

Nous avons vu, par exemple, une lésion minime de la cristalloïde occasionner la formation d'une cataracte traumatique. De même, si pour un motif quelconque la composition de l'humeur aqueuse varie, la nutrition n'étant plus normale, le cristallin s'opacifiera. Or une foule de circonstances font varier la composition de l'humeur aqueuse; la densité de ce liquide, en effet, est en rapport avec celle du sérum du sang; dès lors, si la densité du sérum augmente, il en sera de même de celle de l'humeur aqueuse, ce qui suffira pour rendre l'osmosose impossible.

Telle serait la cause de la formation d'opacités chez les diabétiques, dont l'humeur aqueuse devient plus dense par suite des déperditions d'eau que subit l'économie (diabète insipide), ou de la présence de sucre (STÆBER, DONNERS, BECKER). FRERICHS admet en outre le mélange de ce liquide avec l'acide lactique; même fait se produit mécaniquement chez les cholériques, dont le sérum s'épaissit par suite des déperditions que subit l'organisme. C'est encore de la même façon qu'agiraient les sueurs profuses (DE WECKER, ABADIE.) Ainsi s'expliquerait la fréquence de cataractes chez les forgerons, les verriers et autres artisans, qui ont souvent des sueurs considérables.

L'expérimentation a confirmé ici la théorie. KUNDE, en injectant du chlorure de sodium dans les veines des grenouilles, de manière à augmenter la densité de leur sérum, a obtenu la formation d'opacifications.

Anatomie pathologique. — A. *Cataracte lenticulaire.* — CH. ROBIN reconnaît dans ce groupe quatre variétés :

1° *Cataracte dure.* — Elle est caractérisée par la présence d'un noyau central extrêmement dur, dont la coloration varie : il peut être jaune-ambé, brun, noir, vert. La cataracte sénile est le type de ce genre. Les opacifications débutent tantôt par le noyau, tantôt par les masses corticales de la lentille.

Le développement de la cataracte dure est toujours excessivement lent.

2° *Cataracte molle.* — L'opacification au début affecte dans ce cas la forme de stries, de lignes, dont le mode de distribution a donné naissance à différentes dénominations : *C. striée, C. étoilée, C. à trois branches, C. barrée, C. fenêtrée, C. déhiscente, C. pointillée, etc.*

La cataracte molle débute habituellement par les couches corticales; arrivée à son développement complet, elle présente une teinte d'un blanc bleuâtre avec reflets chatoyants, et se développe d'ordinaire chez des sujets encore jeunes; son évolution est rapide. Les cataractes traumatiques, ainsi que nous l'avons vu, affectent fréquemment cette forme; il en est de même des cataractes diabétiques, et de celles qui sont sous la dépendance d'une lésion des membranes profondes de l'œil.

3° *Cataracte liquide.* — On a cru pendant longtemps ces cataractes formées par l'altération d'une couche liquide que l'on supposait exister à la face antérieure du cristallin (humeur de Morgagni). De là le nom de *Cat. morgagnienne* donné à l'affection. Nous savons aujourd'hui que ce liquide n'existe pas pendant la vie. L'humeur de Morgagni résulte de la dissociation, après la mort, des cellules qui constituent la couche de consistance gommeuse de la face antérieure du cristallin (CH. ROBIN). La cataracte liquide, cystique ou morgagnienne, se forme par une destruction morbide analogue, avec production de

gouttes graisseuses et de granulations solides. La présence de ces éléments explique la teinte laiteuse spéciale de ces cataractes.

4° *Cataracte pierreuse.* — La lésion consiste ici en dépôts de sels calcaires (phosphates de chaux en particulier) qui, d'après CH. ROBIN, s'incrustent molécule à molécule dans les éléments du cristallin. La lentille est tantôt grisâtre, tantôt d'un blanc crayeux; habituellement sa consistance est très considérable, quelquefois cependant la cataracte est friable, comme crayeuse, on la dirait constituée par du plâtre qui a fait mal prise.

B. *Cataracte capsulaire et capsulo-lenticulaire.* — D'après la dénomination de la cataracte capsulaire, on pourrait croire que les opacités siègent dans la capsule elle-même : or, il n'en est rien. C'est là un fait que MALGAIGNE a démontré le premier. Les recherches plus minutieuses des histologistes nous ont appris que la cristalloïde conserve dans tous les cas sa transparence. Les opacités toujours sous-jacentes résultent de la prolifération des cellules de la face antérieure du cristallin. Ces cataractes sont la plupart du temps secondaires, et se forment seulement lorsque le noyau est déjà complètement opaque. D'après ABADIE, il existerait cependant des cas dans lesquels l'altération est incontestablement primitive; elle serait alors liée à un processus inflammatoire de l'iris ou de la région ciliaire. Ces dépôts se montrent sous forme de plaques blanchâtres occupant la région papillaire; à l'éclairage oblique, leur coloration tranche nettement sur la teinte jaunâtre du noyau central. La cataracte est dite antérieure lorsque les opacités siègent sur la cristalloïde antérieure, postérieure dans le cas contraire; cette dernière est presque toujours capsulo-lenticulaire, et d'un diagnostic plus difficile que celui de la première variété.

Symptômes. — 1° *Troubles fonctionnels.* — 1° Les sujets atteints de cataracte se plaignent d'une diminution croissante de l'acuité visuelle, les objets leur apparaissent comme à travers un brouillard qui s'épaissit de jour en jour. — 2° Ils aperçoivent souvent dans leur champ visuel des points noirs semblables à des mouches, à des fils. Ces points sont fixes, et se déplacent seulement avec l'œil du malade dont ils suivent exactement les mouvements; ils résultent de l'obstacle apporté par les opacités au passage des rayons lumineux. De plus, lorsque le cataracté regarde une source de lumière (lampe, bougie, bec de gaz), la flamme lui paraît irisée. 3° La vision des sujets atteints de cataracte présente de curieuses particularités, qui varient du reste suivant que les opacités se forment au centre ou à la périphérie. Si les opacités sont centrales, le malade distingue mieux les objets en les regardant obliquement; de plus, son acuité visuelle augmente dans les lieux à demi obscurs et diminue lorsque la lumière est un peu vive; ainsi la vue est meilleure le matin au petit jour et le soir au crépuscule que pendant la journée. L'explication de ces faits est simple; l'iris est resté mobile, dans la demi-obscureté la pupille se dilate, et comme les parties périphériques de la lentille sont encore transparentes, les rayons lumineux arrivent facilement au fond de l'œil; au grand jour au contraire, ou dans un lieu éclairé, la pupille devient punctiforme, les rayons lumineux qui traversent cet orifice sont arrêtés par les parties centrales du cristallin; dès lors, pas de vision. Ces faits nous expliquent encore la démarche spéciale du malade; le cataracté s'avance la

tête penchée en avant, souvent il se fait un écran avec sa main placée devant les yeux. Au contraire, le malade atteint de lésions profondes, celui que l'on appelait jadis amaurotique, marche la tête haute et les yeux grands ouverts comme pour recevoir le plus de rayons lumineux possible. Si les opacités occupent la périphérie, les phénomènes sont moins marqués, et de plus absolument inverses. Ainsi le malade voit plus distinctement à la lumière que dans une demi-obscurité.

Ces différents symptômes n'avaient pas échappé aux anciens. Sur cet ensemble ils basaient le diagnostic différentiel des cataractes avec les amauroses. Pour reconnaître la cataracte, nous disposons aujourd'hui de méthodes d'exploration d'une précision remarquable; nous voulons parler de l'examen direct soit à l'éclairage oblique, soit avec le miroir ophtalmoscopique.

Examen à l'œil nu, examen à l'éclairage oblique. — Si par un de ces procédés on regarde l'ouverture pupillaire, les phénomènes observés varient suivant l'âge du sujet. Chez l'enfant, la pupille franchement noire présente en outre des reflets chatoyants, dont l'intensité s'accroît de plus en plus à mesure que l'on avance en âge. La réflexion partielle de la lumière par les parties centrales du cristallin dont la réfringence a augmenté, explique parfaitement ce fait. Chez les vieillards, ces reflets sont très accusés, il faut être sur ses gardes et ne pas prendre le noyau sclérosé pour une cataracte. À l'éclairage oblique « les opacités apparaissent avec une grande netteté dans le champ pupillaire, sous forme de taches plus ou moins régulièrement triangulaires, de couleur blanc-grisâtre, lorsqu'elles siègent dans la substance corticale antérieure, ou au contraire gris-jaunâtre, lorsqu'elles occupent la substance corticale postérieure » (A. SICHEL). Si la cataracte est complète, sa coloration varie, ainsi que nous l'avons vu, avec les circonstances.

Examen avec le miroir de l'ophtalmo-scopie. — Si l'on éclaire le fond de l'œil à l'aide d'un miroir, la lumière renvoyée par la rétine illumine fortement l'ouverture pupillaire, qui apparaît généralement comme un disque rouge. Mais, par la pensée, interposez sur le trajet des rayons ainsi réfléchis des points obscurs, ils arrêteront une partie des rayons et se projettent sous forme de taches plus ou moins foncées sur le fond du disque rouge. L'examen au miroir permet ainsi de reconnaître exactement le nombre et la grandeur des opacités. Pour ces recherches, le miroir plan est préférable au miroir concave; la lumière peu intense du premier, facilement arrêtée, décèle les moindres taches. On pourra compléter cet examen par la recherche des images de SANSON et de PURKINJE.

Diagnostic différentiel. — Avec les méthodes que nous venons d'exposer, il est généralement facile de diagnostiquer l'existence d'une cataracte, et de la différencier d'avec les affections profondes de l'œil. Mais il ne suffit pas de dire : il existe une cataracte; il faut encore en établir la nature et savoir si elle est simple ou compliquée.

La nature de la cataracte se reconnaît surtout par l'éclairage latéral. La cataracte dure se présente généralement alors avec une teinte ambrée, d'autant plus intense que la consistance du noyau est plus grande; lorsqu'il existe encore des parties transparentes, l'éclairage oblique les décèle rapidement.

Les cataractes molles offrent une teinte blanc-bleuâtre, avec opacités périphériques. Enfin les cataractes liquides ont un aspect laiteux bien caractéristique. Nous avons déjà indiqué toutes ces nuances, nous ne nous y arrêterons pas plus longtemps.

Au point de vue du pronostic et des indications opératoires, il est surtout nécessaire de savoir si la cataracte est simple ou compliquée. Il faut ici procéder avec ordre et méthode. Tout d'abord, on examinera l'état de la cornée et de l'iris. Les altérations de cette dernière : changement de coloration, immobilité de la pupille, existence de synéchies antérieures ou postérieures, sont autant d'indices précieux dont la présence mettra le chirurgien sur la voie du diagnostic. Ce premier examen terminé, on doit interroger avec soin le malade, s'informer de l'espace de temps qui s'est écoulé depuis l'apparition des accidents dont on constate les vestiges, demander dans quelles circonstances et comment ils ont apparu, s'ils ont été précédés ou accompagnés de douleurs, etc. Le chirurgien examinera alors la consistance du globe oculaire malade, en pressant doucement et alternativement sur chacun des deux yeux. Si ces deux organes étaient atteints, il prendrait pour terme de comparaison la consistance fournie par l'œil d'un sujet sain ou même par le sien. Tout changement dans la tonalité du globe oculaire doit faire songer à une lésion des membranes profondes.

Pour nous renseigner sur l'état de ces membranes, il faut, dit ABADIE, examiner successivement : 1° l'état de la perception lumineuse; 2° l'étendue du champ visuel; 3° la faculté de projection de la rétine.

Quelle que soit la consistance de la cataracte, lorsqu'il n'existe pas de complication intra-oculaire, le malade doit pouvoir distinguer la lumière d'une lampe placée à trois ou quatre mètres, et même accuser les variations d'intensité de l'éclairage, que produit à volonté l'observateur en baissant la mèche de la lampe ou en masquant la lumière.

L'exploration du champ visuel se fait à l'aide d'une bougie que l'on promène dans toutes les directions autour de l'œil; il faut que le malade puisse toujours indiquer la position de la flamme et le côté par lequel vient la lumière. Reste enfin la faculté de projection de la rétine sur laquelle nous renseigneront les phosphènes.

Pronostic. — Abandonnée à elle-même, la cataracte est une affection qui entraîne fatalement la cécité. Mais hâtons-nous d'ajouter que les méthodes de traitement dont nous disposons modifient très heureusement la gravité du pronostic. Les résultats de l'intervention chirurgicale varieront bien entendu avec la nature même de la lésion. De toutes les variétés, la cataracte complètement dure, simple, sénile, est celle qui guérit le plus facilement. Dans quelle proportion? il est bien difficile de donner des chiffres, car ainsi que le fait remarquer WARLOMONT, la plupart des statistiques des oculistes sont des réclames mal déguisées où la sincérité fait trop souvent défaut, et il faut se défier des 97 et 98 p. 100 de succès que nous voyons publier à chaque instant. Sans rien préciser, nous nous bornerons à dire que la cataracte donne de bons résultats opératoires. Il est loin d'en être de même malheureusement pour les cataractes liquides. Quant aux cataractes compliquées, le chirurgien

n'est autorisé à intervenir que sur la demande formelle du malade, et après que ce dernier aura été prévenu des accidents auxquels il s'expose.

Traitement. — Nous nous bornerons aux indications générales de traitement, renvoyant le lecteur aux traités spéciaux ou aux ouvrages de médecine opératoire pour la description de l'opération elle-même.

Tout d'abord, on doit bien savoir qu'il n'existe aucun traitement interne, aucun moyen pharmaceutique, aucun baume qui jouisse de la propriété de faire dissoudre les cataractes ou de les arrêter dans leur évolution. Il faut recourir à une intervention chirurgicale; cependant le chirurgien devra surveiller de temps à autre son malade, lui faire porter des lunettes bleu cobalt; instiller de loin en loin quelques gouttes d'atropine de façon à améliorer la vision, etc. Les indications de l'opération comportent un certain nombre de questions.

1° *Quand doit-on opérer la cataracte? Faut-il attendre qu'elle soit arrivée à maturité complète?* Évidemment il est plus facile d'opérer lorsque cette dernière condition est remplie; mais avant que la cataracte soit complète, il se passe souvent un temps fort long pendant lequel le malade est dans une situation précaire, surtout s'il a besoin de pourvoir à sa subsistance par son travail. Aussi vaut-il mieux prendre pour règle de conduite d'opérer dès que la lésion entraîne une diminution de l'acuité visuelle incompatible avec les nécessités de la vie; il n'y a du reste aucun inconvénient à agir de la sorte, si l'on prend la précaution d'enlever avec soin les masses corticales.

2° *La cataracte est unilatérale, l'œil du côté opposé est sain, faut-il opérer?* Avec DE GRÆFE et la plupart des auteurs, nous croyons que dans ce cas on doit opérer. Si l'œil du côté opposé est absolument sain, l'opération aura pour résultat de rétablir la vision binoculaire et d'agrandir le champ visuel; s'il est malade, on ne peut attendre pour intervenir que le sujet soit complètement aveugle.

3° *Doit-on opérer les deux yeux à la fois?* Les avis sont partagés. Cependant nous croyons, avec la majorité des chirurgiens, qu'il vaut mieux commencer par opérer un seul œil. Si malgré les précautions prises, il survenait des accidents, on aurait la ressource d'opérer ultérieurement le second œil.

Telles sont les règles principales sur lesquelles on doit se baser. L'opération étant décidée, suivant les cas deux méthodes s'offrent au chirurgien: dissection et extraction, la méthode dite par abaissement étant à peu près abandonnée aujourd'hui. Il ne nous appartient pas, dans un traité de ce genre, de décrire le manuel de ces opérations; nous rappellerons seulement que l'extraction s'applique aux cataractes dans lesquelles existe un noyau (demi-molles, demi-dures, dures), la dissection suffit pour les cataractes qui ne contiennent pas de noyau.

2° LUXATION SPONTANÉE

Bibliographie. — J. SICHEL, *Ann. d'ocul.*, 1847, t. XVIII, p. 127. — QUAGLINO, *Giorn. d'ottalm. ital.*, 1860. — HÖRING, *Réduction d'une lux.*, in *Ann. d'ocul.*, t. LXII, 1869. — DUVAL, Thèse de Paris, 1874. — MAUREL, *Bull. de thérap.*, 1878. — BELLOUARD, *Arch. d'opt.*, 1881.

Spontanées ou traumatiques, les luxations du cristallin présentent les mêmes symptômes et réclament un traitement semblable. Pour éviter des répétitions inutiles, nous nous bornerons à établir les causes de cette affection, et à en discuter la pathogénie.

Étiologie. Pathogénie. — Dans les conditions normales, le cristallin est solidement maintenu dans sa position par la zone de Zinn qui lui forme une sorte de ligament suspenseur, et aussi par les adhérences intimes qui existent entre cette lentille et l'humeur vitrée. Toute cause qui modifiera ces rapports normaux sera susceptible d'entraîner une luxation; ainsi agissent les ruptures de la zone. Ces dernières se produisent mécaniquement, ou reconnaissent pour origine un état pathologique de cette membrane. On observe les ruptures mécaniques dans la myopie progressive et dans quelques cas de staphylome de la région ciliaire. Les ruptures pathologiques sont généralement liées à des altérations du corps vitré (synchisis étincelant); d'après BELLOUARD, elles pourraient résulter aussi d'un état morbide du tractus uvéal et de l'appareil choroïdien. Sur les yeux atteints de semblable lésion, le moindre traumatisme hâtera la luxation.

3° LÉSIONS CONGÉNITALES. — CATARACTES CONGÉNITALES

Bibliographie. — HUTCHINSON, *Ophth. Hosp. Report*, 1869. — J. CHAUVEL, *Arch. gén. de méd.*, t. I^{er}, 1874. — CRITCHETT, *Ann. d'ocul.*, 1875. — DOR, *Lyon médic.*, 1880. Thèses de Paris. — 1858, MORAUD. — 1867, RUCK. — 1873, DENIS. — 1874, DURAND.

On rencontre parfois chez les tout jeunes enfants des opacités partielles ou totales du cristallin; elles ont reçu le nom de cataractes congénitales et présentent diverses variétés, on étudie en général les trois suivantes.

1° *Cataracte zonulaire, stratifiée, périnucléaire.* — Cette variété de cataracte est caractérisée par la présence d'une opacité centrale circulaire. Mais tandis que dans la cataracte nucléaire l'opacité va en augmentant de la périphérie au centre, ici c'est absolument le contraire; le noyau central conserve sa transparence, et les parties opaques forment autour de lui un cercle complet. *Cataracte périnucléaire.* — Généralement bilatérale, la cataracte zonulaire s'accroît pendant les premières années de la vie et reste ensuite absolument stationnaire. La vision, considérablement gênée, est meilleure dans une demi-obscurité qu'au grand jour.

Lorsqu'elle reste stationnaire, cette cataracte doit être respectée; pour améliorer la vision, on pourrait toutefois tenter une iridectomie. Si la maladie a de la tendance à progresser, ce que dénote la présence de stries rayonnées dans l'épaisseur du cristallin, la dissection ou l'extraction sera indiquée.

Cataracte polaire, antérieure, postérieure. — Ces formes sont caractérisées par la présence d'opacités qui occupent l'un des pôles du cristallin. La cataracte polaire antérieure fait parfois une saillie très appréciable dans la chambre antérieure, elle prend alors le nom de *cataracte pyramidale*. Cette variété se complique souvent de la présence d'opacités ou de cicatrices sur

la cornée : on doit la considérer comme le résultat d'une inflammation de cette membrane avec ou sans perforation.

Ces opacités ne déterminent pas en général une gêne suffisante pour nécessiter une opération.

3^s *Cataracte molle complète*. — Le cristallin, complètement opaque dans ce dernier cas, présente un aspect gris-bleuâtre, la vision est impossible. Il faut alors intervenir au plus tôt; la dissection est généralement le procédé recommandé.

§ 3. — Maladies du corps vitré

1^o OPACITÉS DU CORPS VITRÉ. — MOUCHES VOLANTES

Bibliographie. — J. SICHEL, *Gaz. des Hôp.*, 1862. — PAGENSTECHE, *Centralbl. für die med. Wissenschaft*, 1869. — CARNUS, Thèse de Paris, 1874, *Trait. par les courants continus*. — F. PONCET, *Ann. d'ocul.*, 1875.

Il existe deux variétés bien distinctes de mouches volantes : les unes subjectives, les autres objectives. Les premières tiennent habituellement à une fatigue de l'accommodation, elles sont absolument invisibles à l'ophtalmoscope, et leur étude ne saurait nous arrêter; les secondes, parfaitement appréciables, nous occuperont seules.

Symptômes. — L'examen direct de l'œil au simple miroir permet de reconnaître dans le corps vitré la présence de corps floconneux grisâtres ou noirâtres, qui se déplacent avec la plus grande facilité sous l'influence des mouvements du globe oculaire lui-même. Le nombre de ces flocons est très variable; dans certaines formes de rétinite spécifique, nous avons vu qu'ils tourbillonnaient parfois comme des flocons de poussière soulevés par le vent. Ils peuvent être en quantité assez grande pour que l'examen du fond de l'œil soit rendu difficile; la papille apparaît alors rougeâtre, nuageuse, on dirait qu'elle est vue à travers un brouillard.

Les troubles fonctionnels occasionnés par la présence de ces corps dépendent de leur nombre. Lorsqu'ils sont très abondants, la vision distincte est gênée, presque impossible; lorsque, au contraire, leur nombre est restreint, ils constituent une affection agaçante plutôt qu'une véritable infirmité. Toutes les fois que le malade veut fixer un objet, il voit dans son champ visuel un ou plusieurs points noirs (*mouches volantes*). Ce phénomène, surtout appréciable lorsque la vue se porte sur des surfaces blanches, est connu sous le nom de *myodésopsie* ou *myédésopsie*. Le sujet apprend à se débarrasser momentanément de ces mouches en imprimant divers mouvements au globe oculaire, mais elles ne tardent pas à se montrer de nouveau.

Pronostic. Étiologie. — Les opacités du corps vitré sont habituellement une conséquence ou un symptôme d'une affection inflammatoire des membranes profondes. On les rencontre souvent chez les myopes atteints de scléroroïdite; nous avons vu qu'elles étaient fréquentes dans les diverses rétinites, à la suite des hémorragies choroïdiennes ou rétiniennes. Aussi leur

pronostic est-il des plus variables, suivant l'origine. Chez les myopes en particulier, leur apparition est toujours d'un fâcheux augure; elle dénote une suractivité nouvelle survenue dans le processus morbide; souvent même les mouches volantes sont le signe précurseur d'un ramollissement du corps vitré ou d'un décollement de la rétine.

Traitement. — La thérapeutique est absolument subordonnée à la cause qui a donné naissance aux opacités; suivant les cas, on aura donc recours aux révulsifs ou aux mercuriaux. Il faut corriger avec soin la réfraction, et conseiller au malade d'éviter les travaux prolongés.

2^o RAMOLLISSEMENT DU CORPS VITRÉ. — SYNCHISIS SIMPLE ET SYNCHISIS ÉTINCELANT

Bibliographie. — *Synchisis étincelant*. — DESMARRES, *Ann. d'ocul.*, 1845. — BOUIS-SON, *Comptes rendus Ac. des sc.*, t. XXV, 1847. — BLASIUS, *Deutsche Kl.*, 1849. — GROS, *Ann. d'ocul.*, 1857. — F. PONCET, *Ann. d'ocul.*, 1876. — CHAMBÉ, Thèse de Paris, 1876.

Le ramollissement du corps vitré (*synchisis simple*), phénomène physiologique chez les vieillards, se montre parfois à l'état pathologique chez les sujets jeunes. Presque toujours, les causes qui favorisent son développement sont celles que nous venons d'indiquer pour expliquer la présence des corps flottants; la rapidité plus ou moins grande avec laquelle se déplacent ces corps est du reste un des seuls symptômes qui nous permettent d'apprécier la diminution de consistance de l'humeur vitrée.

Parfois, au lieu des points noirâtres que nous avons signalés dans le chapitre précédent, l'examen à l'ophtalmoscope permet de découvrir dans le corps vitré une multitude de paillettes brillantes, se déplaçant avec une grande rapidité. « On ne saurait se faire une idée de cette curieuse affection qu'en se rappelant l'aspect d'une bouteille d'eau-de-vie de Dantzic que l'on vient d'agiter » (A. SICHEL). Cette singulière maladie a été désignée sous le nom de *Spinthéropie* (SICHEL). DESMARRES (père) lui a donné le nom de *Synchisis étincelant*, qualification restée depuis classique.

PONCET (de Cluny) ayant eu l'occasion d'examiner un cas de ce genre et d'en faire l'autopsie, a reconnu que ces corps étaient formés par des cristaux de cholestérine et de thyrosine; il existait aussi des cristaux plus volumineux de phosphate de chaux déposés à la surface de cellules en voie de prolifération.

3^o ÉPANCHEMENTS DE SANG DANS LE CORPS VITRÉ

Les épanchements sanguins intra-oculaires ne sont pas rares, très souvent les corps étrangers observés dans le corps vitré n'ont pas d'autre origine. Ces épanchements affectent différentes formes: tantôt ils se produisent en nappe et siègent non pas dans le corps vitré, mais entre cette humeur et la rétine; dans d'autres cas, l'hémorragie est plus brusque, la membrane hyaloïde est

déchirée et le sang s'écoule dans l'humeur vitrée elle-même où il forme de gros flocons brunâtres. Enfin, quelquefois l'hémorragie se fait d'une façon fort curieuse : le sang collecté repousse la membrane limitante avec l'hyaloïde, et s'encapuchonne en formant un petit sac retenu par un pédicule analogue au mésentère (*hémorragie sacciforme de SICHEL*). Les troubles fonctionnels occasionnés par ces accidents dépendent de la quantité de sang répandu et de la forme de l'épanchement. En général, ces épanchements se résorbent avec assez de facilité, cependant ils constituent toujours un symptôme grave; ils dénotent en effet l'existence de lésions sérieuses du côté des parois des vaisseaux, et récidivent fréquemment. Le traitement applicable à ces divers accidents est celui des hémorragies rétinienne.

CHAPITRE IX

ANOMALIES DE LA RÉFRACTION AFFECTIIONS DES MUSCLES MOTEURS DU GLOBE DE L'OEIL

§ 1^{er}. — Anomalies de la réfraction

Bibliographie. — GIRAUD-TEULON, *Phys. et path. de la vision binoculaire*, Paris, 1861; — *De l'œil. Notions élém.*, etc., 1867. — HELMOLTZ, *Optique Physiol.*, traduct. JAVAL, 1867. — MEYER, *Réfract. et accommodation*, 1869. — PERRIN (MAURICE), *Traité pratique d'opt. et d'optométrie*, 1872. — LANDOLT, *Leçons sur le diagn. des mal. des yeux*, 1877. — ARMAIGNAC, *Ophthalmoscopie et optométrie*, 1878. — SOUS, *Traité d'optique*, 1881. — MASSELON, *Examen fonctionnel de l'œil*, 1882. — CHAUVEL, *Précis théor. et pratique de l'examen de l'œil*, 1883. — Voyez aussi les *Traités des Maladies des yeux*.

Nous supposerons connues les notions élémentaires de physiologie et de physique optique indispensables à l'intelligence des anomalies de la réfraction. Dans l'œil emmétrope, les rayons lumineux parallèles, c'est-à-dire venus de l'infini, font leur foyer sur la rétine. Si l'œil est trop long, ou, ce qui revient au même, les milieux trop réfringents, le foyer de ces rayons parallèles se fait en avant de la rétine qui ne perçoit que des images diffuses. Cet état amétrope porte le nom de *Myopie*. Si l'œil est trop court, ou si les milieux sont trop peu réfringents, les rayons parallèles vont faire leur foyer au delà de la rétine, qui percevra encore une image confuse. Ce vice de réfraction, inverse du précédent, porte le nom de *Hypermétropie*. En jetant un coup d'œil sur les figures 69, 70, 74, on se rendra compte de ces définitions.

Enfin, s'il y a inégalité du pouvoir réfringent entre divers méridiens du globe oculaire, si par exemple le vertical est plus réfringent que l'horizontal, l'un d'eux fera son foyer sur la rétine, tandis que l'autre le fera en deçà ou au delà. Ce défaut de convergence de tous les rayons en un même point, cause

de confusion des images, porte le nom d'*astigmatisme* (α privatif, $\sigma\tau\gamma\mu\alpha$ point); il existe donc trois états amétropiques ou vices de réfraction : la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme.

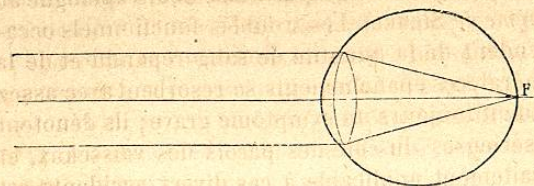


Fig. 69. — Œil emmétrope. — Les rayons lumineux parallèles font leur foyer sur la rétine en F.

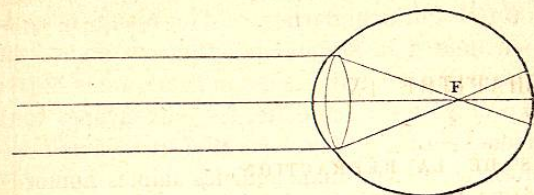


Fig. 70. — Œil myope. — Trop long ou trop réfringent. Les rayons lumineux parallèles centrés en F produisent sur la rétine des cercles de diffusion.

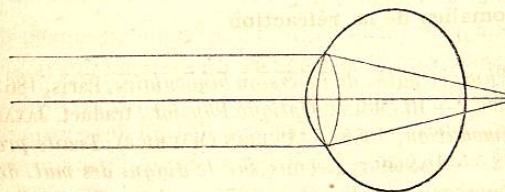


Fig. 71. — Œil hypermétrope trop court ou pas assez réfringent. Les rayons lumineux parallèles rencontrent la rétine avant leur foyer.

1^o MYOPIE

Étiologie. — Si beaucoup de myopies sont héréditaires, il en est qui sont acquises; le nombre des myopies aggravées par le fait du travail est considérable, ainsi que le prouve la proportion croissante de la myopie à mesure qu'on se rapproche de la fin des études. Les efforts de convergence nécessaires pour la vision de près ne sont pas indifférents à sa production, parce qu'ils tendent à allonger l'axe antéro-postérieur de l'œil. La myopie tient assez fréquemment, surtout lorsqu'elle est très prononcée, à une altération de l'œil lui-même, et elle est presque toujours liée au staphylome postérieur ou excavation péri-papillaire. D'ailleurs les lésions souvent inappréciables ou bornées à une pigmentation insuffisante acquièrent dans la myopie progressive une gravité exceptionnelle; la choroidite atrophique en est quelquefois la conséquence.

Symptômes. — Le myope voit mal ou pas du tout de loin, tandis qu'il voit beaucoup mieux de près. La vision de loin est sensiblement améliorée par l'interposition entre l'œil et l'objet d'un trou sténopéique ou d'un verre concave. Le myope réalise instinctivement la première de ces dispositions en cli-