dans un cas, la simple ponction de la cornée avec une large aiguille a suffi pour provoquer la sortie du corps étranger. Pour peu que celui-ci ait un certain volume, si la plaie à travers laquelle il a pénétré dans l'œil est cicatrisée, il convient de tailler, aux dépens de la cornée, un lambeau, comme dans l'opération de la cataracte par extraction, pour ouvrir largement la chambre antérieure. La *kératotomie inférieure* nous semble préférable, dans ces cas, à la *kératotomie supérieure*. Le plus souvent, le corps étranger s'échappe alors, sans qu'il soit nécessaire d'introduire des pinces dans la chambre antérieure. Cette dernière manœuvre est nécessaire, lorsque le corps étranger a contracté des adhérences, soit avec la circonférence de la cornée, soit avec l'iris.

Lorsque le corps étranger est placé à plat dans la chambre *postérieure*, parallèlement à l'iris et à une certaine distance de cette membrane, Sichel donne la préférence à l'*extraction scléroticale*. On fait une ponction hori-

zontale à la partie externe de la sclérotique ; par cette ouverture, on introduit fermée une pince, que l'on conduit jusqu'au niveau du corps étranger pour le saisir et l'entraîner au dehors. Après ces opérations, toujours graves par elles-mêmes, il convient de soumettre le malade au même traitement qu'après l'opération de la cataracte par extraction. S'il survient des phénomènes réactionnels du côté de l'œil, on les combat par un traitement antiphlogistique sévère.

Lorsque le corps étranger est *inaccessible* à la vue et qu'on ne peut qu'en soupçonner la présence, il faut se contenter de combattre les symptômes inflammatoires qu'il développe. On surveille le blessé, et si le corps étranger, d'abord invisible, se montre plus tard, on en fait l'extraction.

On a parfois rencontré, dans les chambres de l'œil, des corps étrangers sur l'origine desquels il est difficile d'avoir une opinion précise : nous entendons parler des *productions pileuses* mentionnées par quelques auteurs. Les uns les considèrent comme le résultat de l'introduction accidentelle de poils dans l'œil (faits de Pamard et de Ruete) ; d'autres comme des produits développés dans l'intérieur de l'organe (fait de Cunier).

CHAPITRE II.

INFLAMMATION DE LA MEMBRANE DE DESCOMET.

La membrane séreuse qui tapisse les chambres antérieure et postérieure de l'œil peut s'enflammer, soit primitivement, soit consécutivement à la phlegmasie des parties voisines. L'inflammation est partielle ou générale. Dans le premier cas, elle se montre plus fréquemment sur le feuillet qui tapisse l'iris, et sa description rentre dans celle de l'*iritis* ; ou bien, elle atteint la portion qui revêt la face postérieure de la cornée. On la trouve décrite sous des noms divers : *inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse, de la membrane de Demours, hydato-capsulitis, descemetite, aquo-capsulitis, kératite profonde, kératite ponctuée, iritis séreuse*.

Causes. Elles sont prédisposantes ou occasionnelles. Aux premières se rattachent les diathèses scrofuleuse, rhumatismale, goutteuse. Quelques ophthalmologues admettent que la blennorrhagie peut provoquer cette affection, comme elle détermine la phlegmasie des synoviales articulaires. La syphilis produit souvent l'inflammation de la portion de membrane qui revêt l'iris. L'exposition au froid, à l'humidité, les variations brusques de température ont une action puissante. L'excès d'exercice des yeux suffit à lui seul pour provoquer cette inflammation. Mentionnons encore les lésions traumatiques de l'œil ; les opérations pratiquées sur cet organe, notamment la *kératonyxis*. Lorsque l'affection est consécutive, elle survient le plus souvent, pendant la durée d'une kératite ulcéreuse.