

d'un état de souffrance de la rétine. On commence par présenter au sujet l'échelle de Jæger (voy. notre *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 60), et on note qu'en plaçant le livre à la distance ordinaire de 30 centimètres, le malade n'arrive à lire que des caractères d'une certaine dimension, le numéro 7 par exemple, et qu'il lui est impossible de lire des caractères plus petits. On s'aperçoit aussi que, même pour la lecture de caractères d'imprimerie ordinaires, le malade a de la tendance à placer le livre à une distance plus grande que la distance de la vision distincte. Jusque-là cependant, on peut soupçonner, après cette première épreuve, une diminution dans l'*acuité* de la vision. L'épreuve suivante redresse ce premier jugement : En présentant au malade des caractères plus gros de l'échelle de Jæger, il les lit, à une plus grande distance de l'œil affecté que de l'œil sain. Si les deux yeux sont mydriatiques, on constate pareillement que la lecture se fait à une plus grande distance que la moyenne normale ; ainsi, le numéro 11 de Jæger, qui répond au numéro 4 de Snellen, pourra être lu distinctement à plus de 4 pieds ou de 115 centimètres. Donc l'*acuité de la vision n'est pas diminuée ; le sujet est simplement hyperope*. Reste à rechercher si cette hyperopsie est réellement le résultat d'une exagération du diamètre de la pupille. Pour cela, donnez à lire des caractères d'imprimerie ordinaires, à travers une plaque de cuivre percée d'un trou plus petit que la pupille malade, et placée devant cet œil, à la condition de bien éclairer la page imprimée. Ces mêmes caractères, qui n'étaient vus que confusément à l'œil nu, seront distingués avec grande netteté. Introduisez une goutte de solution d'ésérine (alcaloïde de la fève de Calabar) derrière les paupières ; la pupille se resserre promptement ; dès qu'elle est arrivée à des dimensions plus exigües, le malade lit les caractères les plus fins de l'échelle de Jæger. On complète l'examen, en recherchant, au moyen de l'ophthalmoscope, s'il n'existe aucune altération, ni de la rétine, ni de la papille optique.

Traitement. Il est curatif ou palliatif. L'indication importante à remplir est de ramener la pupille à des dimensions plus exigües. Les moyens employés dans ce but agissent, soit en stimulant la contractilité des fibres circulaires (mydriase paralytique), soit en modérant l'excès de contractilité des fibres rayonnées (mydriase spasmodique). La plupart des médications usitées dans la paralysie de la troisième paire (v. plus loin) trouvent leur place ; quelques autres sont plus spéciales à la mydriase et méritent d'être mentionnées ici. Lorsque la dilatation de la pupille n'est pas accompagnée de symptômes congestionnels, on emploie avec avantage les divers stimulants locaux : frictions sur l'orbite avec des préparations aromatiques, éthérées, ammoniacales ; vésicatoires sur la paupière supérieure avec la pommade de Gondret ; attouchements de la paroi muqueuse des paupières, tous les deux jours, avec un crayon de sulfate de cuivre ; cautérisation, sur la circonférence de la cornée, avec un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe ; sternutatoires. J'ai obtenu d'excellents résultats, dans un cas de mydriase traumatique, d'une pommade à l'extrait gommeux thébaïque, au cinquième ; à introduire entre les paupières, gros comme un pois, deux fois par jour. Cette préparation est beaucoup plus active que le laudanum de Sydenham.

Le *seigle ergoté* a été employé par Kochanowski, Hannmann, Wittschock, d'Ammon, Cunier. L'*extrait de fève de Calabar*, surtout la solution d'*ésérine*, qui est l'alcaloïde de la fève de Calabar, a une efficacité incontestable dans la mydriase, et bien supérieure aux agents précédents. Une ou deux gouttes de cette solution suffisent pour diminuer le diamètre de la pupille dans l'espace de quelques minutes. L'effet ne persiste pas au delà d'un certain temps ; il faut revenir à cette préparation ; il y a tout lieu de penser, qu'en continuant l'usage du médicament pendant plusieurs jours, la pupille reprendra d'une manière définitive ses dimensions normales.

Les exercices méthodiques de l'œil mydriatique sont avantageux. Un moyen très-simple consiste à contraindre cet œil à lire à une petite distance des caractères d'imprimerie ordinaires. On force, par cet artifice, la pupille à se resserrer, parce qu'il est de règle que la pupille devient plus petite, quand on fixe des objets rapprochés. En faisant lire au malade des caractères d'imprimerie de petites dimensions à travers des *lunettes à mydriasis*, on espère qu'à la faveur d'une action réflexe qui se porte de la rétine sur l'iris, la pupille reprendra sa contractilité normale. Frommüller a conseillé l'emploi de lunettes à verres convexes, de moins en moins forts, en commençant par le numéro 14, et en descendant progressivement au 24, 26, 33, 60, 80, 90. Se fondant sur ce fait que, dans le mouvement de rapprochement des paupières, la pupille se rétrécit, de Græfe conseille de se livrer à un exercice qui consiste à ouvrir et à fermer avec force les paupières.

Canstatt rapporte que, chez des lapins, il est parvenu à produire une forte contraction de la pupille, en ponctionnant la chambre antérieure. Ce moyen a été expérimenté, dans la mydriase, par de Græfe, qui n'en a obtenu aucun résultat favorable.

Lorsque la mydriase ne cède pas aux divers moyens que nous avons passés en revue, il convient de recommander, à titre de palliatif, l'emploi de lunettes à mydriasis ou de verres convexes d'un numéro proportionné au degré de dilatation de la pupille.

ARTICLE II.

Myosis.

On appelle *myosis* le resserrement exagéré de la pupille. Tantôt ce resserrement est permanent ; d'autres fois il se montre sous forme d'accès, cette dernière forme, désignée, par quelques auteurs, sous le nom d'*hippus*, est propre aux hypocondriaques, aux femmes hystériques.

Le myosis ne se montre pas seulement dans ces dernières conditions. Il succède parfois aux ophthalmies internes ; Weller pense qu'il peut être congénital. On l'attribue à l'application habituelle des yeux sur de petits objets, surtout quand ceux-ci sont fortement éclairés. C'est ainsi qu'on explique le développement du mal chez les brodeurs, les horlogers, les monteurs de bijoux. Le resserrement de la pupille doit être la conséquence d'une prédominance d'action des fibres circulaires sur les fibres rayonnées

de l'iris ; de là l'idée de mettre le point de départ du myosis sur le compte d'une affection du cordon cervical du grand sympathique qui préside aux contractions des fibres rayonnées.

Le myosis accompagne parfois l'atrophie des nerfs optiques, bien que dans ces cas la mydriase soit la règle.

Le myosis atteint simultanément les deux yeux. Il présente, en général, de nombreux degrés, depuis une légère diminution dans le diamètre de l'ouverture pupillaire, jusqu'à une étroitesse telle, qu'il serait impossible d'y faire passer une aiguille. La pupille ne présente plus des alternatives de resserrement et de dilatation, sous l'influence du jeu de la lumière et de l'obscurité. L'état de la vision est d'ailleurs très-variable, selon que le myosis est essentiel, ou qu'il se rattache à d'autres altérations de l'œil ; suivant encore le degré de resserrement de la pupille.

On ne confondra pas le *myosis* avec l'*atrophie de la pupille*, parce que, dans le premier cas, le contour de l'ouverture est régulier, que la dilatation artificielle de la pupille par l'atropine permet de reconnaître qu'il n'existe aucune adhérence avec la capsule du cristallin.

Le traitement du myosis est subordonné à sa cause. Corvisart, au rapport de Weller, a obtenu de bons résultats de l'emploi de la belladone administrée à l'intérieur.

ARTICLE III.

Flottement de l'iris.

On l'appelle encore *tremblement de l'iris*, *tremulus iridis*, *oscillation*, *vacillation* de l'iris, *iridodonésis* (de *iris*, et *δονέω*, je secoue), ou *iridodonèse*. L'iris exécute, pendant les mouvements du globe, ou même dans l'état de repos de celui-ci, des mouvements comparables aux ondulations d'une voile de navire non gonflée par le vent, dans un temps calme.

Le tremblement de l'iris peut être congénital (von Ammon, Becquet) et coexiste alors avec d'autres altérations de l'œil. Après la naissance, ce mouvement oscillatoire survient le plus souvent après les opérations de cataracte ; la kératonyxis y prédispose plus que l'extraction. C'est encore un phénomène commun à la suite des déplacements spontanés du cristallin dans la chambre postérieure. On l'a observé à la suite de coups sur l'œil ; d'une blessure accidentelle de la sclérotique et de la choroïde, immédiatement en arrière de la circonférence de la cornée. Il se présente chez quelques amaurotiques, dans l'hydrophthalmie des enfants, dans certains cas d'atrophie de l'œil. Quelques auteurs le considèrent, mais à tort, comme un symptôme constant du *synchisis* ou ramollissement du corps vitré.

La coïncidence fréquente du flottement de l'iris, ou son développement, après les déplacements du cristallin, ont fait penser que le phénomène était la conséquence d'un défaut de soutien de l'iris par l'appareil cristallinien. D'autres ont prétendu que l'humeur vitrée, se fluidifiant, produisait sur l'iris un effet semblable. D'après Rognetta, l'affection est la conséquence de

choroïdites et d'iritis chroniques qui ont fini par oblitérer une grande partie de la trame vasculaire de l'iris ; celui-ci est flasque comme le pénis chez le vieillard, faute de congestions actives capables de remplir les cellules vasculaires. Cette explication n'est pas acceptable ; car on observe les ondulations dans les iris les plus sains. Dire avec Wardrop que l'iridodonésis est une paralysie de la substance de l'iris, c'est énoncer une erreur, attendu que les mouvements de la pupille sont généralement conservés. Middlemore et Blasius admettent l'existence d'une lésion des nerfs ciliaires, d'où résulte un défaut de résistance de l'iris, pendant les secousses imprimées à l'humeur aqueuse, lorsque le globe se meut en sens divers.

Il est probable que l'iridodonésis est la conséquence d'un excès d'humeur aqueuse dans la chambre postérieure, ou d'un défaut de soutien de l'iris par les parties situées en arrière de lui. On comprend qu'après les opérations de cataracte, l'humeur aqueuse vient remplacer la place occupée par le cristallin, et que plus tard le corps hyaloïde étant poussé en avant, l'extrémité antérieure de cet organe, reprenant la place occupée d'abord par le cristallin, fournisse un nouvel appui à l'iris qui cesse de présenter le flottement.

Le pronostic n'est sérieux que par les lésions qui existent en même temps. Si le flottement de l'iris existe seul, la vision n'est pas troublée.

Le traitement de cet état morbide est inconnu.

SECTION XV.

MALADIES DE L'APPAREIL CRISTALLINEN.

CHAPITRE I.

ANOMALIES DU CRISTALLIN.

L'absence du cristallin est un vice de conformation qui coïncide avec d'autres anomalies de l'œil, notamment avec le *microphthalmos*. Les cas de *duplicité* du cristallin se rapportent à des *cyclopes*.

Les déplacements congénitaux du cristallin sont de diverses espèces : suivant l'axe antéro-postérieur de l'œil, ou bien suivant l'un des diamètres transverses ou obliques de la chambre postérieure. Praël et Berkund ont vu le cristallin passé dans la chambre antérieure ; Klinkosch a observé la lentille derrière le corps vitré, appliquée contre la rétine. Dixon a rapporté l'histoire de quatre membres d'une même famille, à savoir : la mère et