

examinera le malade de loin avant de le voir de près, le strabisme, ainsi que nous l'avons dit au commencement de cet article, ne pouvant être souvent reconnu qu'à distance.

S'il s'agit d'un enfant atteint de strabisme, il sera bon de ne pas trop s'approcher tout d'abord, mais d'attirer son attention en éveillant sa curiosité, en lui montrant quelque joujou, ou, ce qui est préférable, de l'examiner sans paraître s'occuper de lui. On évitera surtout de le toucher, dans la crainte de l'effrayer et de le faire pleurer, parce qu'alors l'examen deviendrait impossible.

M. Piorry (1) insiste beaucoup sur l'étude des mouvements de l'œil. « Ils sont, dit ce professeur, tout à fait dignes de fixer l'attention de l'explorateur. On sait combien ils sont compliqués, » et que les six muscles qui les produisent combinent ou isolent » leur action de façon très variée pour porter le globe oculaire » dans toutes les directions dont il est susceptible. Or, il est souvent très difficile de rapporter à tel muscle de l'œil ou à son » antagoniste la déviation observée dans l'organe visuel qui cause » le strabisme. Voilà la cause de cette difficulté : c'est que, si l'un » des muscles de l'œil vient à être anémié (paralysé), évidemment le globe oculaire sera porté en sens inverse du côté du » muscle antagoniste resté sain. Ainsi, dans ce cas, l'œil sera » dévié du côté sain. S'il arrive, au contraire, que l'un des muscles droits de l'œil soit contracturé, le globe oculaire sera porté » dans le sens de la partie malade. La même chose peut être dite » de la lésion simultanée des deux muscles agissants pour porter » l'œil dans une direction moyenne, en haut et en dehors, en haut » et en dedans, par exemple, etc. Mais ces difficultés ne sont pas » les seules qui se présentent dans l'étude des circonstances anatomiques qui causent le strabisme ; car si les muscles peuvent » être primitivement malades, les nerfs qui y portent l'influence » nerveuse sont aussi susceptibles de l'être, témoin les faits mentionnés par M. Cavarra, et un cas observé dans ma clinique à » l'Hôtel-Dieu. »

#### Examen des membranes de l'œil en particulier.

CONJONCTIVE. — Chez l'enfant, elle est d'une transparence parfaite; elle s'épaissit et jaunit un peu chez l'adulte. On y remarque alors assez souvent, près de la cornée et du côté interne,

(1) Piorry, *Traité du diagnostic*, t. III, p. 180.

de petits amas grasseux, jaunâtres, élevés, qui ont reçu le nom de *pinguecula*.

On retrouve ces petites tumeurs à plus forte raison chez les vieillards. Ici la muqueuse est flasque, ordinairement relâchée et jaunâtre, et elle forme des replis nombreux, surtout vers le grand angle et dans les culs-de-sac palpébraux. Il est rare que cette membrane ne présente point chez le vieillard d'autres différences. Elle est souvent parsemée, dans sa portion palpébrale, de petits points jaunâtres formés de matière d'aspect crétaqué; les vaisseaux sont ordinairement volumineux, sinueux, et d'un rouge brun; ils sont moins marqués chez l'adulte, et n'existent pas chez l'enfant. A l'état pathologique, la conjonctive offre des vaisseaux, très nombreux quelquefois, et dont la disposition, tantôt sur la portion palpébrale, tantôt sur la conjonctive bulbaire ou cornéenne, est le siège de dispositions différentes que nous exposerons à l'étude des ophthalmies, et que nous devons seulement indiquer ici.

La surface de cette muqueuse est souvent baignée de mucosité plus ou moins claire ou de pus de densité variable.

Elle présente aussi un grand nombre de lésions dont on ne peut constater la présence qu'en retournant complètement les paupières, petite opération que l'on pratique de la manière suivante.

#### Renversement des paupières pour l'examen de la conjonctive.

*Paupière supérieure.* — On ordonne au malade de regarder en bas, quelque désagréable que lui paraisse la pression qu'on va exercer sur la paupière. De la main droite pour l'œil gauche, de la main gauche pour l'œil droit, le chirurgien déprime doucement de haut en bas la paupière, en se servant de l'index, dont il place l'extrémité un peu plus haut que le bord adhérent du tarse. Cette pression, ménagée, mais pourtant rapide, fait descendre la paupière supérieure au-devant de l'inférieure, et la place ainsi dans de telles conditions que le bord libre en est tourné en avant, et que le tarse est devenu presque horizontal. Le renversement de la paupière est alors presque complet, et le chirurgien l'achève en saisissant le bord libre entre le pouce, qui repose immédiatement sur la muqueuse palpébrale, et l'index, qui n'a pas quitté la place qu'il occupait sur la peau. Pour éviter au malade tout frottement

des cils contre la muqueuse de la paupière supérieure, le chirurgien abaisse doucement la paupière inférieure avec l'index de la main restée libre.

Deux ou trois secondes suffisent pour cette manœuvre, qui présente l'avantage de la facilité d'exécution et de l'inutilité d'instruments particuliers. De plus, on n'exerce aucune traction sur les cils, et l'on ne risque point de les arracher. Il est certainement préférable de renverser ainsi la paupière dans les cas où le bord libre est ulcéré, endolori, ou lorsque les cils sont perdus, comme il arrive dans les blépharites glandulaires.

J'ai dit qu'on ne se sert point d'instruments, pas même du stylet placé en travers sur la paupière, et recommandé par presque tous les chirurgiens. J'y trouve encore cet avantage de ne point effrayer les malades pusillanimes, chez lesquels la vue de l'instrument de chirurgie le plus inoffensif peut provoquer des accidents nerveux.

*Paupière inférieure.* — S'il est moins souvent nécessaire de la renverser pour examiner la conjonctive, par contre on trouve plus de difficulté à le faire, surtout lorsque l'ouverture palpébrale est petite et que l'œil est enfoncé dans l'orbite. Quoi qu'il en soit, on recommande au malade de regarder en haut, afin de déplisser la muqueuse et de l'attirer dans cette direction, pendant que l'on tire doucement sur la peau en sens inverse et d'une manière égale au moyen de deux doigts. Si, comme cela arrive lorsqu'une petite tumeur siège sous la muqueuse, le renversement de la paupière ne peut être exécuté ainsi, on peut y parvenir en appliquant l'ongle de l'un des index à la face externe de la paupière, au-dessous de la tumeur, et en exerçant une pression graduée d'avant en arrière, entre l'orbite et le globe, à la manière d'un levier, tandis qu'avec l'index et le pouce de l'autre main on saisit le bord libre pour l'attirer en bas.

Le renversement de la paupière étant pratiqué, on examinera la surface de la conjonctive; la coloration, la vascularisation de la membrane, celle du tissu cellulaire sous-muqueux, seront étudiées. Chez les individus sujets aux congestions chroniques de l'encéphale, ou simplement à la congestion de la choroïde, il y a, entre la conjonctive et la sclérotique, des vaisseaux arrangés en arcade dont la base se perd sous les replis conjonctivaux, dont les sommets s'anastomosent près de la cornée (voyez *Choroïdite*), et dont la présence a une grande valeur séméiologique. On ne confondra point ces vaisseaux, qui rampent dans le tissu cellulaire, non plus

que ceux de la conjonctive, avec les vaisseaux qu'on voit à la surface de la sclérotique, près de la cornée, et dont les anciens ophthalmologistes allemands rapportaient la présence au rhumatisme. La description que nous avons donnée de ces derniers (voyez *Sclérotite*) suffira pour les faire reconnaître.

La tuméfaction de la conjonctive sera notée; la couleur et la résistance du tissu muqueux soulevé seront prises en considération. Tantôt, comme dans le chémosis séreux, la membrane sera pâle et formera un bourrelet, énorme quelquefois, derrière lequel se cachera la cornée; tantôt, et ceci se rapporte au chémosis phlegmoneux, la membrane transparente sera entourée d'une tumeur annulaire inflammatoire très douloureuse qui coïncidera avec une ophthalmie très intense.

D'autres tumeurs encore se feront voir à la surface de la conjonctive: tels sont les phlyctènes, le ptérygion, les verrues, les polypes, le fungus, etc. Entre la conjonctive et la sclérotique, il y a des tumeurs de diverse nature: les hydatides, le cysticerque, les ecchymoses, l'emphysème. C'est au-dessous de cette membrane que viennent faire saillie toutes les tumeurs provenant de l'orbite.

Le renversement des paupières servira surtout à faire reconnaître la présence des granulations qui entretiennent si fréquemment le pannus de la cornée après l'avoir fait naître.

Si l'on suppose qu'un corps étranger, mobile, de petit volume, se soit introduit sous la paupière supérieure, on ne pratiquera point le renversement de celle-ci, sans avoir visité auparavant toute la surface de la membrane. On y parviendra le mieux en invitant le malade à renverser la tête en arrière, pendant qu'on soulèvera la paupière en la saisissant par sa face cutanée, et en l'éloignant du globe, de manière à faire pénétrer la lumière dans les replis de la muqueuse placés au-dessus du tarse.

*SCLÉROTIQUE.* — A l'état normal, la sclérotique est d'une blancheur et d'une netteté parfaite. Chez l'enfant, elle a une teinte légèrement azurée, qu'elle perd peu à peu avec les progrès de l'âge, pour prendre la couleur jaunâtre de plus en plus prononcée qu'on observe chez le vieillard. Il y a des personnes qui sur cette membrane portent en naissant des taches noires, que, chez deux individus, j'ai vues s'étendre à la moitié du bulbe. Formées par du pigmentum, elles ne se rattachent à aucun état morbide, et donnent, quand elles sont étendues, un aspect très bizarre à la

physionomie du malade. On doit les distinguer d'autres taches, d'un bleu noirâtre, qui sont formées par des proéminences de la choroïde à travers la sclérotique, alors amincies par le fait d'une distension progressive.

La couleur de la sclérotique sera donc examinée dans toute l'étendue de la membrane; on y trouvera des taches d'un bleu noirâtre, d'abord peu élevées, isolées ou non, qui prendront tôt ou tard un volume considérable, et constitueront le staphylôme de la sclérotique. C'est ordinairement au pourtour de la cornée, dans la région du corps ciliaire, ou dans les espaces compris entre les muscles droits, qu'il faut rechercher la présence de ces taches et de ces tumeurs. Souvent la sclérotique se distend en même temps qu'elle devient bleuâtre; cela se voit surtout dans l'hydrophthalmie. On trouve encore sur la sclérotique des tumeurs fibreuses, des tumeurs de mauvaise nature, qui, par leurs progrès, peuvent compromettre la vision, et même mettre en danger la vie du malade.

Dans les ophthalmies aiguës, la surface de la sclérotique, près de la cornée, peut être le siège d'une injection très remarquable. Les vaisseaux très nombreux qui la constituent rampent à la surface de la capsule fibreuse qui enveloppe le globe, et se distinguent de ceux de la conjonctive par leur direction. Ils sont droits et isolés entre eux, n'ont guère que 5 à 6 millimètres d'étendue, et rayonnent autour de la cornée en appuyant leur base vers cette membrane, à l'inverse de ceux de la conjonctive. L'injection de la sclérotique ne prouve pas, ainsi que nous le dirons ailleurs, l'inflammation de cette fibreuse; elle ne doit être considérée le plus ordinairement que comme une rougeur sympathique. Si donc on constate la rougeur scléroticale, on devra en rechercher la cause dans la conjonctive ou la cornée, ou bien dans l'iris, la capsule, la choroïde, ou les autres membranes internes.

Dans les ophthalmies chroniques, il y a aussi une injection autour de la cornée; mais il est impossible d'y découvrir les vaisseaux dont nous venons de parler à propos de l'ophthalmie aiguë, et c'est un sûr caractère pour reconnaître que l'inflammation existe depuis longtemps.

Dans quelques maladies générales, comme l'ictère, elle prend une couleur jaune très marquée; elle est bleuâtre chez les phthisiques, chez les sujets anémiques, et chez quelques individus atteints de fièvres intermittentes, etc.

CORNÉE. — Elle est transparente chez les enfants dans toute

son étendue. La circonférence n'offre aucune trace d'opacité; comparativement, elle semble avoir un diamètre beaucoup plus grand que chez l'adulte. D'ordinaire, chez celui-ci, la circonférence de la cornée prend une teinte bleuâtre un peu opaque, qui s'étend et se prononce de plus en plus avec les progrès de l'âge. C'est chez le vieillard une véritable opacité annulaire, qui diminue, ou qui, pour parler plus exactement, semble diminuer le diamètre de la cornée dans tous les sens. De plus, chez le vieillard, on voit en dedans de cette opacité de la circonférence cornéenne une autre tache semi-annulaire, qui tend peu à peu à former un cercle opaque complet, et qui a reçu le nom de cercle sénile. Chez les individus de tout âge, pourvu qu'ils soient sujets aux ophthalmies, la cornée se trouble à sa circonférence scléroticale; ce phénomène est dû à ce que la conjonctive bulbaire, à la suite d'inflammations répétées, s'hypertrophie, de même que le pourtour de la conjonctive cornéenne.

La convexité de la cornée doit être appréciée; pour cela, il convient d'examiner l'œil de côté, afin de mesurer exactement la distance qui existe entre cette membrane et l'iris.

Sans perdre de sa transparence, la cornée peut s'avancer sous forme conique ou sphérique, et prendre dans ce sens un développement considérable: c'est la maladie qui a été nommée *staphylôme pellucide*. Un excellent moyen de la reconnaître au début, c'est d'examiner le malade dans l'obscurité avec une bougie. La lumière, projetée à distance sur l'œil malade, forme une image petite, brillante et toujours fixe au sommet de la tumeur commençante, tandis que cette image est grande, mobile et suit sur la cornée saine les déplacements que l'observateur imprime à la bougie. Les ophthalmoscopes nouveaux donnent aussi dans ce cas une certitude absolue; mais le sommet de la tumeur se détache en brun noirâtre sur le fond éclairé rougeâtre de l'œil, au lieu d'être brillant comme dans l'expérience à l'aide de la bougie.

Si la transparence n'existe plus, que l'iris se soit confondu, en totalité ou en partie, avec la cornée devenue saillante, il y aura *staphylôme opaque*.

La première chose à examiner, c'est donc si la cornée a bien son diamètre et sa forme normale.

Dans l'hydrophthalmie, la surface de la membrane peut doubler d'étendue, tandis qu'elle diminue au contraire dans l'atrophie et dans la phthisie du bulbe.

La cornée présente des taches de toute sorte, superficielles, profondes, mélaniques, osseuses; des épanchements interlamellaires, fibro-albumineux, purulents ou sanguins; des ulcérations superficielles ou profondes, aiguës ou chroniques; des pustules; d'autres tumeurs encore, comme les kératocèles, les végétations charnues ou cornées, le cancer, le cancroïde, etc. On y trouve rarement des poils.

Les opacités sont quelquefois difficiles à reconnaître; c'est ce qui arrive souvent dans la kératite ponctuée. Pour les découvrir, il faut ordonner au malade de diriger l'œil dans divers sens, afin que toutes les parties de la cornée viennent successivement se placer entre l'observateur et la pupille du malade. Une loupe sera indispensable pour l'observateur presbyte. A l'aide d'une bougie, les cicatrices déformant l'image seront reconnues (Laugier).

S'il s'agit, au contraire, de rechercher un corps étranger, de couleur noire, comme des parcelles de métal, on veillera à ce que chaque point de la cornée examinée vienne se placer en face de l'iris, dont la teinte, toujours moins foncée que celle de la pupille, mettra la tache en relief, et fera reconnaître le métal, ou l'oxyde qui le remplace souvent, lorsqu'il a été éliminé par la suppuration ou par les simples frottements de l'œil.

Dans la plupart des ophthalmies aiguës, des vaisseaux rampent à la surface de la cornée; c'est en examinant l'œil obliquement qu'on en constatera le plus souvent la présence. Dans les ophthalmies chroniques, des vaisseaux variqueux, d'un calibre assez grand, se développent dans cette membrane et s'anastomosent entre eux dans l'épaisseur des lamelles. On tiendra compte de la couleur des uns et des autres, du volume qu'ils présentent, de leur nombre, de l'état aigu ou chronique de l'ophthalmie pendant laquelle ils se sont développés, et l'on constatera s'ils sont superficiels ou profonds.

S'il y a ulcération de la cornée, on notera l'étendue qu'occupe cette ulcération, la profondeur à laquelle la membrane est atteinte, le lieu qu'elle occupe par rapport au centre, et l'activité du mal. La photophobie sera toujours en rapport avec l'intensité de celui-ci; en examinant l'œil obliquement, on saura si une perforation est imminente. Si l'ulcération est profonde, on verra s'il n'y aurait point, au fond de la cavité, une petite saillie, formée par un commencement de hernie de la lamelle la plus profonde (kératocèle); ou si, la chambre antérieure ayant disparu et l'œil étant

mou, il n'y aurait point fistule de la cornée. On recherchera avec soin si l'iris ne commencerait point à s'engager dans l'ulcération, ce qu'on reconnaîtrait, en faisant diriger l'œil dans un sens convenable, à une tache noire, saillante, sur la surface de la cornée, et à la disparition partielle de la chambre antérieure. Dans tous les cas, on n'exercera point de traction trop forte en sens inverse sur les deux paupières à la fois, pour ne pas occasionner de douleurs, et afin de ne pas augmenter la photophobie lorsqu'elle existe; il suffit de les écarter l'une après l'autre.

**CHAMBRE ANTÉRIEURE.** — Elle est très grande chez l'enfant comparativement à ce qu'elle est chez l'adulte; chez le vieillard, par suite de l'aplatissement de la cornée et de la forme convexe que l'iris a prise en avant, elle se trouve diminuée d'une manière notable, sans que pour cela l'œil soit dans des conditions morbides.

La chambre antérieure peut être agrandie par la distension de la cornée qui accompagne les hydropisies de l'œil, ou par des adhérences entre la capsule du cristallin et l'iris, qui se trouve ainsi fixé en arrière. Elle l'est encore dans le staphylôme pellucide de la cornée, et dans le ramollissement accidentel de cette membrane. La chambre antérieure se trouve au contraire diminuée à la suite des maladies qui ont eu pour résultat des adhérences entre l'iris et la cornée, dans l'atrophie commençante de l'œil et les fistules de la cornée.

Pour découvrir ces divers états pathologiques, il sera le plus souvent nécessaire d'examiner obliquement l'œil malade, dont on devra faire jouer la pupille, tandis que l'œil qu'on n'examine pas sera tenu dans une obscurité complète.

L'humeur aqueuse qui remplit la chambre antérieure est d'une limpidité parfaite. Ce liquide peut être trouble ou légèrement opalin; dans quelques cas, il contient du pus, du sang, des flocons d'albumine, des débris de cataracte, qui peuvent être mis en mouvement à chaque oscillation de l'œil, et qui viennent se réunir à la partie la plus déclive de la chambre antérieure, lorsque l'organe est maintenu en repos quelques instants. Il est quelquefois très difficile de constater la présence du sang ou du pus, lorsqu'ils sont en petite quantité; c'est ainsi que l'hypopion ou l'hyphéma commençant se cache vers la grande circonférence de l'iris, dans l'espace compris entre cette membrane et la cornée au moment du lever du malade, et ce n'est qu'après quelques instants d'immobilité que le pus

vient se réunir dans la chambre antérieure, et s'élever au-dessus de la circonférence de la cornée. La chambre antérieure peut contenir des caillots de sang organisés, des concrétions purulentes recouvertes de fausses membranes, des corps étrangers de toute sorte. Quelquefois ces corps étrangers y occasionnent des accidents formidables; d'autres fois, ils y établissent domicile, s'y recouvrent de fausses membranes, et peuvent y rester toute la vie, à moins qu'une cause accidentelle ne vienne réveiller l'inflammation complètement éteinte pendant des années entières.

La chambre antérieure contient rarement un cristallin transparent que le malade peut à volonté faire passer dans la chambre postérieure; quelquefois c'est une cataracte abaissée depuis bien des années qui tombe dans cette cavité, et occasionne des accidents inflammatoires.

La chambre antérieure peut être presque totalement effacée, dans les cas de cataracte molle très volumineuse, de fausses membranes accumulées derrière l'iris, de tumeurs intra-oculaires, comme l'encéphaloïde de la rétine, etc.

**IRIS.** — Cette membrane a, chez les enfants, une couleur brillante, qu'elle perd peu à peu lorsque l'homme avance en âge.

Elle est tendue dans la chambre antérieure, de telle sorte qu'elle ne présente ni saillie ni enfoncement; chez les vieillards, elle offre presque toujours en avant une convexité remarquable, qui n'existe jamais chez les individus jeunes.

Il arrive souvent que l'iris est parsemé de taches de rouille, plus ou moins larges, de formes diverses; on doit en tenir compte lorsqu'il s'agit d'établir le diagnostic, la membrane prenant une couleur rouge verdâtre, partielle ou générale, dans l'iritis. En comparant la couleur des deux iris, il est facile de reconnaître si cette membrane est enflammée ou non; pourtant on doit tenir compte de ces cas exceptionnels dans lesquels les iris sont de couleur différente sur le même individu (yeux vairons).

L'iris peut être atteint de quelque affection congéniale: je l'ai vu manquer complètement, ou présenter des perforations multiples, véritables pupilles surnuméraires; ou bien encore être divisé vers sa marge inférieure (coloboma) par un arrêt de développement semblable au bec-de-lièvre.

Souvent il présente aussi vers sa grande circonférence plusieurs lignes semi-circulaires, d'un jaune verdâtre, qui semblent gravées

en creux dans le tomentum iridien, et qui ne sont que des plis formés à la suite des contractions musculaires, en tout point semblables aux rides de la peau.

Il est indispensable, pour se rendre compte de l'état de cette membrane, de placer l'œil dans des conditions de lumière telles, qu'aucun reflet ne devienne une cause d'erreur. La *coloration*, les *mouvements* de la membrane, sa *position*, sa *texture*, seront successivement étudiés.

1<sup>o</sup> *Coloration.* — On ne confondra pas les taches de rouille congéniales avec les perforations multiples, ni les autres colorations naturelles de l'iris avec la teinte particulière que prend la membrane, lorsqu'elle a été longtemps enflammée. Si la tache de rouille est si prononcée que sa couleur tire sur le noir, et qu'on puisse la prendre, quand elle est ronde, pour une pupille supplémentaire, il suffira de couvrir la pupille centrale au moyen d'une carte, ou de tout autre objet, pour s'assurer que les rayons lumineux sont interceptés par la tache, et qu'ils n'arrivent point à la rétine. Avec un jeune médecin de mes élèves, qui portait, isolée sur l'iris, une tache semblable, parfaitement ronde, j'ai été obligé d'employer ce moyen pour lui prouver qu'il n'avait point deux pupilles sur le même œil, ainsi qu'il le croyait depuis longtemps. Quant aux colorations naturelles de l'iris qui s'éloignent de la règle générale, comme cela s'observe dans les yeux qu'on a nommés vairons, on ne les confondra point avec la couleur particulière que prend la membrane; après les iritis chroniques, si l'on fait attention que, dans cette dernière circonstance, l'iris a perdu son aspect velouté et ses mouvements, et que la pupille est déformée ou oblitérée, tandis que rien de tout cela n'existe dans le premier cas.

La couleur de l'iris change d'une manière notable dans les inflammations de cette membrane: quelquefois c'est une simple fumée grisâtre qui semble répandue à la surface du diaphragme; le plus souvent la coloration change complètement; elle prend une teinte qui varie du rouge verdâtre au rouge cuivré, surtout dans le petit cercle. Dans cet endroit de la membrane, on reconnaît souvent la présence de vaisseaux nombreux, qui s'anastomosent en arcade, deviennent de plus en plus apparents, à mesure que l'inflammation s'élève, et disparaissent peu à peu, lorsque la résolution devient complète. Dans les iritis chroniques, la coloration de la membrane est toujours d'un vert sale; il n'est pas rare

alors de voir apparaître quelques uns des vaisseaux dont nous venons de parler. Pour les découvrir, l'œil nu suffit très souvent ; cependant l'usage de la loupe est fréquemment nécessaire, surtout à l'observateur presbyte.

La coloration de l'iris change encore dans les affections profondes de l'œil, comme le glaucome, les choroïdites chroniques. Cette membrane, dans ce cas surtout, présente souvent, vers le grand cercle, des taches bleuâtres plombées, de grandeur variable, et qui ont une haute valeur pour le pronostic, toujours grave dans ces maladies.

La coloration de l'iris pâlit plus ou moins dans les cataractes molles de couleur très blanche, non par modification de texture, mais parce que la couleur blanche de la cataracte reflète un grand nombre de rayons lumineux à travers le diaphragme. Peut-être ai-je fait le premier cette remarque.

Enfin, l'iris prend et conserve longtemps une couleur verte très prononcée dans les épanchements de sang, traumatiques ou autres, dans la coque oculaire. La mobilité de la pupille, l'absence de douleurs, le commémoratif, suffisent pour éloigner toute idée d'une iritis.

La même coloration verte se montre encore sur les iris bleus, quand la conjonctive est très injectée ou ecchymosée.

2° *Mouvements.* — Nous étudierons les mouvements normaux de l'iris lorsque nous nous occuperons de l'examen de la pupille, afin d'éviter des répétitions superflues. On recherchera si l'iris est agité de mouvements de tremblement d'avant en arrière, comme il arrive assez souvent après les opérations de cataracte, ou lorsque le corps vitré est ramolli. Dans ce but, on invitera le malade à regarder vivement dans diverses directions, pendant qu'on abaissera et qu'on relèvera brusquement la paupière supérieure. Ici encore il est nécessaire d'examiner l'œil obliquement.

3° *Position.* — L'iris est-il bombé en avant ou en arrière ? Est-il libre d'adhérences avec la cornée ou la capsule ? Quelles sont l'étendue, la position de ces adhérences ?

Si l'iris est saillant en avant, il faut examiner l'œil dans une direction oblique, tenir compte de la diminution de la chambre antérieure chez les vieillards, et rechercher si la convexité de l'iris serait due à la présence de fausses membranes dans la chambre postérieure, circonstance facile à constater, si la couleur de l'iris

n'est plus normale, et qu'il y ait de fausses membranes dans la pupille.

Si l'iris est au contraire saillant en arrière, la chambre antérieure est agrandie aux dépens de la postérieure ; la pupille est immobile et remplie de traînées fibro-albumineuses, en partie recouvertes de pigmentum uvéen.

4° *Texture.* — A l'état normal, la surface antérieure de l'iris, quelle que soit la couleur de la membrane, a un aspect velouté remarquable ; dans quelques cas pathologiques, ce tomentum iridien a disparu par places de largeur variable. Des plaques concaves, au fond desquelles on voit les fibres à nu, sont disséminées à la surface de l'iris ; quelques unes sont assez larges pour occuper le tiers de la membrane. Creusées aux dépens de l'épaisseur de l'iris, elles se voient surtout après les iritis violentes accompagnées d'abcès, ou longtemps après qu'on a constaté la présence de ces tumeurs nommées *condylomes*.

Lorsque la pupille est fixée sur la capsule par des exsudations, les fibres convergentes sont plus accentuées que de coutume ; quelquefois même il arrive qu'il se fait entre elles une petite déchirure, à travers laquelle le malade peut voir. Plus d'une fois j'ai remarqué que la traction, exercée par les fausses membranes exsudées dans la pupille sur les fibres convergentes, était si forte, que les attaches ciliaires de l'iris s'étaient rompues, et qu'un décollement spontané et partiel de cette membrane avait eu lieu.

La texture de l'iris est diversement modifiée par les inflammations ; cette membrane est hypertrophiée, amincie, déchirée, doublée de fausses membranes, etc.

J'ai vu plusieurs fois dans l'iris, environnés en partie par de fausses membranes, des corps étrangers, tels qu'un grain de plomb, des fragments d'épine. Une autre fois, l'iris supportait, enchâssé dans sa marge, un large éclat de capsule fulminante qui n'occupait pas moins du tiers interne et inférieur de la pupille ; le cristallin était résorbé, et la vision aussi bonne qu'après une opération de cataracte. C'est par la connaissance préalable de toutes ces dispositions morbides que le praticien se trouve en mesure de porter un bon diagnostic.

*PUPILLE.* — L'examen de cette ouverture est un des points les plus intéressants et les plus difficiles de la chirurgie oculaire.

Elle est infiniment plus mobile chez l'enfant que chez l'adulte,