

Des ventouses ou des sangsues artificielles ou naturelles appliquées à la tempe n'ont assurément pas les mêmes avantages que les scarifications ; cependant on peut les prescrire aussi avec profit dans l'état aigu.

Les révulsifs cutanés ne m'ont pas paru bien réussir dans la période de déclin de la maladie ; cependant quelques mouches volantes peuvent être appliquées sur le front.

Les moyens généraux doivent varier suivant l'idiosyncrasie du malade. De même que d'Ammon, j'ai remarqué que chez les sujets que j'ai observés, la circulation abdominale laissait à désirer, et j'ai obtenu de l'amélioration en prescrivant des moyens capables de l'activer. Ainsi, chez les hémorroïdaires, quelques sangsues à l'anus, l'usage de l'aloès à l'intérieur, les bains de siège, les frictions alcooliques sur le ventre, etc. Chez les femmes mal réglées et chlorotiques, le fer et un régime approprié.

L'iodure de potassium seul ou uni au fer sera utile, soit chez les femmes chloro-anémiques, soit chez les hommes affaiblis par diverses causes, pourvu qu'il n'occasionne aucun dérangement dans l'appétit, ce que j'ai vu assez souvent, ou des maux de gorge, quelquefois même une fluxion plus vive vers l'œil enflammé. J'ai donné aussi avec quelque avantage l'huile de foie de morue unie à partie égale de sirop d'écorces d'oranges, en même temps que des amers sous forme de tisane.

M. d'Ammon, dont les observations sont toujours marquées au coin de la pratique, conseille au début le sulfate de potasse à la dose de 8 à 12 grammes par jour dans 200 à 250 grammes d'émulsion d'amandes douces ; je l'ai prescrit et j'en ai été satisfait ; malheureusement ce moyen, de même que tous les autres, n'empêche pas toujours le mal de passer à un degré plus élevé et d'exiger un traitement plus énergique.

Si des abcès surviennent vers la cornée et la sclérotique, il faut se hâter d'employer la compression. (V. p. 15.)

## ARTICLE II.

### INJECTION PÉRIKÉRATIQUE.

(Sclérotite, ophthalmie rhumatismale des auteurs.)

Il n'y a pas de conjonctivite aiguë, de kératite, d'iritis, de choroïdite, de rétinite, sans complication de l'injection périkératique,

et cela se conçoit si l'on n'oublie pas la solidarité de vascularisation qui existe entre toutes les membranes internes et externes de l'œil.

Mais cette rougeur qui existe à la surface de la membrane albuginée de l'œil, qu'on observe dans presque toutes les ophthalmies, est-elle une inflammation de cette membrane ou tout simplement un phénomène d'injection par continuité ? Peut-on admettre que cette injection, telle que l'ont décrite les auteurs sous le nom de sclérotite, ne soit qu'un symptôme de la kératite ou de l'iritis, ou d'autres inflammations de l'œil ? Ne doit-on pas admettre, au contraire, qu'elle constitue une inflammation de la fibreuse ?

Il est certain, et l'observation le prouve tous les jours, que la rougeur scléroticale est loin d'avoir l'aspect d'une inflammation, qu'elle n'en a point non plus la marche ni les terminaisons ; que toujours elle est liée à une inflammation plus grave, qui doit nécessairement fixer l'attention du médecin. Dans la kératite, par exemple, dans la kératite aiguë surtout, la sclérotique et la conjonctive s'injectent, et certes ce n'est pas la rougeur symptomatique de ces deux membranes qui offre le plus de danger. L'inflammation réelle et simple de la sclérotique que nous avons décrite plus haut (art. I<sup>er</sup>, p. 386) est rare ; nous appuyons cette assertion sur les observations qui précèdent et sur cette remarque-ci, que les tissus analogues s'enflamment difficilement.

L'injection périkératique est partielle ou générale, elle s'accompagne de symptômes aigus ou chroniques ; elle est toujours symptomatique de l'inflammation de quelque une des membranes les plus importantes de l'œil.

SYMPTÔMES ANATOMIQUES. — *État aigu.* — La rougeur, dans l'injection périkératique, affecte une forme particulière qu'il faut avant tout connaître, celle d'un cercle complet ou non de largeur variable (2 à 5 millimètres), qui encadre la cornée en la touchant. Au delà de ce cercle, la sclérotique est à peine rose ; le plus souvent même elle est absolument blanche, circonstance qui, avec d'autres caractères que nous étudierons, prouve que la plupart des sclérotites des auteurs ne sont que le résultat d'un phénomène très simple, de la vascularisation produite par l'inflammation d'une autre membrane.

C'est donc en avant seulement qu'il faut chercher les caractères de l'injection.



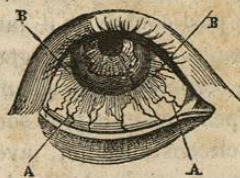
Les vaisseaux qui la composent sont très fins, parallèles entre eux, plus gros à leur bout cornéen qu'à l'extrémité opposée, et longs de 1 à 4 ou 5 millimètres au plus, selon le degré d'acuité de l'inflammation. La couleur générale de cette injection varie du rose pâle au carmin le plus vif. Le gros bout des vaisseaux, reposant presque sur la cornée, se termine brusquement en cet endroit; l'extrémité opposée semble se perdre dans la sclérotique après le court trajet que nous avons indiqué. Ces vaisseaux ne s'anastomosent point entre eux et ont été comparés, dans leur ensemble et pour leur disposition, au disque d'une fleur radiée.

Ils ne peuvent être confondus avec les vaisseaux de la conjonctive, lorsqu'on connaît la direction et la forme de ceux-ci, qui, sinueux, très longs, anastomosés ensemble, tournés à leur base vers les replis de la conjonctive, et en sens inverse à leur sommet, croisent la direction des vaisseaux de la membrane albuginée. Ceux de la surface de la sclérotique, au contraire, fixes, profonds par rapport aux premiers, courts, droits, nullement anastomosés ensemble, nous l'avons vu, et à base tournée vers la cornée, se perdent après un très court trajet.

Lorsque, par l'intermédiaire de la paupière inférieure, on imprime un mouvement à l'ensemble de la conjonctive bulbaire, on reconnaît que les vaisseaux longs, sinueux, superficiels qui la couvrent, se déplacent avec la membrane; tandis que les vaisseaux sclérotidiens demeurent toujours immobiles.

La figure 39 fera encore mieux comprendre la direction des vaisseaux de la surface de la sclérotique.

Fig. 39.



A, A, indiquent les vaisseaux tortueux, longs, mobiles et superficiels de la conjonctive. Loin de la cornée, il n'y a aucune injection.

B, B, représentent les vaisseaux droits, courts, fixes et profonds;

Dans le temps même que ces symptômes existent, il faut en chercher d'autres dans une autre membrane de l'œil, telle que l'iris, la choroïde, la cornée, etc. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'injection périkeratique n'est qu'un épiphénomène qui se montre forcément à la suite des maladies de ces membranes.

SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES. — Le plus saillant de ces symptômes est la *photophobie*. Selon Auguste Bérard, qui a adopté les idées du docteur Cade, le blépharospasme et le larmolement seraient dus à ce qu'il nomme une *cyclite*, c'est-à-dire à une inflammation du corps (le muscle) ciliaire.

Dans cette hypothèse, la pupille, en se contractant, tirerait de toutes parts le corps ciliaire et produirait les douleurs insupportables qu'accusent les malades. Il est certain que si cette théorie était fondée, les mydriatiques seraient exempts de photophobie; mais cela n'est pas. Un jeune homme atteint depuis longtemps de mydriase, à la suite d'un coup porté sur l'œil, voyant bien d'ailleurs, est pris plus tard d'une kératite aiguë: je constate que la pupille demeure immobile; cependant la photophobie est portée au plus haut point.

La *douleur* est le plus ordinairement très forte et se montre graduellement avec l'injection. Les mouvements du globe deviennent difficiles; il semble au malade qu'il ait augmenté de volume. Des douleurs, partant du fond de l'orbite, vont souvent s'irradier vers le front, vers la tempe, et dans toute la moitié de la face correspondante. Très souvent ces phénomènes se rattachent à une inflammation de l'iris. Cependant ils existent aussi parfois isolés. On peut supposer, dans ce dernier cas, comme Middlemore, que les douleurs sont le résultat de la difficulté que la fibreuse éprouve à se distendre, bien que cette explication ne soit pas la seule qu'on puisse en donner. Il n'est pas bien démontré qu'elles augmentent souvent le soir et la nuit, et qu'elles reparassent lorsque le temps devient humide.

La compression de ceux des nerfs ciliaires qui se distribuent à l'iris et au muscle ciliaire ne serait-elle pas l'unique cause de ces douleurs?

La *vision* s'exerce d'autant plus aisément que le malade est placé dans une plus grande obscurité. En général elle est altérée; mais assez souvent elle ne peut plus avoir lieu du tout, à cause de l'insurmontable difficulté que le malade éprouve à ouvrir même un instant les yeux. C'est surtout chez les enfants et chez les jeunes gens scrofuleux que cette difficulté est plus grande; on la rencontre encore, mais très exceptionnellement, sur les sujets habituellement atteints de rhumatisme.

*État chronique.* — Les symptômes que nous avons indiqués plus haut existent ici à un moindre degré. La cornée est entourée



d'un cercle rouge, mais il a pris une teinte brun foncé très remarquable. Les vaisseaux sont moins distincts qu'à l'état aigu, et paraissent se confondre les uns avec les autres. Il semblerait qu'un grand nombre de petits vaisseaux surnuméraires se seraient montrés; mais dans tous les cas la direction en serait très difficile à indiquer; car c'est une sorte d'épanchement diffus dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. C'est cet anneau rouge brun, nommé autrefois *cercle dyscrasique* ou *cercle veineux*, qu'on voit toujours dans les maladies chroniques, et dont le bord opposé à la cornée est d'un bleu violacé.

Les symptômes physiologiques sont en rapport avec l'état de chronicité de l'affection principale: la photophobie et la douleur sont moindres qu'à l'état aigu, mais ont d'assez fréquents retours.

TERMINAISONS. — L'injection périkeratique se termine toujours par la résolution, même quand elle a pris la marche chronique. Lorsqu'elle a duré longtemps à l'état aigu, il n'est pas rare que des symptômes plus ou moins graves se montrent du côté de la vision, mais ils sont alors la conséquence de l'affection dont la rougeur périkeratique n'est que l'un des symptômes.

ÉTILOGIE. — Nous avons dit plus haut que toutes les inflammations aiguës de l'œil s'accompagnent d'injection de la surface de la sclérotique. Point d'iritis, de kératite ou de conjonctivite aiguë sans cette injection.

Chez les scrofuleux, la sclérotique demeure rouge beaucoup plus de temps que chez les autres sujets.

Chez les rhumatisants, elle paraît devenir aussi le siège d'une rougeur symptomatique quelquefois très tenace. C'est là une circonstance qui a engagé certains praticiens à admettre une *sclérotite* ou *ophthalmie rhumatismale*, facile à distinguer, selon eux, de l'inflammation essentielle, mais qui en réalité ne présente *aucun caractère anatomique distinctif*.

Nous avons vu, en parlant de la *kératite* dite *rhumatisme*, que les phlyctènes qu'on remarque sur la cornée n'ont aucune sorte de valeur; il en est de même de l'arrangement des vaisseaux dans la prétendue sclérotite, du moins quant au rhumatisme.

Il n'y a rien de spécifique dans tout ceci.

La conjonctive s'enflamme sous l'influence d'un refroidissement; la sclérotique est soumise aux mêmes lois. Je ne comprends

pas pourquoi on aurait à faire, dans le second cas, à un principe particulier qui n'existerait pas dans le premier. M. Mackenzie, qui a décrit la sclérotite sous le nom d'*ophthalmie rhumatismale*, a si bien senti tout ce qu'avait de vicieux cette dénomination, qu'il dit (*loc. cit.*, pag. 350):

« Si l'on me demandait ce que j'entends par ophthalmie rhumatismale, je répondrais: 1° J'entends exprimer simplement l'inflammation de la membrane fibreuse de l'œil, la sclérotique, et des parties de structure semblables, reconnaissant pour cause l'influence du froid. 2° Je ne crois point que cette ophthalmie soit une inflammation différente en nature de l'inflammation commune, ayant sa source dans ce qu'on a appelé la constitution ou la diathèse rhumatismale... 3° L'ophthalmie rhumatismale se montre fréquemment chez des individus qui n'ont jamais eu de rhumatisme dans d'autres parties du corps... 4° J'ai adopté l'expression d'*ophthalmie rhumatismale*, mais peut-être eût-il été plus exact de dire *sclérotite idiopathique*. »

On le voit par ce passage, l'ophthalmie rhumatismale des auteurs n'a anatomiquement rien de bien caractéristique et n'est tout simplement que l'injection ordinaire de la sclérotique symptomatique assurément de l'inflammation d'une autre membrane.

Il était d'autant plus important de s'entendre là-dessus, que des praticiens, de beaucoup de mérite d'ailleurs, ne peuvent voir une injection de la sclérotique, même chez des nouveau-nés, sans songer aussitôt à une complication rhumatismale. Qu'est-ce dès lors, que l'injection si vive de la surface de la sclérotique qui se montre quand un corps étranger, un grain de sable par exemple, tombe entre les paupières?

Lorsque nous parlerons de l'iritis et de l'inflammation des séreuses de l'œil, nous verrons que les mêmes idées préconçues ont ouvert une fausse route à ceux qui les ont adoptées, et qu'ils sont ainsi tombés dans des redites au moins inutiles.

Les ophthalmies aiguës, le froid, la constitution scrofuleuse, les rhumatismes ne sont point les seules causes reconnues de la rougeur périkeratique, puisqu'elle n'est qu'un symptôme. Il faut y ajouter encore l'implantation dans la conjonctive, dans la cornée ou dans la fibreuse même, de corps étrangers, dont la présence amène des plus fréquemment la rougeur qui nous occupe. Les plaies par instrument piquant ou tranchant ne développent qu'une injection à peine visible dans la membrane albuginée, et certes



ce n'est pas là une circonstance qui manque d'intérêt. Une plaie d'un centimètre et plus ouvre largement la sclérotique, et c'est à peine si à sa surface on reconnaît une teinte uniforme légèrement rose; tandis qu'on remarquera une vascularisation annulaire très prononcée près de la cornée, si celle-ci ou l'iris s'enflamme.

N'est-ce pas la preuve que la rougeur péricornéenne de la sclérotique n'est que le signe d'une phlogose siégeant ailleurs?

PRONOSTIC. — Il varie selon la cause qui a produit la maladie, et selon qu'elle est compliquée de symptômes plus ou moins graves. On devrait se défier en général de la rougeur péricornéenne, si les récidives en étaient fréquentes, mais elles sont heureusement fort rares. On n'oubliera pas que la cause de la rougeur est ordinairement ailleurs que dans la fibreuse.

TRAITEMENT. — *État aigu.* — Il est essentiellement antiphlogistique. Chez les adultes, la saignée du bras sera le premier moyen à appliquer. Si l'on a quelque raison de supposer que le rhumatisme joue un certain rôle dans la production du mal, ce qui est assez rare, elle sera surtout indiquée. On devra la répéter, si, comme cela arrive d'ordinaire, les malades n'en éprouvent d'abord que peu de soulagement, et ne pas suivre le conseil de Wardrop, qui pense que les rhumatismes ne supportent pas bien des pertes de sang abondantes. Si la saignée ne suffit pas, on appliquera auprès de l'oreille une vingtaine de sangsues, qu'on laissera saigner pendant trois ou quatre heures; en même temps on recommandera de faire, de deux en deux heures, des frictions mercurielles belladonnées, autour de l'orbite.

Lorsque les douleurs seront fortes, on administrera à l'intérieur le calomel uni à l'opium.

Si les frictions dont nous venons de parler ne réussissaient pas, ce qui est très fréquent, on pourrait, d'après le conseil de M. Mackenzie, les remplacer par d'autres qu'on ferait avec du laudanum chaud, ou avec une infusion d'extrait de belladone dans du laudanum. Cette préparation est surtout employée par l'auteur anglais, une heure avant l'instant où doit débiter le paroxysme nocturne.

Je me suis très bien trouvé dans cette maladie de prescrire sur les yeux des applications de compresses trempées dans une infusion d'herbes de belladone et de jusquiame.

Le sulfate de quinine, à dose convenable, m'a paru toujours

d'un effet très certain lorsque la douleur offre les caractères d'une névralgie intermittente, ce qui est loin d'être rare.

Mackenzie recommande encore de tenir constamment l'œil sous l'influence de la belladone, dans la crainte de l'adhérence de l'iris et de la capsule; cette précaution est bonne, sans doute, mais seulement lorsqu'on remarque que la rougeur péricornéenne s'accompagne d'une inflammation de l'iris.

Tous les auteurs qui ont considéré la rougeur de la surface de la fibreuse de l'œil comme le signe certain d'une ophthalmie rhumatismale, s'accordent à préconiser des préparations qu'ils nomment *antirhumatiques*, et parmi lesquelles figurent les antimoniaux, l'acétate d'ammoniaque, le camphre, la poudre de Dower, le gâïac, les infusions chaudes de fleurs de sureau, de bourrache, et surtout la teinture de semences de colchique d'automne. Toutes ces préparations employées avec mesure peuvent rendre, dans quelques cas, de véritables services; mais on conçoit ce qu'il y aurait de peu raisonnable à les considérer comme des moyens spécifiques.

L'usage des collyres, dans l'affection qui nous occupe, est loin d'être suivi d'accidents, ainsi que le craignent ces mêmes auteurs, qui conseillent de n'en prescrire jamais dans cette affection, en s'écriant: des astringents sur un œil atteint de rhumatisme! Nous ne saurions partager ces craintes. Lorsque l'inflammation de la sclérotique se lie à un commencement d'ophthalmie interne, à une iritis, à une choréïdite, tous les collyres sont, sans doute, contre-indiqués, celui de belladone excepté. Mais lorsque l'inflammation est externe, des collyres forts abattent souvent en très peu de temps tous les symptômes inflammatoires. Il faut, bien entendu, choisir avec soin l'agent et le mode d'emploi.

Lorsque l'inflammation commence à tomber, des collyres légèrement astringents, comme ceux de ratanhia et de tannin, sont utiles, surtout si en hiver on les prescrit en fomentations légèrement tièdes; le nitrate de potasse, employé de la même manière, rendra de bons services.

Des vésicatoires volants, très larges, appliqués à la nuque ou derrière les oreilles, concourront également à la guérison, lorsque l'inflammation ne sera plus très aiguë; cependant ce moyen, si généralement employé, ne m'a donné jamais que des résultats négatifs.

Chez les sujets jeunes, lymphatiques ou scrofuleux, la rougeur



de la sclérotique est presque toujours liée à l'inflammation de la cornée qui devra nécessairement attirer l'attention du praticien, et dont le traitement, il est presque superflu de l'ajouter, devra être en rapport avec la gravité du mal et la constitution du sujet.

*Traitement de l'état chronique.* — C'est le même que celui de toutes les ophthalmies chroniques. Les pommades excitantes, employées avec mesure, m'ont paru très utiles, lorsqu'on y a substitué à temps quelques astringents légers.

Quand une excitation suffisante ne peut être obtenue par les pommades de précipité rouge, quelques instillations de nitrate d'argent suffisent pour ramener les vaisseaux à un état convenable. On prescrit en même temps un traitement général approprié.

### ARTICLE III.

#### BLESSURES, BRULURES DE LA SCLÉROTIQUE.

(*Sclérotite traumatique.*)

Les plaies de la sclérotique sont, en général, peu graves; celles par piqûres et par coupures se guérissent d'ordinaire avec une remarquable rapidité. On en a des exemples dans les cas où l'on est exceptionnellement dans la nécessité d'enlever des cataractes secondaires ou des corps étrangers, plutôt par la sclérotique que par la cornée. J'ai vu, cependant, quelques-unes de ces plaies suppurer et entraîner la perte de l'œil, et Hasner a observé aussi un cas dans lequel les lèvres d'une blessure de la sclérotique étaient enflées, infiltrées de pus d'un gris jaunâtre, et renversées en dehors. Chez un jeune garçon, qui s'était piqué l'œil avec une fourchette, la suppuration de la sclérotique s'est propagée à l'organe tout entier et en a provoqué la phthisie.

Les brûlures sont, en général, dangereuses et ont une marche fort insidieuse; j'en ai donné des exemples en m'occupant des brûlures de la cornée, page 320 et 321.

### ARTICLE IV.

#### TACHES NOIRES PIGMENTEUSES DE LA SCLÉROTIQUE.

On voit quelquefois sur la sclérotique des taches noir mat ou plus ordinairement brun foncé, d'étendue variable, et que les enfants apportent en naissant. J'ai observé plusieurs sujets qui présentaient ce phénomène; chez un d'eux, la fibreuse avait pris dans toute sa moitié externe cette couleur noir mat dont je viens de parler; près de la cornée, la tache avait une teinte café au lait. Dans un autre cas, toute la sclérotique droite était noire à divers degrés, tandis que la fibreuse du côté opposé avait la couleur normale. Le jeune homme qui présentait ce singulier phénomène n'avait jamais souffert des yeux, et c'était pour un autre motif qu'il était venu me voir. Ses iris étaient d'une couleur très foncée; ses cils, ses sourcils, sa barbe, ses cheveux, très noirs; sa peau était très brune.

Les taches de la sclérotique ne présentent aucune élévation, ce qui les distingue du staphylôme commençant de cette membrane; elles me paraissent dues à une anomalie de sécrétion du pigmentum choroïdien.

### ARTICLE V.

#### AMINCISSEMENT DE LA SCLÉROTIQUE.

La sclérotique s'amincit en avant, près de la cornée, ou en arrière autour du nerf optique. Dans ce dernier cas, la papille est isolée par un cercle blanc facile à voir avec l'ophthalmoscope; dans les deux, le malade devient myope.

Les congestions chroniques de l'œil, et en particulier celles de la choroïde, exercent assez ordinairement une grande influence sur l'épaisseur de la sclérotique.

Cette membrane, peu à peu distendue par la congestion vasculaire, s'amincit avec une extrême lenteur, et présente dans l'endroit où elle est le plus faible, une tache bleuâtre qui devient bientôt saillante, et est remplacée rarement par un staphylôme.

Lorsque la sclérotique résiste longtemps et ne se laisse point distendre, la congestion réagit davantage sur les milieux de l'œil;



l'iris est poussé en avant par le cristallin, la rétine est comprimée par le corps vitré, et les malades accusent, indépendamment d'une sensation de tension dans le globe, tous les symptômes d'une amblyopie. Survienne alors un amincissement partiel de la sclérotique, tous ces phénomènes de compression disparaîtront, et seront remplacés par un état de myopie peu marqué et facile à corriger.

Dans telle congestion chronique de l'œil, la sclérotique s'amincira promptement, tandis que dans telle autre elle ne cédera pas ; la vue est menacée seulement dans ce dernier cas, le foyer seul changera dans le premier.

J'ai cru reconnaître la cause de cette différence dans l'examen comparatif que j'ai fait de la sclérotique, sur un grand nombre de sujets du même âge. Chez les uns, cette membrane était très mince, tandis que chez les autres elle présentait une très forte épaisseur relative.

Je ne doute pas que l'observation de ce fait ne puisse conduire à l'explication de beaucoup de phénomènes qu'on remarque dans les congestions internes de l'œil.

L'hydrophthalmie partielle ou générale s'accompagne aussi d'amincissement de la sclérotique, qui présente alors dans son ensemble une teinte bleuâtre, parsemée çà et là de taches plus foncées.

## ARTICLE VI.

### STAPHYLÔME DE LA SCLÉROTIQUE.

Cette affection intéresse principalement deux membranes, la sclérotique et la choroïde.

C'est une tumeur circonscrite, molle, bleuâtre, ou tout à fait noire, assez souvent indolente, et de volume variable, qui, lorsqu'elle est placée dans l'hémisphère antérieur du globe, siège sur la sclérotique au-dessous de la conjonctive bulbaire.

Le staphylôme est quelquefois unique ; plus fréquemment il est multiple ; s'il est considérable, il peut être pris pour une dégénérescence mélanique.

On le divise en staphylôme *antérieur*, *latéral* et *postérieur* selon le lieu qu'il occupe.

Il est, avons-nous dit, d'un volume variable : tantôt c'est une

élévation bleuâtre, à peine visible, siégeant sous la muqueuse bulbaire ; tantôt, au contraire, c'est une tumeur qui peut acquérir la grosseur d'un pois, d'une noisette ou même de la moitié d'une noix. Alors elle soulève fortement la paupière correspondante.

Lorsque le staphylôme est placé en arrière, il est plus difficile de porter un diagnostic ; Scarpa, Monteggia, Jacobson, ont rapporté quelques exemples de ce cas. J'en ai observé plusieurs aussi : le staphylôme était placé en arrière, entre le muscle droit externe et le muscle droit inférieur ; les mouvements du globe étaient impossibles au dehors ; d'autres staphylômes plus petits se remarquaient sur la sclérotique.

Le staphylôme postérieur doit être facilement reconnu au moyen de l'ophthalmoscope, et, à l'aide de cet instrument, l'erreur ne doit pas être possible.

Les staphylômes postérieurs ne prennent pas seuls un volume considérable ; j'ai vu des staphylômes antérieurs en acquérir un tel, que l'occlusion des paupières en était empêchée.

**SYMPTÔMES ANATOMIQUES.** — Sous la conjonctive scléroticale, à un endroit plus ou moins éloigné de la cornée, mais toujours de 2 à 3 millimètres au delà de cette membrane, on aperçoit une ou plusieurs élévations bleuâtres, circonscrites et d'un volume variable, dont le sommet est d'une couleur plus foncée que le pourtour, lequel est presque toujours blanc jaunâtre ; le centre tire sur le bleu d'acier ou sur le noir.

Cette tumeur varie, quant au volume, depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un gros grain de raisin ou d'une forte noisette, et même davantage ; mais quel qu'en soit le volume, on reconnaît toujours qu'elle est formée de petits lobules, ou mieux, de bourrelets réunis par leur base. La sclérotique paraît saine dans tous les endroits autres que celui du siège de la tumeur, à moins qu'elle ne soit amincie dans son ensemble, ce qu'on voit assez souvent après les choroïdites de longue durée, ou lorsque la tumeur a pris un volume très considérable.

Les autres membranes de l'œil présentent des symptômes qui varient, selon le degré d'ancienneté ou de gravité de la tumeur scléroticale. On conçoit que, si le staphylôme est consécutif d'un amincissement très limité de la sclérotique, sans affection préalable des membranes internes, la vision sera conservée dans toute son intégrité.