

d'une augmentation de la pression intraoculaire, on pratiquera une ponction de la chambre antérieure, en ayant soin d'appliquer ensuite un bandeau compressif. Si la ponction plusieurs fois répétée ne suffisait pas, on pourrait faire une iridectomie.

Lorsque le staphylome existe déjà depuis un certain temps, sa présence peut être la cause de douleurs. Dans ce cas, au moindre trouble qui se manifeste sur l'œil sain, au moindre symptôme pouvant faire prévoir une ophtalmie sympathique, il faut intervenir. Plusieurs auteurs conseillent encore l'excision du staphylome par le procédé de CRITCHETT. Cette opération consiste à traverser avec quatre ou cinq aiguilles les bords supérieur et inférieur de la sclérotique, entre les muscles droits et le bord postérieur de la tumeur qui ensuite est excisée. On rapproche alors les points de suture, la réunion se fait rapidement, il reste un beau moignon sur lequel il est très facile d'adapter un œil artificiel. Malheureusement, cette opération séduisante en apparence atténue à peine les chances d'ophtalmie sympathique que court l'œil sain. La zone ciliaire, en effet, n'a pas été enlevée, le moignon est soumis aux poussées glaucomateuses; aussi est-il plus chirurgical et surtout plus sûr de procéder de suite à l'énucléation.

B. — STAPHYLOME PELLUCIDE

SYNONYMES. — Kératocone. — Eclasié conique de la cornée

On désigne sous ces différentes dénominations, une déformation de la cornée qui devient conique, tout en conservant sa transparence.

Étiologie. — Nos connaissances sur les causes et la pathogénie du kératocone sont encore des plus vagues, tout ce que nous pouvons affirmer, c'est que le kératocone s'observe surtout chez les sujets de quinze à vingt ans, et qu'il est plus fréquent en Angleterre que dans notre pays. DE GREFE en fait une affection de nature glaucomateuse; SICHEL (fils) considère cette anomalie comme étant congénitale; ABADIE assure qu'il s'agit d'un trouble nutritif. Fréquemment le staphylome pellucide se montre sur les deux yeux.

Symptômes. — En examinant de face un œil atteint de kératocone, la difformité n'est pas toujours reconnue d'emblée; la cornée cependant paraît plus brillante qu'à l'état normal. L'éclairage oblique met en relief une surface conique pellucide. Le sommet du cône correspond exactement au centre de la membrane; il n'est pas rare d'y constater la présence d'une opacité légère. Si l'on met le sujet en face d'une fenêtre, l'image de cette dernière réfléchiée par la cornée malade déformée, se présente bien différente de ce qu'elle est à l'état normal.

Pareille lésion ne saurait exister sans entraîner des troubles sérieux de la réfraction. Tout d'abord le malade accuse une légère amblyopie, puis plus tard une myopie fortement accentuée, accompagnée d'un astigmatisme irrégulier des plus manifestes. Ces divers troubles sont toujours très appréciables à l'ophtalmoscope. Il est rare d'observer des douleurs et des poussées intra-oculaires; l'augmentation de pression n'a pas été notée; il n'en

est malheureusement pas de même du ramollissement du globe de l'œil.

Traitement. — a) *Palliatif.* — DONDERS, pour remédier aux vices de réfraction résultant de cette infirmité, a conseillé l'emploi des lunettes sténopéiques. Elles permettent les études de cabinet, les travaux minutieux; mais comme avec de semblables instruments, le champ visuel est on ne peut plus restreint, dans beaucoup de cas ces lunettes sont plus gênantes qu'utiles. RAELHMANN a fait construire des verres à courbure compensatrice de la convexité cornéenne. Enfin ABADIE s'est bien trouvé de l'emploi de verres concaves forts. Dans le même but, BOWMANN a inauguré une opération spéciale, l'*iridodésis*; elle consiste à enclaver l'iris aux deux extrémités d'un diamètre vertical de la cornée, de façon à transformer l'ouverture pupillaire en une fente sténopéique. Ce procédé, d'une exécution fort délicate, est aujourd'hui abandonné à cause des accidents que peut entraîner cet enclavement de l'iris.

b) *Moyens curatifs.* — Un des plus rationnels est certainement le procédé conseillé par DE GREFE. Cet auteur propose d'exciser au sommet du cône un petit lambeau comprenant les 2/3 de l'épaisseur de la cornée, puis de cautériser légèrement pendant les jours suivants le fond de la plaie, de façon à retarder la guérison; on favorise ainsi la formation d'une cicatrice dont la rétractilité corrige en partie la saillie cornéenne, malheureusement il reste alors un leucome fort gênant. Dans le même but, BOWMANN a fait la trépanation de la cornée, et COURSERANT a conseillé de perforer le sommet du staphylome avec la pointe d'un galvano-cautère.

§ 4. — Maladies de la sclérotique

2° LÉSIONS TRAUMATIQUES

Bibliographie. — BARETTI, *Gazette italienne, États-Sardes*, janvier 1833. — WHITE COOPER, *Ruptures de la sclérotique*, in *Ann. d'ocul.*, t. XXXII, p. 157, 1854. — POMMEROY, *Sut. de la sclér.*, in *Boston Med. and Surg. Journal*, 1856. — G. LAWSON, *Plaie par ponct. de la sclér.*, etc., *Suture*, in *Opht. Hosp. Rep.*, 1869 et *Ann. d'ocul.*, t. LXVII, 1872. — TH. WINDSOR, *Trait. de plaies de l'œil par la suture*, in *Ann. d'ocul.*, même volume, p. 223. — CH. KERZENDORFER, *Deux cas de plaies pén. de la sclér.*, in *Arch. d'opht. et d'otol.*, 1879. Thèses de Paris. — 1866, DUBLANCHET. — 1879, FRIBOURG.

A. — RUPTURES DE LA SCLÉROTIQUE

Les contusions du globe de l'œil, lorsqu'elles sont un peu violentes, occasionnent parfois une rupture de la sclérotique. Parmi les causes les plus fréquentes de cet accident, il faut signaler les coups portés par les corps orbes: coups de poing, de bâton, coups de balle à jouer, chute sur un corps moussu.

L'observation clinique des faits permet d'établir un certain nombre de propositions précises.

1° La rupture se produit toujours dans le point diamétralement opposé à celui qui a été contus.

2° D'une façon constante, la solution de continuité est située à 3 ou 4 millimètres en arrière du cercle scléro-cornéen, au niveau même de la région ciliaire, (YVERT) en général à la partie supérieure et interne du globe de l'œil, entre l'insertion du droit interne et du droit supérieur, un peu en avant du tendon de ce dernier muscle.

3° La plaie ainsi produite est d'ordinaire très nette.

Plusieurs raisons ont été invoquées pour expliquer le siège constant de ces ruptures. Pour notre ami YVERT, le motif de cette circonstance est purement mécanique, le choc se transmet intégralement dans toutes les directions; la rupture, dès lors, doit se faire dans le point le moins résistant de l'enveloppe, en arrière de la cornée, au niveau des insertions musculaires des droits. Quant à la localisation de la déchirure au voisinage des droits supérieur et interne, elle est expliquée par la forme même de l'orbite qui laisse à découvert le globe oculaire en bas et en dehors, c'est-à-dire au point diamétralement opposé.

Symptômes. — La forme de ces ruptures est le plus souvent celle d'un croissant allongé, généralement la conjonctive résiste et une ecchymose sous-conjonctivale très accusée masque la lésion; à la pression, on constate que le globe de l'œil est moins résistant que celui du côté opposé. Fréquemment l'iris est hernié dans la plaie, il peut même avoir été sectionné, de là des modifications de la pupille. Le cristallin, qui a conservé sa situation normale, est légèrement tremblotant. Le corps vitré, la choroïde et la rétine sont intacts, aussi la vision subit-elle, en général, de légères altérations.

Pronostic. — La gravité des ruptures de la sclérotique dépend de la présence ou de l'absence d'enclavement de l'iris. L'existence de semblable complication entraîne toujours pour plus tard une menace d'ophtalmie sympathique.

Traitement. — L'intervention est des plus simples. Plusieurs fois par jour on instillera entre les paupières une goutte d'un collyre à l'ésérine, de façon à prévenir ou à réduire le prolapsus irien; on appliquera ensuite un bandeau compressif. Si des accidents inflammatoires menacent de se produire, on fera une application de sangsues dans la région temporale. Telle sera la conduite générale dans tous les cas; l'issue du corps vitré et la luxation du cristallin ne modifient en rien les indications; plus tard, lorsque la plaie scléroticale sera cicatrisée, on interviendra.

B. — PLAIES DE LA SCLÉROTIQUE

Les plaies de la sclérotique se divisent en plaies non pénétrantes et plaies pénétrantes; dans le premier cas, la membrane a été intéressée partiellement ou en totalité, mais la choroïde et la rétine sont intactes; dans le second cas, la blessure a intéressé aussi les membranes profondes, le corps vitré communément directement avec l'extérieur.

Les plaies par instrument piquant, bornées à la sclérotique seule, n'ont aucun intérêt. Il n'en est plus de même lorsque l'instrument a pénétré dans la cavité oculaire; on peut alors constater peu après, la présence d'un épanchement sanguin dans le corps vitré, ou assister ultérieurement au développe-

ment d'une irido-choroïdite. La gravité des plaies par instrument tranchant varie aussi suivant qu'elle sont pénétrantes ou non, suivant leur profondeur et leur situation. Le plus ordinairement, elles siègent dans le segment antérieur de l'œil, et malheureusement au voisinage de la région ciliaire.

Les plaies non pénétrantes sont de simples érosions, ou bien la blessure a divisé la membrane dans toute son épaisseur. Les érosions n'ont aucune gravité, quelques gouttes d'atropine en instillation, le repos absolu de l'organe assuré par l'application du bandeau compressif, suffiront dans tous les cas. Il est rare qu'une blessure par instrument tranchant soit limitée à la sclérotique, nous croyons même le fait pratiquement impossible. Généralement, la choroïde et la rétine sont aussi déchirées. L'issue du corps vitré est alors fréquente ainsi que la luxation du cristallin, la lentille même peut être expulsée et l'œil se vide complètement.

Ces plaies s'accompagnent d'écoulement sanguin dû à la blessure de la choroïde; le sang s'écoule librement au dehors, s'infiltré sous la conjonctive ou se répand dans le corps vitré. Les troubles de la vision sont alors très accentués, les douleurs au contraire presque nulles, au point que certains malades se doutant peu de la gravité de leur état, sont restés parfois plusieurs jours sans réclamer du secours.

Pronostic. — Le pronostic des plaies de la sclérotique dépend des complications: (issue du corps vitré, luxation du cristallin). Par elle-même, en effet, la division de la sclérotique n'a pas une gravité bien grande, surtout si l'on y remédie par un traitement approprié.

Traitement. — Lorsque la membrane fibreuse est intéressée dans sa totalité, que la plaie soit pénétrante ou non, il ne faut pas se borner, comme on le faisait jadis, à la simple compression du globe oculaire; on doit recourir d'emblée à la suture des lèvres de la plaie. Cette petite opération sera faite avec des fils de catgut ou de soie phéniquée, elle comprendra toute l'épaisseur de la sclérotique. La suture ainsi faite prévient l'issue de l'humeur vitrée et donne une cicatrisation régulière. CRITCHETT, BOWMANN, WINDSOR, GALEZOWKI ont obtenu ainsi de fort beaux résultats.

2° INFLAMMATION DE LA SCLÉROTIQUE : SCLÉRITE, ÉPISCLÉRITE, PÉRISCLÉRITE

Bibliographie. — SICHEL, *Bull. de therap.*, t. XXXII, 1847, p. 209. — WHITE COOPER, *Ann. d'ocul.*, 1853, t. XXIX, p. 98. — TAYLOR, in *Ibid.*, 1860, t. LXIII, p. 280. — STURGIS, *Sclérite syphil.*, in *Arch. f. Derm.*, t. 1^{er}, New-York, 1875. — ABADIE, *Salicyl. de soude en therap. ocul.*, in *Bull. gén. de therap.*, t. CXVII, 1879. Thèses de Paris. — 1873, MASMONTÉIL. — 1876, RENAUD.

Symptômes. — L'inflammation de la sclérotique se montre tout d'abord sous forme d'une tache rouge bleuâtre, dont la teinte s'accroît peu à peu jusqu'à devenir lie de vin. A mesure que la nuance se développe, on voit se former un léger soulèvement, une bosselure au centre des parties ainsi maculées. Cette saillie représente un bouton de volume variable qui a la plus grande analogie

avec une phlyctène conjonctivale. Son siège habituel est le segment inférieur de l'œil, à la jonction de la cornée avec la sclérotique, près de l'insertion du droit externe. Le plus souvent il n'y a qu'un seul bouton; cependant on en rencontre deux et même trois. L'aspect de cette saillie peut facilement induire en erreur un observateur inattentif, et fréquemment la sclérite a été prise pour une kératite phlycténulaire; mais, fait caractéristique, ce bouton est recouvert dans toute son étendue d'un lacis vasculaire formé par les vaisseaux de la conjonctive et mobile sous la pression du doigt; or, rien de semblable dans le cas de phlyctène, affection constituée par une simple saillie de l'épithélium. Contrairement encore à cette dernière, la petite tumeur qui forme la sclérite ne s'ulcère jamais.

Symptômes fonctionnels. — La douleur occasionnée par l'épiscélrite est habituellement presque nulle; il n'y a pas de photophobie, le malade se plaint simplement d'un peu de gêne dans les mouvements des paupières et de larmoiement. Cette atonie complète contraste singulièrement avec la rougeur intense de la tache. Les choses se passent différemment dans quelques cas fort rares (forme aiguë du mal); les malades accusent alors une douleur intense, avec photophobie et larmoiement.

Complications. — Lorsque la saillie sclérale est située tout près de la cornée, cette membrane, dans la partie qui avoisine le bouton, devient le siège d'une opacité gris jaunâtre, mate, diffuse; on peut encore constater l'existence de troubles inflammatoires du côté de l'iris.

Marche. Terminaison. — La marche de la maladie est excessivement lente, elle persiste pendant douze ou quinze mois, puis disparaît complètement, ne laissant d'autre trace de son passage qu'une pigmentation de la sclérotique. L'opacité cornéenne se résout peu à peu et disparaît aussi entièrement.

Étiologie. — L'épiscélrite, affection assez rare, se montre ordinairement chez les adultes. Elle paraît avoir avec le rhumatisme des affinités très nettes; presque toujours, en effet, elle se montre chez les sujets qui déjà ont été frappés de rhumatisme articulaire chronique; DE WECKER même prétend que son apparition sur une personne jusque-là indemne de toute manifestation rhumatismale, suffit pour que l'on puisse affirmer l'existence de cette diathèse. Quelques auteurs ont pu rattacher cette affection à la syphilis, enfin YVERT l'aurait vue survenir après un traumatisme.

Traitement. — Tous les auteurs sont unanimes pour proscrire l'emploi des collyres irritants. Plusieurs fois par jour, le malade fera des fomentations chaudes sur les paupières, ou prendra des douches de vapeur. Pendant le reste du temps et aussi durant la nuit, on appliquera le bandeau compressif. L'atropine ne doit être employée que s'il existe une complication du côté de l'iris. DE WECKER insiste sur l'emploi des injections hypodermiques de pilocarpine (sept à huit gouttes de chlorydrate), il donne en même temps de l'iodure de potassium à la dose de 1 ou 2 grammes par jour. ABADIE, chez les rhumatisants, prescrit le salicylate de soude à la dose de 4 grammes par jour. Au lieu de pilocarpine, pour favoriser la sudation il fait prendre la décoction de ZITTMANN. Si ces moyens ne suffisent pas, il faut recourir à la péritomie.

CHAPITRE VI

MALADIES DE L'IRIS ET DE LA CHOROÏDE

I^o MALADIES DE L'IRIS1^{er}. — Lésions traumatiques1^o PLAIES DE L'IRIS

Bibliographie. — WHITE COOPER, *De la déchirure du cercle interne de l'iris*, in *Ann. d'ocul.*, 1855, t. XXXIV, p. 246. — DOHMEN, *Klinische Monatsbl. f. Augenh.*, 1867 et *Ann. d'ocul.*, 1869, t. LXII. — ABADIE, art. IRIS, in *Nouv. dict. de méd. et chir. prat.*, t. XIX, 1874. — ARLT, YVERT, *Traité des blessures du globe de l'œil*.

Les plaies de l'iris, quelle que soit leur cause, s'accompagnent toujours de lésions du cristallin; on ne conçoit même pas, sauf les cas d'éraillure de cette membrane ou d'absence du cristallin, l'existence d'une plaie traumatique de l'iris sans lésion de la lentille.

Le fait seul de la lésion de l'iris donne lieu à un certain nombre de symptômes spéciaux. 1^o Il existe toujours dans la chambre antérieure un épanchement sanguin (hypoéma), dont l'abondance varie. 2^o L'iris est en général fortement contracté. 3^o La plaie de l'iris, déformée par le spasme réflexe, paraît linéaire (coloboma de l'iris). 4^o Lorsque la lésion cornéenne ou scléroticale sans laquelle la plaie de l'iris ne saurait exister est un peu étendue, il existe presque constamment un prolapsus irien; on peut conclure de là que le pronostic dépend bien plus des complications que de la plaie de l'iris même. Aussi, dans la majeure partie des cas, le chirurgien devra-t-il garder une grande réserve.

Pendant les premiers jours, on s'attachera à prévenir les complications inflammatoires: émissions sanguines, révulsifs, réfrigérants, instillations d'ésérine, bandeau compressif seront employés avec avantage. On s'assure qu'aucun corps étranger n'est resté entre les lèvres de la plaie ou sur ses bords. L'iris hernié peut être enclavé dans la plaie cornéenne ou scléroticale: il faut tenter de réduire cette hernie et si l'on ne peut y parvenir, faire l'excision du prolapsus.

2^o CORPS ÉTRANGERS DE L'IRIS ET DE LA CHAMBRE ANTÉRIEURE

Il n'est pas absolument rare de voir des corps étrangers enclavés dans l'iris ou logés dans la chambre antérieure. Ils ont généralement pénétré en